

## 20

### Verplicht eigen risico

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (32788).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. "Er kan nog wel wat bij en er kan nog wel wat vanaf; Rutte brengt ons allemaal tot de bedelstaf". Deze strofe uit een strijdlid hoorde ik 19 september jongstleden, toen chronisch zieken en gehandicapten protesteerden tegen de enorme stapeling aan maatregelen die zij zien op het gebied van zorgpremies, eigen risico, Wajong en het pgb. Ach, even € 40 erbovenop denkt de regering, maar voor mensen die ziek zijn en die dus altijd hun eigen risico kwijt zijn, is het weer € 40 eraf. € 40 minder te besteden. Toch gaat het vandaag niet eens alleen om een eurootje erbij of eraf. Het gaat vandaag ook over de toekomst van ons zorgstelsel, een stelsel dat niet kan bestaan zonder solidariteit. De pijler van een houdbare zorgverzekering kan alleen maar betalen naar vermogen en ontvangen naar behoefte zijn.

De realiteit van het huidige stelsel is anders. Het eigen risico betekent dat zieken te maken krijgen met een financiële trap na voor hun zorggebruik – de minister noemt het graag "zorgconsumptie" – zodat de premiestijging voor mensen die niet ziek zijn beperkt kan blijven. Zo speelt de liberale politiek gezond en ziek tegen elkaar uit. Het is een beetje het systeem van "blaming the victim" of eigen verantwoordelijkheid: had je maar niet ziek moeten worden Alsof iemand daarvoor kiest ... Het zijn niet de zakkenvullers in de zorg – mensen die de boel naar de knoppen hielpen in het Maasstad Ziekenhuis, die er met een vertrekbonus vandoor gaan, die een leasebak hebben – die onze zorgkosten opjagen. Het zijn niet de zorgbestuurders in driedelig grijs met marktconforme salarissen die onze zorgkosten opjagen. Nee, zegt deze regering, degenen die onze zorgkosten opjagen zijn de chronisch zieken en gehandicapten. Hen moeten we straffen met een eigen bijdrage en een eigen risico.

Het wordt voor mensen steeds moeilijker om verzekerd te zijn. Zeker mensen die ouder zijn, die chronisch ziek of gehandicapt zijn, of die een lager inkomen hebben, kunnen de zorgpremie steeds minder betalen. We zien dat er een kaste van mensen aan het ontstaan is die een premieachterstand heeft. Uit de jongste cijfers van het College voor zorgverzekeringen blijkt dat er weer 4000 mensen extra zijn bijgekomen die door een boete 130% betalen voor hun zorgverzekering in plaats van 100%. Minister Klink zei bij de instelling van de wanbetalersregeling dat die zou leiden tot 50.000 mensen per jaar minder in de regeling. Op den duur, zo'n beetje medio 2011, zouden we haar niet meer nodig hebben. Hoe fout zat de minister. Op dit moment kijken meer dan 300.000 mensen aan tegen een premie van 130%. Hoe oneerlijk is dat? Komen deze mensen er nog wel uit? En zo ja, hoeveel? En op welke wijze dan? Is de minister het niet met de SP eens dat de boeteclausule averechts werkt en het mensen onmogelijk

maakt om eruit te komen? Wat doet een zorgverzekeraar eigenlijk als iemand drie maanden niet betaald heeft om te voorkomen dat die persoon in deze boeteregeling komen?

Voorzitter. Het loopt uit de hand. Wij hebben destijds voorgesteld om niet de 130% in te voeren. We doen het vandaag opnieuw. We zien dat het geen panacee is om wanbetalers af te schrikken. Steeds meer mensen komen immers in de regeling terecht. Die mensen komen er ook weer moeilijker uit omdat ze 130% zullen betalen. Wij hebben een amendement ingediend om de premieheffing en de kosten daarvan voor mensen met een premieachterstand terug te brengen tot de reële incassokosten in plaats van 130%. We hopen dat ons voorstel vandaag wel wordt aangenomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Realiseert mevrouw Leijten zich wel dat iedereen in Nederland die wel netjes zijn premie betaalt, € 50 tot € 60 per jaar extra betaalt vanwege de wanbetalers? Ook de mensen met een uitkering die via hun gemeenten netjes elke maand hun premies betalen, betalen dus € 50 te veel. Dat is mijn eerste punt. Mijn tweede punt is het volgende. In het amendement is er sprake van een bestuursrechtelijke premie na een halfjaar, maar volgens mij is dat na één jaar.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij hebben bij de voorbereiding van het amendement uitgebreid met Bureau Wetgeving gekeken hoelang het was, en dat was een halfjaar. Maar als dat verkeerd is, is het verkeerd en dan wijzig ik het natuurlijk direct. Dat is technisch. Maar als het gaat om uw vraag: ik vind dat het oplopen van een premieachterstand voorkomen moet worden. Ik vind ook dat we moeten zorgen dat mensen met een premieachterstand die achterstand weer inlopen. Maar we kunnen vaststellen dat het ijdele hoop was dat die boete van 30% erbovenop zou leiden tot een afschrikkende werking. We zien ook dat weinig mensen uitstromen uit de regeling. De boete weerhoudt ze er eigenlijk van dat ze eruit komen. Dat was ook niet de bedoeling. Laten we dus de reële incassokosten nemen, die zo ongeveer is berekend op 15%. Laten we er ook voor zorgen dat zorgverzekeraars sneller aan de bel trekken, sneller gaan helpen met schuldhulpsanering of een betalingsregeling afspreken met mensen, zodat er niet zoveel mensen bijkomen en er eigenlijk geen mensen uitstromen.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Dat laatste ben ik helemaal met u eens. Wij hebben bij de behandeling van het wetsvoorstel ook steeds gezegd: laat de zorgverzekeraars zo vroeg mogelijk aan de bel trekken en laat ze bijvoorbeeld al vrij snel automatische incasso doen. Ik ben het ook met u eens dat de zorgverzekeraars zo veel mogelijk moeten doen om de mensen uit de wanbetalersregeling te halen. Dat zal ook onze vraag zijn als we het hebben over de evaluatie ervan. Maar ik vraag uw mening over het volgende. Het loopt nu ongeveer een jaar. Misschien dat minister Klink iets te optimistisch was, maar ik denk dat we in een jaar flink wat slagen hebben gemaakt, als we ook nog in aanmerking nemen dat we de onverzekerden allemaal op kunnen sporen. Ik denk dat we gewoon eerst een poosje de regeling het voordeel van de twijfel moeten gunnen, waarbij ik u graag toegeef dat de zorgverzekeraars in dat halve jaar of jaar in ieder geval er-

## Leijten

voor moeten zorgen dat ze in een zo vroeg mogelijk stadium mensen van een premieachterstand afhelpen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

We bespreken vandaag de Zorgverzekeringswet. Het gaat weliswaar om een wijziging op een ander punt, maar mijn fractie maakt zich zeer veel zorgen over het feit dat mensen die een premieachterstand oplopen en dus in het boeteregime komen, daar moeilijk uitkomen. Wij zien dat die boete niet helpt, terwijl dat wel was voorspeld. We kunnen dat nu repareren. We hoeven niet te wachten op de evaluatie. We moeten er alles aan doen om ervoor te zorgen dat mensen niet in een achterstand komen en dat ze die aflossen als ze erin zitten. Op deze punten zullen we elkaar absoluut vinden. Bij de stemmingen, wellicht op donderdag, kunnen we dat regelen. Ik hoop wel dat het CDA dat moment niet voorbij laat gaan. Ik heb de Kamervragen gezien van mevrouw Smilde. Zij maakte zich zorgen over het gegeven dat het aantal mensen die met betalingsproblemen in de boeteregeling kwamen, weer gegroeid was. Dit kleine stapje kunnen we doen, los van al die andere dingen die we ook moeten doen. Ik hoop dus op steun van het CDA bij dit amendement.

De SP moet de minister vandaag een compliment geven. Zij heeft er inmiddels voor gezorgd dat een ruime meerderheid van de VVD-stemmers terugverlangt naar het ziekenfonds van voor 2006. Dat vind ik best wel knap. Het is ook niet zo verwonderlijk, want wat heeft het huidige zorgstelsel ons opgeleverd? De premies zijn sinds 2006 45% gestegen en het pakket is steeds verder uitgekleed. Mensen betalen steeds meer voor steeds minder. Als de extra premie niet opgaat aan extra voorzieningen in het pakket, waar gaat het geld dan wel naartoe? Kan de minister ons dat uitleggen? Kan zij uitleggen waarom het verkleinen van het pakket nodig is voor het betaalbaar houden van de premies, terwijl de rekening en de betaalbaarheid daarvan dan eigenlijk op het bordje van de burger komen te liggen? Welke voordelen rechtvaardigen de nadelen voor mensen met hoge zorgkosten? Zorgkosten dalen niet. De rekening is alleen verschoven van collectief naar individuele burgers. Je kunt je afvragen wanneer het genoeg is. Ziet de minister niet dat de solidariteit wordt ondergraven? Wij horen steeds vaker dat mensen überhaupt het verplichte karakter van de basisverzekering ter discussie stellen: waarom zou ik nog zo veel betalen voor zo weinig erin?

Het CBS maakte gisteren bekend dat mensen veel minder bereid zijn om premie te betalen voor mensen met een slechte leefstijl, bijvoorbeeld voor rokers. Waar moeten we dan naartoe? Moet de wintersportliefhebber extra premie betalen vanwege het hoge risico op gebroken benen? Moeten frietkramen en loterijen straks hun klanten verlinken aan zorgverzekeraars, omdat ze ongezond leven? Zou er wellicht een verband zijn tussen de stijging van de zorgpremie en de verhoging van de maximumsnelheid? Dat is natuurlijk waanzin; dat weten we allemaal. Maar deze ontwikkeling zou de minister zorgen moeten baren. Als Kamerlid op het gebied van zorg was zij fel gekant tegen het verschil in premies voor mensen met verschillende leefstijlen. Is zij dat nog steeds? Het is niet alleen onwenselijk, maar ook onuitvoerbaar, als wij beginnen aan verschillende premies. Wat neem je wel mee als ongezonde leefstijl en wat niet? Er zit vast ook een genetische component in ieder mens. Hoe ga je die dan meten? Het gaat er natuurlijk ook om dat het water de mensen aan de lippen staat. Ze vinden de zorgpremie te

duur. Ze drukt heel zwaar op de portemonnee. Daar word je minder solidair van. Ik hoor graag hoe de minister op dit fundamentele punt reageert. Hoe wil zij ervoor zorgen dat mensen bereid zijn voor elkaar te betalen? Het klopt immers eigenlijk niet. De uitkomst van gisteren van de recente onderzoeken laat zien dat de zorg heilig is voor Nederlanders, dat ze daar niet op willen bezuinigen. Zij willen graag solidair zijn en vinden het belangrijk dat de zorg beschikbaar is voor iedereen. Toch zie je dit soort verschuivingen. Heeft het reclamegedrag van bepaalde zorgverzekeraars daar wellicht mee te maken? Die zeggen immers: "Betalen voor kraamzorg? Waarom zou je als je geen kinderen wilt?" Maar dan kun je ook de vraag stellen: "Waarom zou ik belasting betalen voor onderwijs? Ik heb mijn school al afgemaakt." Maar dat heet nou solidariteit.

De SP heeft ideeën over hoe je dit zou moeten oplossen en verdelen, zoals de minister-president vorige week uitgebreid toegaf aan het einde van de algemene besprekingen. Hij zei dat de zorgkosten op dit moment eerlijk verdeeld zijn. Die mantra horen wij ook van deze minister. Ik ben benieuwd hoe dat zit. Is de minister bereid om aan te geven hoeveel procent van zijn inkomen iemand op het sociaal minimum met een chronische ziekte kwijt is, iemand met een inkomen van € 70.000 zonder ziekte, € 70.000 met ziekte, iemand die € 100.000 verdient met ziekte en zonder ziekte en iemand die meer dan 1 mln. verdient? Betalen zij allemaal die 20% van de zorg waarmee wij bang worden gemaakt? Dat is voor een modaal inkomen. Ja, maar we weten dat de AWBZ al niet inkomensafhankelijk is boven de tweede belastingschijf. We weten ook dat de nominale premie voor iemand met een laag inkomen veel zwaarder drukt dan voor iemand met € 120.000 op jaarbasis. Ik wil dus graag weten wie er precies 20% van zijn inkomen aan de zorg betaalt, wie veel minder en wie veel meer.

Er wordt op dit moment gewerkt aan een plan-B voor Griekenland en voor de euro.

**De heer Mulder (VVD):**

De analyse van de stijging van de zorguitgaven de afgelopen jaren en de komende dertig jaar is dat hier drie oorzaken voor zijn. Om te beginnen is dat technologie. De medische wereld kan steeds meer. Verder is dat de mondigheid van de patiënt. Hij wil deze nieuwe technologie ook hebben. Het laatste punt is de vergrijzing. Hoe gaat de SP de stijgende zorguitgaven tegenhouden, als de SP aan de macht komt? Laten we de nieuwe technologie niet meer toe? Zeggen we nee als een patiënt iets wil? Hoe lossen we de vergrijzing op?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat is heel duidelijk. Er zijn weinig partijen in de Kamer, zo niet geen enkele partij, die de stijging van de zorgkosten structureel kunnen terugbrengen. Je kunt zorgen dat het geld efficiënter wordt besteed en dat het niet blijft hangen in bijvoorbeeld solvabiliteitseisen, of in allerlei transitiekosten van onderhandelingen tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar in die marktwerking. Dan nog zullen de zorgkosten echter stijgen. Het wordt dan dus een verdelingsvraagstuk. Wij kiezen dan voor een inkomensafhankelijke zorgpremie, zodat die als zij stijgt voor de lagere inkomens nog te behappen is. Dan zijn we af van de bureaucratie met bijvoorbeeld de zorgtoeslag of de bureaucratie die je nu hebt om mensen te compenseren voor hun eigen risico. Dit voorstel is bekend. Ik wil-

## Leijten

de de minister net vragen of ze dat plan-B serieus wil nemen. Het gaat dan namelijk om de vraag hoe we het met zijn allen betalen. Anders blijven de zorgkosten stijgen en wordt de zorg toegankelijk voor een steeds kleinere groep Nederlanders. Dat zal de Socialistische Partij niet invoeren als zij regeert.

De heer **Mulder** (VVD):

Ik ben niet van de SP, maar mijn indruk is altijd dat de SP opkomt voor Jan met de pet, zeg maar Jan Modaal. Als je kijkt naar de VWS-begroting en de Miljoenennota, dan zie je dat Jan Modaal, die nu bijna een kwart van zijn inkomen kwijt is aan de zorg, bij ongewijzigd beleid hier bijna de helft van zijn inkomen aan kwijt is. Denkt mevrouw Leijten dat Jan Modaal bereid is dat steeds weer te betalen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wat is Jan Modaal voor de heer Mulder? Dat is volgens mij een interessante wedervraag. Wie bedoelt de heer Mulder daarmee?

De heer **Mulder** (VVD):

Jan Modaal is de gewone Nederlander die ongeveer € 30.000 à € 32.000 per jaar verdient.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, maar bij ongewijzigd beleid, het beleid dat de heer Mulder voorstaat met de zorgpremies, gaat het exploderen. Wij maken een inkomensafhankelijke zorgpremie, waarbij mensen met € 80.000 op jaarbasis pas meer gaan betalen. Iedereen daaronder gaat minder betalen of blijft gelijk. Dat scheelt nogal. Het voorstel is overigens in handen gesteld van de fractievoorzitter van het CDA. Hij gaat er nu wel serieus naar kijken. In 2008 wilde het CDA dat niet. Dit voorstel zal meer lucht geven voor heel veel mensen. Dit voorstel zal leiden tot echte solidariteit. Ik maak me namelijk zorgen over de omgekeerde solidariteit die optreedt. Dat is de omgekeerde solidariteit waarbij mensen die ziektekosten hebben, een rekening krijgen gepresenteerd om de zorgpremie voor gezonde mensen laag te houden. Dat vindt nu namelijk plaats. We kunnen het zien in het Ecorys-rapport. Ik heb heel veel vragen bij dit rapport. We hebben er al eerder een keer langs de randen over gediscussieerd en ik kom zo meteen nog met een vraag daarover. In het rapport staat dat de totale zorguitgaven niet zijn verminderd, maar dat er wel een verschuiving heeft plaatsgevonden van collectief gefinancierd naar privaat. Dat betekent dat 1,3 mld. naar de private rekening is gegaan van chronisch zieken en mensen die ziek worden, en niet met elkaar solidair wordt opgevangen. Ik vraag me af hoe lang je dat kunt volhouden. Vandaag gaat het over vier of vijf tientjes; er zit waarschijnlijk nog tien euro in de indexering. Uiteindelijk is vijf tientjes in januari, als hij ook de gemeentelijke belasting moet betalen, voor iemand die chronisch ziek is wel weer een aanslag van hier tot Tokio. En als we dan tegelijkertijd zien dat steeds minder mensen hun zorgpremie kunnen opbrengen en in de boeteclausule komen, vraag ik me af waar we op afsteveneren.

Dat noem ik "het Griekenland in de zorg". Ik vraag de minister dus wat er nodig is om over te gaan op plan-B. Wat is er mis mee om het inkomensafhankelijk te maken? Over de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten is gezegd: die komt nu ook terecht bij mensen die het eigenlijk niet zo nodig hebben; we wil-

len dat dit geld gaat naar mensen die hoge ziektekosten hebben en weinig inkomen, dus we gaan het inkomensafhankelijk maken. Waarom gebeurt dit dan niet bij de zorgpremie? Met een nominale zorgpremie van € 400 – de minister kent ons voorstel – heeft iemand pas met een inkomen hoger dan € 80.000 op jaarbasis meer kosten. Voor de evaluatie verplicht eigen risico – het eindrapport is op 25 mei opgeleverd – heeft Ecorys een doelgroep onderzocht die nogal smal is. Die bestaat namelijk uit zeventien- en achttienjarigen. Ik vraag de minister serieus om deze evaluatie over te doen en er ook mensen bij te betrekken die al langere tijd chronisch ziek zijn en die een laag inkomen hebben. Zo zien we de inkomensverschillen namelijk echt. Nu zegt de minister dat we het niet kunnen zien, maar dat we wel weten dat er een private verschuiving is geweest. Die 1,3 mld. is immers toch ergens betaald als dat niet collectief is gebeurd. Maar hier komt het niet uit naar voren.

In antwoord op een vraag van collega Mulder van de VVD heb ik al gezegd dat wij voor een ander stelsel kiezen. Wij kiezen voor een systeem waarin het niet ieder voor zich is, maar allen voor een, een systeem waarin we geen zorgverzekeraar hebben die de reclame "jij gaat toch niet betalen voor kraamzorg als je die niet nodig hebt?" maakt, een systeem waarin zorgverzekeraars niet aan solvabiliteitseisen hoeven te voldoen waardoor er geld op de plank blijft liggen. Met dat systeem ga je uiteindelijk veel doelgerichter om met de zorgpremies.

De eerste stap is dat we van het gehele eigen risico afstappen. Daarvoor heb ik het amendement op stuk nr. 7 ingediend. Mijn amendement op stuk nr. 6 gaat over het ongedaan maken van de verhoging van het eigen risico. In dat geval kan ik ook tegen het wetsvoorstel stemmen, maar ik wil het signaal afgeven dat er ook een keuze is voor geen eigen risico in de zorg. Iedereen zal mij vragen hoe ik dat ga betalen. Het gaat immers om 1,3 mld. We kunnen dat heel goed herverdelen op het moment dat we een inkomensafhankelijke zorgpremie instellen. We hoeven dan de zorgtoeslag niet te behouden omdat deze niet meer nodig is. We zijn daarmee van de bureaucratie af. We kunnen dan zonder eigen risico, wat een verschuiving is naar de zieken, het stelsel solidair houden.

Ik memoreer dat de keuze voor een sociaal zorgstelsel vandaag voorligt voor deze Kamer.

De heer **Mulder** (VVD):

Ik heb een vraag over het amendement op stuk nr. 6. Het kan natuurlijk niet waar zijn dat het eigen risico niet zou leiden tot een verlaging van de zorguitgaven. Het CPB heeft de voorstellen uit de tegenbegroting van de SP doorgerekend. In haar voorstellen schaft de SP – zij doet dat overigens heel netjes – het eigen risico af, maar dat leidt wel tot extra uitgaven. Het CPB zegt dus dat afschaffing van het eigen risico wel gedragseffecten heeft; het leidt tot extra uitgaven. Dat deel van het amendement is dus feitelijk onjuist. Misschien kan mevrouw Leijten dat schrappen. Zij haalt in haar amendement tevens het rapport van onderzoeksbureau Ecorys aan. Zij schrijft dat dit bureau stelt dat het niet werkt. Het bureau zegt echter ook dat het beter kan werken als we ook de huisarts onder het eigen risico brengen. Waarom neemt mevrouw Leijten wel de ene conclusie van het Ecorys-rapport over en niet de andere? Dat is een beetje selectief winkelen.

## Leijten

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb gevraagd of het Ecorys-rapport overgedaan kan worden omdat de doelgroep erg beperkt is. We weten dat het invoeren van een eigen risico van bijvoorbeeld € 750 of hoger echt werkt. Mensen gaan dan namelijk afzien van zorg. Dat vinden we allemaal onwenselijk. Daarom zegt zelfs een kabinet met de VVD erin dat we maar tot € 220 op jaarbasis gaan. In de samenvatting op pagina 9 schrijft Ecorys: "De financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico bedraagt ongeveer 1,3 mld. De totale zorguitgaven veranderen hierdoor niet, wel nemen de collectieve zorguitgaven af". Met andere woorden: het verschuift van de collectieve rekening naar de individuele rekening. Daarmee gaat de zieke dus betalen voor zijn ziekte ten goede van de zorgpremie van de gezonde. Daar zien wij expliciet niet voor. Dus ja, inderdaad, het een is waar, maar het ander ook. Het is uiteindelijk een keuze.

□

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Voorzitter. Helaas ontkomen we niet aan de noodzaak om het verplicht eigen risico met € 40 per jaar te verhogen. Om de solidariteit van onze Zorgverzekeringswet overeind te houden, moet er domweg draagvlak zijn en blijven. We moeten voorkomen dat hoge zorgkosten worden vertaald in een snelle, sterke stijging van de premie. Een verhoging van het eigen risico kan daaraan een bijdrage leveren. Pas als het eigen risico heel hoog is, gaat er een zorgremmend effect van uit. Het CPB had becijferd dat een eigen risico van € 775 per verzekerde nodig is om de autonome groei de baas te kunnen. Daarvoor heeft de coalitie niet gekozen. Zij heeft er wel voor gekozen om de zorgkosten in de hand te houden. Naarmate wij daarin beter slagen, zullen de premies minder snel stijgen. Het verplichte eigen risico, inclusief de nu voorgestelde verhoging, kan daaraan bijdragen, samen met andere maatregelen om een heel hoog eigen risico te voorkomen. Bij een verplicht eigen risico hebben wij het over een verschuiving van de financiering van collectieve lasten naar private betalingen. Omdat de gevolgen van deze verhoging voor de gemiddelde gezonde burger en de chronisch zieke en gehandicapte gelijk zijn vanwege de compensatie kunnen wij dit accepteren, want de compensatie wordt navenant verhoogd.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Zegt mevrouw Smilde nu dat de hoogte van het eigen risico zoals die nu is geen effect heeft op het zorggebruik? Begrijp ik dat goed?

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Het zou pas enorm remmend op het gebruik werken als je het eigen risico verhoogt tot € 775.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Dan constateren wij beiden dat het geen effect heeft op het zorggebruik.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Het heeft minder effect op het zorggebruik, maar het is ook een kwestie van keuzes maken. Wij hebben de keuze gemaakt om bijvoorbeeld de huisarts er niet onder te brengen. Dat is een keuze waar wij volledig achter staan. Wij menen echter wel dat deze bescheiden verhoging nodig is.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Uit uw inleiding begreep ik dat dit nodig was om de kosten te beheersen, maar dit heeft dan toch niets met kostenbeheersing te maken? Kosten beheersen betekent dat je grip op het systeem krijgt en dat onnodig gebruik voorkomen wordt. U concludeert zelf echter ook dat het eigen risico daar niet toe bijdraagt. Wat heeft het eigen risico dan nog met kostenbeheersing te maken?

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Ik heb aangegeven dat wij een grote range aan maatregelen nemen. Het zou het simpelst zijn geweest om te kiezen voor een verhoging van het eigen risico naar € 775, maar dat is gewoon niet eerlijk ten opzichte van alle mensen; dat zijn veel te hoge kosten. Daarom kiezen wij ervoor om de kosten te verdelen over een groot aantal maatregelen, zodat ze gelijkmatiger verdeeld worden. Door die keuzes, door al die maatregelen samen, houdt je de kosten in de hand.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik begrijp van u dat die € 40 extra niet bijdraagt tot de kostenbeheersing; dat betoogt u. Mensen moeten dus alleen meer uit eigen zak gaan betalen.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Het heeft een licht remmend effect. Dit hebben wij uit de rapporten kunnen opmaken. Het heeft echter wel degelijk een effect. Wij zullen ernaartoe moeten dat mensen een bijdrage aan de zorgkosten leveren; daar is dit een onderdeel van.

Het is teleurstellend dat zorgverzekeraars nog niet of nauwelijks gebruikmaken van de mogelijkheid van kwijtschelding of gedeeltelijke kwijtschelding van het eigen risico om dit te gebruiken om hun verzekerden naar een preferente zorgaanbieder te sturen. Zo'n aanbod zou door de verzekerden als negatief worden ervaren, maar het is wel degelijk een mogelijkheid om bijvoorbeeld een preventief programma op te zetten. Als de verzekerde dit niet erkent, kan ten eerste de selectieve inkoop niet van de grond komen en is het ten tweede ontzettend jammer van de mogelijkheden die dit biedt. Ik vraag de minister: kan er niet iets gebeuren om deze impasse te doorbreken? Het is immers best een probleem dat de verzekerde in het algemeen hierin zo terughoudend is.

De compensatie voor het eigen risico gaat omhoog, conform de afspraak die wij hebben gemaakt dat het gemiddelde eigen risico voor iedereen hetzelfde moet zijn. Er is nog steeds veel gemopper over de vraag wie dan wel die compensatie krijgt. Gisteren kwam toevallig een collega naar mij toe die mij bedankte voor het geld dat hij kreeg omdat hij kennelijk compensatie kreeg. De criteria voor compensatie zijn nog steeds onduidelijk, al loopt de compensatieregeling nu twee of drie jaar. Kan dit niet een stuk verbeteren? Wat kan de minister hieraan doen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Bij de algemene beschouwingen heeft mijn fractieleider, de heer Roemer, aan de fractieleider van mevrouw Smilde ons voorstel voor een inkomensafhankelijke zorgpremie gegeven. Heeft het CDA daar inmiddels kennis van kunnen nemen?

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Ik kan mij niet herinneren dat dit voorstel overhandigd is, maar dat zal ongetwijfeld wel het geval zijn. Wij heb-

## Smilde

ben daar nog niet kennis van kunnen nemen, maar in een eerdere fase heb ik namens de fractie van het CDA al aangegeven dat wij op dat vlak terughoudend zijn. Dit heeft twee redenen. In de eerste plaats verschuift de SP de kosten, want die moeten toch opgebracht worden. In de tweede plaats blijkt uit het plan van de SP niet op welke wijze de actuele verhoging van meer dan 15 mld. berekend wordt. Dat kan alleen maar als de premies voor een aantal mensen onevenredig hoog worden. Maar goed, wij zullen het voorstel bestuderen.

### Mevrouw Leijten (SP):

Ik merk in dit kader graag op dat de CDA-fractie er totaal geen problemen mee heeft om kosten te verschuiven. Er wordt nu immers al 1,3 mld. opgebracht door de zieken. Dat is dus een belasting op ziek worden. Het CDA verhoogt deze belasting op ziek worden. Kortom, het CDA heeft totaal geen probleem met het verschuiven van de kosten. Ik snap niet wat het probleem zou zijn van een verschuiving waarbij mensen met een lager inkomen minder gaan betalen en mensen met een inkomen van € 80.000 of hoger op jaarbasis meer gaan betalen. Als het CDA niet voor het verschuiven van kosten zou zijn, dan zou het ook geen eigen risico invoeren.

Ik heb nog een vraag. Mevrouw Smilde zegt heel trots dat de coalitie niet gekozen heeft voor een eigen bijdrage van € 775 op jaarbasis, omdat zoiets de zorgvraag echt zou remmen. Tot welk bedrag mag het eigen risico wel stijgen, als dit volgend jaar noodzakelijk is?

### Mevrouw Smilde (CDA):

Ik heb geen glazen bol. Ik kan daar helemaal niets van zeggen. Ik heb te maken met de realiteit van dit moment. De kosten voor de zorg mogen met 15 mld. groeien. Dat is heel veel geld, maar wij zullen nog daarbovenuit komen. Wij willen zowel kwalitatief goede zorg als houdbaarheid van de zorg en beheersbare kosten. In die range zullen wij maatregelen moeten nemen. Hoe het met het eigen risico zit en hoe zich dat zal ontwikkelen, daar heb ik helemaal geen beeld van. Op dit moment hebben wij met deze maatregelen te maken. De fractie van het CDA kan achter die maatregelen staan, juist omdat die vallen in een reeks van maatregelen.

### Mevrouw Leijten (SP):

Ik stel vast dat het CDA voor een belasting op ziek zijn is en weigert om de zorgkosten eerlijk te verdelen over gezond en ziek, over oud en gezond en over de mensen die meer verdienen en de mensen minder verdienen in Nederland. Dat is toch wel een treurige conclusie.

### Mevrouw Smilde (CDA):

Ik zou daar van alles op kunnen zeggen, maar ik beperk mij tot het volgende. Wij hebben niet voor niets een Zorgverzekeringswet ingevoerd waarin het verschil tussen ziekenfonds en particulier echt afgelopen is. Hoe mevrouw Leijten ook ertegen aankijkt, dit is een verworvenheid die staat. Met de compensatie van het eigen risico geven wij het op een dusdanige manier vorm dat het gemiddelde eigen risico voor iedereen in Nederland hetzelfde is. Verder is het inderdaad, zoals mevrouw Leijten in haar termijn tegen de heer Mulder zei, een kwestie van keuze voor de manier waarop je het inricht. Ik zeg haar dit na, maar wij verschillen wat dat betreft wel van mening. Dat geeft niet, want dit hoort zo in dit parlement.

### Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Mevrouw Smilde hield een helder betoog. Wij moeten de zorgkosten beter in de hand houden met behoud van de solidariteit. Ondertussen zitten wij echter wel met de werkelijkheid. De zorgkosten kunnen kennelijk nog onvoldoende in de hand worden gehouden. De solidariteit staat onder druk. Het aantal wanbetalers neemt alleen maar toe. Graag hoor ik van mevrouw Smilde wat meer visie op de toekomst, ook al heeft zij geen glazen bol. Ik zit namelijk heel nadrukkelijk met pijn in mijn maag bij dit wetsvoorstel. Hoe ver laten wij dit komen? Wordt dit een jaarlijks ritueel of kunnen wij echt een visie en maatregelen verwachten om de oplopende zorgkosten een definitief halt toe te roepen? Op die manier kunnen wij namelijk voorkomen dat wij steeds naar dit soort middelen moeten grijpen.

### Mevrouw Smilde (CDA):

Dit soort middelen is een noodzakelijk kwaad. Mevrouw Wiegman heeft er gelijk in dat zulke middelen erg onprettig zijn. Zij zijn echt een noodzakelijk kwaad. Onze visie op zorg is: houdbaarheid voor de toekomst. Wij hebben het nu over de Zorgverzekeringswet, maar ook bij de AWBZ zetten wij stappen om die voor de toekomst gereed te maken. Bij de Zorgverzekeringswet zetten wij stappen, zoals de prestatiebekostiging en dergelijke. Op die manier proberen wij om tot een houdbaar stelsel te komen. Wij hebben alles en iedereen nodig om daarover met ons mee te denken. Het is namelijk een majeur probleem. Een week of twee geleden hebben wij een rapport van KWF Kankerbestrijding gekregen, waarin staat dat meer dan 50% van de mensen met kanker in leven blijft. Vaak hebben die mensen een chronische aandoening en moeten zij hun leven lang medicijnen slikken. Het is ontzettend mooi dat die mensen in leven blijven, maar dat willen wij ook in 2030 kunnen betalen. Dat is precies de reden waarom wij nu de kosten in de hand moeten houden. Vandaar deze onaardige maatregelen, maar die zijn noodzakelijk om het voor de langere termijn houdbaar te houden.

### Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Ik betwijfel heel sterk dat deze maatregel de houdbaarheid van de zorg ten goede komt. Ik doel niet zozeer op het punt dat mensen langer leven, want dat is een zegen en daar moeten wij ons rekenschap van geven. Ik verwijs naar al die verschillende maatregelen die de risico's voor zorgverzekeraars verhogen. Zojuist zijn al even de solvabiliteitseisen aan de orde gekomen. Dat zijn allemaal zaken die doorberekend worden in de premies. Die maatregelen verklaren eerder waarom de premies omhooggaan, dan dat je zegt: dit zijn maatregelen die de zorgkosten drukken.

### Mevrouw Smilde (CDA):

Op dat punt ben ik het met mevrouw Wiegman oneens. Een van de redenen waarom wij een aantal van deze maatregelen nemen, is juist om de premiestijging te drukken. Wij hebben vanmorgen gehoord dat de eerste zorgverzekeraar al heeft laten weten dat de premie € 40 omhooggaat. In de periode dat er nog geen Zorgverzekeringswet was, ging de ziekenfondspremie soms 10% per jaar omhoog. Als het ziekenfonds was blijven bestaan, hadden wij minstens een even hoge stijging van de kosten gehad als nu. Nu hebben wij in ieder geval een uni-

## Smilde

form stelsel, zodat wij maar aan een beperkt aantal knopen kunnen draaien om eruit te komen. Ik ben het wel met mevrouw Wiegman eens dat het een heel weerbarstige materie is. Ik heb ook niet een-twee-drie het verlossende antwoord, maar ik ben zeer sterk van mening dat wij moeten inzetten op een visie van houdbaarheid van de zorg. Daar horen maatregelen bij om onder andere de premie betaalbaar te houden. Daar is deze maatregel een onderdeel van.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Begrijp ik goed van mevrouw Smilde dat de stijging van de premies bij een bepaalde zorgverzekeraar, zoals vandaag bekend werd, in de lijn der verwachting lag? Ik krijg juist de indruk dat de tarieven vele malen hoger waren dan vooraf ingeschat. Dat moet toch zorgen baren?

**Mevrouw Smilde** (CDA):

Mevrouw Wiegman, ik heb het niet over de hoogte van de premie gehad. Wij hadden echter kunnen verwachten dat er een premiestijging zou komen. Dat kunnen wij verwachten omdat de zorgkosten op zichzelf stijgen. Juist daarom, om te voorkomen dat het echt uit de hand loopt, moeten wij deze maatregelen nemen. De stijging van die zorgpremie met € 40 geeft alleen maar aan dat het goed is dat wij proberen om het beheersbaar te houden.

**Mevrouw Voortman** (GroenLinks):

Volgens mij is het een vreemde gewaarwording voor veel mensen die dit debat volgen. Vanochtend liet de eerste verzekeraar weten dat de premie omhooggaat, maar mevrouw Smilde geeft aan: wij moeten deze maatregel, het verhogen van het eigen risico, nemen om de kosten te drukken. Blijkbaar wordt de premie hoger, maar gaat het eigen risico ook nog omhoog.

Ik had echter een andere vraag. Mevrouw Smilde zei net dat de maatregel in kwestie een onaardige maatregel is. Dat ben ik helemaal met haar eens, maar waar is dan de grens voor onaardige maatregelen?

**Mevrouw Smilde** (CDA):

Die vraag is mij zojuist ook al gesteld, maar die kan ik op dit moment niet beantwoorden. De vraag is in hoeverre de afspraken die gemaakt zijn tussen de minister, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars kunnen worden nagekomen. De vraag is ook hoe wij erin slagen om de kosten beheersbaar te houden. Er zijn vele partijen, ook veldpartijen, die daarom nadenken over kwalitatief goede en doelmatige zorg. Daarvan zijn wij afhankelijk.

**Mevrouw Voortman** (GroenLinks):

Ik concludeer dat er volgens mevrouw Smilde blijkbaar nog geen duidelijk einde aan deze onaardige maatregelen is.

**Mevrouw Smilde** (CDA):

Het vervelende van de stijging van de zorgkosten is dat wij dit absoluut nog niet kunnen zeggen. Dat kunnen wij nergens over zeggen. Mevrouw Voortman kan dit ook niet zeggen. Als mevrouw Leijten haar systeem van een inkomensafhankelijke premie invoert, valt daar ook allemaal niets van te zeggen. Het enige wat wij weten, is dat wij een heel goede gezondheidszorg hebben waarin steeds meer mogelijk is. Ik gaf daar al een voorbeeld van en dat willen wij graag voor iedereen. Daar staat tegen-

over dat er een prijskaartje aan hangt. Het is onze taak om dat prijskaartje zo goed en zo eerlijk mogelijk te maken.

**Mevrouw Dijkstra** (D66):

Mevrouw Smilde heeft het over de houdbaarheid van de zorg voor de toekomst. We hebben zorg van goede kwaliteit en willen die ook in de toekomst houden. Meerdere sprekers hebben al geconstateerd dat je met deze maatregel alleen een verschuiving hebt van collectief naar privaat, maar dat je niets doet aan de kostenbeheersing. De scenario's die voor de toekomst geschetst worden, zijn heel somber. Als we zo doorgaan, blijft er geen geld meer over voor onderwijs, de arbeidsmarkt enzovoorts. Welke oplossing heeft het CDA hiervoor? Met deze maatregel komen we er niet, maar staan we volgend jaar weer hier en het jaar daarop weer, en debatteren we elke keer over allerlei maatregelen die voor het moment een oplossing lijken te bieden, maar voor de toekomst niet. Hoe denkt het CDA dat op te lossen?

**Mevrouw Smilde** (CDA):

We zitten middenin een traject om tot een oplossing te komen. We hebben een aantal jaar geleden de Zorgverzekeringswet ingericht zodat we een uniform en solidair zorgstelsel voor iedereen hebben. Volgend jaar gaan we de prestatiebekostiging invoeren. Daarin worden de zorgverzekeraars meer risicodragend. Kortom, we leggen veel meer verantwoordelijkheid bij marktpartijen; dat spreekt D66 ook aan. Daarmee proberen we meer doelmatigheid te bereiken dan met het ziekenfonds en het budgetsysteem waar we eerst mee werkten, maar ontzettend mee vastliepen. Terwijl we daarmee bezig zijn, proberen we de kosten toch zo veel mogelijk in de hand te houden. Daar hoort deze maatregel ook bij.

**Mevrouw Dijkstra** (D66):

We hebben net geconstateerd dat je de kosten hiermee eigenlijk niet in de hand houdt. We leggen ze nu bij de mensen zelf. D66 is op zich niet tegen een eigen bijdrage, maar wij willen die heel anders aanpakken. Je zou telkens een deel van de zorgrekening zelf moeten betalen en daaraan moet een plafond zitten. Wat vindt het CDA daarvan? Deze maatregel uit onze tegenbegroting levert namelijk 100 mln. volgens de berekening van het CPB. Dat komt door dragereffecten.

**Mevrouw Smilde** (CDA):

Daar kunnen we nog eens naar kijken. A prima vista denk ik dat je met een plafond weer tegen andere problemen aanloopt. Hoe moet je dan het plafond vaststellen? Hoe hoog is het? Welke administratieve lasten levert dit op? Moet een zorgverzekeraar bijvoorbeeld inzicht krijgen in iemands inkomen, met alle privacyproblemen van dien? Ik noem lukraak wat zaken die bij me opkomen. Misschien moeten we over al die zaken nadenken om tot goede oplossingen voor de gezondheidszorg te komen voor de komende jaren. Ik sta open voor alle goede oplossingen, maar we moeten wel eerst nadenken of iets een oplossing vormt.

**Mevrouw Dijkstra** (D66):

We hebben niet zo veel tijd om daar nog eens rustig naar te kijken. We moeten nu echt snel zijn.

## Smilde

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Dat ben ik volkomen met u eens. Daarom nemen wij deze onaangename stappen; het zijn onaangename stappen, dat zeg ik nog maar eens. Intussen zetten we met de prestatiebekostiging en met het nieuwe systeem DOT, dat hopelijk beter gaat werken, wel degelijk stappen om te hervormen.

□

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Belangrijke waarden in de zorg zijn voor GroenLinks eigen regie, toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit. Over eigen regie hebben we in dit huis al veel gesproken en zullen we ook nog veel spreken. Betaalbaarheid is natuurlijk ook belangrijk. Dat zorgkosten toenemen, kan niemand ontkennen. GroenLinks vindt het ook niet erg om mensen te laten zien dat het geld kost. De vraag is wel in hoeverre toenemende zorgkosten echt problematisch zijn; ik kom daar zo op terug. De belangrijkste principes zijn toegankelijkheid en solidariteit; solidariteit tussen arm en rijk, gezond en ziek en jong en oud. GroenLinks stelt daarom een verlaging van de ziektekostenpremies voor met een inkomensafhankelijk eigen risico. De bureaucratische zorgtoeslag kan dan worden afgeschaft en een verhoging voor iedereen is dan niet nodig.

Ik kan mij dan ook aansluiten bij een groot deel van het verhaal van mevrouw Leijten, maar diepgevoelde solidariteit is helaas geen groot goed binnen de zorgideeën van het kabinet. Het enige dat daarin steeds terugkomt, is dat de zorgkosten steeds oplopen en dat het verhogen van de kosten voor chronisch zieken dus noodzakelijk zou zijn.

Na een jaar Kamerlidmaatschap kan ik het betoog van de heer Mulder van de VVD wel zo'n beetje raden. Hij zal zeggen dat het percentage zal toenemen dat mensen van hun inkomen aan zorg betalen. Dat heeft hij net zelf al in een interruptie gezegd. Daarin noemde hij een stijging van 20% naar 40%. Het is maar de vraag of dat klopt. Met de juiste keuzes neemt de economische groei namelijk toe waardoor het percentage zorgkosten minder snel zal toenemen. Helaas kiest het kabinet ervoor om de economie en de zorg kapot te bezuinigen. Dan is het dus ook niet raar dat dit percentage stijgt.

De heer Mulder zal waarschijnlijk ook zeggen dat de solidariteit tussen gezonden en zieken onder druk komt te staan als de zorgkosten op de loonstrook van mensen nog verder zullen toenemen. Ook dat is niet waar. Uit onderzoek van TNS NIPO blijkt dat mensen best bereid zijn meer te betalen voor zorg, als daarmee bezuinigingen kunnen worden voorkomen. Uit onderzoek van Maurice de Hond blijkt ook dat hogere inkomens en middeninkomens best bereid zijn om een extra bijdrage te betalen. Het is dus helemaal niet zo slecht gesteld met de solidariteit tussen arm en rijk in Nederland. Laten we dat geluid serieus nemen en eindelijk eens werk maken van meer inkomensafhankelijkheid.

Hoewel de fact free politics van de VVD moeiteloos onderuit zijn te halen, ligt de bal niet daar. De heer Mulder en zijn partij, ook de partij van de minister, zijn helemaal niet zo interessant in dezen. Zij zouden nog veel verder willen gaan en gaan de komende periode ook vast heel hard proberen dat te bereiken: meer eigen risico, de huisarts onder het eigen risico. De VVD zal niet ophouden om deze standpunten actief uit te dragen. Ik krijg veel opinieartikelen van de heer Mulder onder ogen waarin hij dat uitgebreid uit de doeken doet.

De bal ligt dus niet bij de VVD. De bal ligt bij de gedoogpartner, bij de PVV. Haar politiek leider kwam zogenaamd niet toe aan de formulering van een gedegen standpunt op zorg bij de algemene politieke beschouwingen. Reeds in april echter, toen de bezuinigingen nog ingevuld moesten worden, maakte de heer Wilders al bekend dat het eigen risico niet omhoog zou gaan. Nog niet althans. Terwijl mevrouw Agema in 2009 nog stevig van leer trok tegen een verhoging naar € 155, een motie indienende tegen verdere verhoging en stevig tekeer ging tegen collega's van de Partij van de Arbeid en het CDA, werd de verhoging naar € 210, alsof het niets was, zomaar in het regeerakkoord opgenomen. Door de woordvoerder van de PVV werd letterlijk in dat debat gezegd: de bal ligt bij de Partij van de Arbeid. Nu ligt de bal echter bij de PVV. Staat de PVV ervoor garant dat zij als gedoogpartner een verdere verhoging van het eigen risico niet mee zal maken? Staat de PVV er ook garant voor dat de huisarts niet onder het eigen risico wordt gebracht? Ik wil graag duidelijk horen wat de kaders zijn van de verschillende fracties, en natuurlijk vooral van mevrouw Gerbrands van de PVV. Geen gedraai, geen verdere verhoging zonder inkomensafhankelijkheid en de huisarts niet onder het eigen risico. De bal ligt bij de PVV.

De heer **Mulder** (VVD):

Ik heb de tegenbegroting van GroenLinks gelezen. Daarin staat niet dat de verhoging van het eigen risico wordt teruggedraaid. Ik neem aan dat de tegenbegroting degelijk is. Wat wil GroenLinks nu? Wil zij de verhoging van het eigen risico terugdraaien, ja of nee? Als ja, waarom staat dat dan niet in de tegenbegroting?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik denk dat de heer Mulder ook de positieve reactie van het Centraal Planbureau op onze tegenbegroting heeft vernomen. Wij willen dat het eigen risico inkomensafhankelijk wordt. Dat kan vervolgens kostenneutraal worden ingevoerd. Dat betekent dat mensen met een hoog inkomen meer gaan betalen en mensen met een laag inkomen minder.

□

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. In 2005, nog maar zes jaar geleden, gaven we gemiddeld 5,4% van ons inkomen uit aan zorgkosten. Afgelopen jaar was dat 7,8%. Volgend jaar zullen de zorgkosten opnieuw stijgen. Iedereen hoopte dat door dat verscherpte incassobeleid het aantal wanbetalers bij zorgverzekeringen zou worden teruggedrongen. Inmiddels blijkt echter dat het aantal wanbetalers maandelijks stijgt. De stijgende zorgpremies en de toename van het aantal wanbetalers staan natuurlijk in verband met elkaar.

Wij spreken vandaag over het voorstel om het verplicht eigen risico met € 40 te verhogen, waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 210. Deze stijging wordt door het kabinet noodzakelijk geacht om de stijgende zorgkosten in de hand te houden. Laat ik vooropstellen dat de ChristenUnie-fractie ook vindt dat er iets gedaan moet worden aan de almaar stijgende zorgkosten. Was het maar zo makkelijk dat we met de voorgestelde verhoging van het eigen risico en het debat van vandaag klaar waren geweest, en dat we de stijgende zorgkosten daarmee

## Wiegman-van Meppelen Scheppink

voorgoed een halt hadden toegeroepen. Niet dus. De minister en ik weten dat deze € 40 niet dé oplossing is.

Het kabinet wil de zorgtoeslag verlagen en de zorgpremies zullen volgend jaar opnieuw stijgen. Vandaag is zorgverzekeraar DSW als eerste naar buiten gekomen met de tarieven voor komend jaar: een stijging van € 36 per persoon op jaarbasis. Daarnaast worden we geconfronteerd met het volgend jaar verhogen van de solvabiliteits-eis voor zorgverzekeraars; zojuist kwam dat aan de orde in het VAO. Voor het gemak is de 10,5% waarop DNB uitkwam, afgerond naar 11%. Zorgverzekeraar UVIT berekende dat deze kleine afronding van 10,5% naar 11% als een effect heeft van € 20 per verzekerde.

Soms krijg ik het idee dat er op papier te gemakkelijk met cijfers wordt omgegaan. Zo wordt bij het indienen van dit wetsvoorstel verondersteld dat met het stijgen van het eigen risico de nominale premie naar verwachting € 20 minder hoog zal worden. Veel partijen stelden hierover vragen. In de nota naar aanleiding van het verslag blijft deze conclusie staan. Deze verwachting is gebaseerd op aannames. Ik verwacht dat de positieve effecten van het verhogen van het eigen risico voor een verzekerde nihil zullen zijn. Als de minister dit anders ziet, dan hoor ik graag haar uitleg. Gaat zij ervan uit dat bij het verhogen van het eigen risico het zorggebruik zal afnemen? Ik vraag dit omdat volgens mij de verwachtingen steeds te positief zijn geweest sinds we dit systeem van eigen risico kennen.

De fractie van de ChristenUnie maakt zich ook zorgen over het eigenrisicomodel op zichzelf. Zorgverzekeraars lopen risico op het eigen risico, want als het innen van het eigen risico spaak loopt, lopen zorgverzekeraars significante bedragen mis. Het aanleggen van een buffer hiervoor zal weer generiek worden doorberekend aan de verzekerden.

Mijn fractie pleit al langere tijd voor het inkomensafhankelijk maken van het eigen risico en de zorgpremie, en daarmee ook het afschaffen van de zorgtoeslag, zodat het rondpompen van geld wordt voorkomen. Nu lees ik in de beantwoording van de minister dat zij zo'n systeem niet ziet zitten vanwege de uitvoeringskosten. Ik ben het er natuurlijk mee eens dat het realiseren hiervan een heel ingewikkeld traject is. Lopen we in het huidige systeem echter niet voortdurend tegen grenzen aan? Dat zorgt dan steeds voor maatregelen als generiek korten en generiek verhogen, met alle perverse prikkels van dien.

Laat ik vooropstellen dat de ChristenUnie geen voorstander is van hogere zorgpremies bij een ongezonde leefstijl. Wel is het interessant om de aanpak van een ongezonde leefstijl meer en meer onderdeel te laten zijn van een medische behandeling. De wijze waarop gynaecologen omgaan met een ivf-behandeling, is daarvan een goed voorbeeld. Ik heb begrepen dat vrouwen met overgewicht niet in aanmerking komen voor een ivf-behandeling, omdat overgewicht het slagingspercentage van de behandeling sterk beïnvloedt. Vrouwen worden dus eigenlijk teruggestuurd met een opdracht: ga eerst maar eens afvallen en kom dan nog maar eens terug.

Ten slotte wil ik de compensatie van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten aan de orde stellen. De minister gaat ervan uit dat de compensatie met ongeveer € 20 zal toenemen, zodat er geen negatieve koopkrachteffecten zullen optreden voor deze groep. Zij gaat er daarbij van uit dat de premie van de zorgverzekeraars slechts met € 11 zal stijgen. Wij weten inmiddels dat de premies meer zullen stijgen. Dit zal gevolgen moe-

ten hebben voor de hoogte van het compensatiebedrag. Graag een reactie.

Concluderend stel ik dat mijn fractie moeite heeft om de voorgestelde verhoging van het eigen risico te accepteren. We maken ons zorgen over de trend die zich doortrekt en vragen ons nadrukkelijk af of we de stijgende kosten wel algemeen, generiek op deze manier kunnen blijven doorberekenen. Dit zet het solidariteitsprincipe meer en meer onder druk. De hogere premies en het hogere eigen risico gaan voor steeds meer mensen een financieel probleem worden. Ik verwacht van dit kabinet een toekomstbestendige visie op de houdbaarheid en de betaalbaarheid van het huidige zorgverzekeringsstelsel.



De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. De beheersbaarheid van de kosten voor medische zorg blijft de komende jaren een belangrijk aandachtspunt. Ik denk dat iedereen die er nog niet van overtuigd was, voor de Tweede Kamerverkiezingen wel wakker werd geschud toen de rapporten naar buiten kwamen van de ambtelijke commissies die nog eens gekeken hadden welke maatregelen genomen konden worden. Zij berekenden toen dat de uitgaven aan zorg – ook het CPB heeft daar een studie naar gedaan – bij ongewijzigd beleid elk jaar met 4% zouden stijgen. Omdat deze stijging hoger is dan de verwachte groei van de economie, zou het gat gedicht moeten worden door het eigen risico te laten stijgen van € 165 naar € 775 per persoon per jaar. Dat vond vrijwel niemand een wenselijk toekomstbeeld. Ik geloof dat het in geen enkel verkiezingsprogramma terecht is gekomen. Het alternatief, namelijk heel sterk stijgende collectieve zorgpremies, is echter evenmin aantrekkelijk. Daarom zijn keuzes nodig om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden.

Tegen deze achtergrond heeft de SGP het voorstel van het kabinet bezien om het eigen risico te verhogen naar € 210. Vanuit het perspectief van eigen verantwoordelijkheid en kostenbewustzijn is het naar onze mening goed dat mensen een deel van de kosten zelf dragen. Gezien de ontwikkeling van de zorgkosten waar ik het net over had, hebben wij er begrip voor dat het kabinet deze stijging van het eigen risico voorstelt. Dat geldt zeker omdat mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten worden ontzien door een verhoging van de compensatie eigen risico. Daardoor vallen de koopkrachteffecten per saldo voor de meeste groepen mee.

Toch hebben we nog een aantal vragen. Voor het eigen risico in de zorgverzekering hebben ook wij na wikkelen wegen een uitzondering gemaakt in ons verkiezingsprogramma als het gaat om het inkomensafhankelijk maken. Dat deden we niet om daarmee inkomenspolitiek te bedrijven, maar wel om het eigen risico daarmee meer in te richten als een rem op het zorggebruik. In het verkiezingsprogramma stelden we daarom een inkomensafhankelijk eigen risico voor van € 150 voor de laagste inkomens tot € 500 voor de hoogste inkomens, met een gemiddelde van € 285. Zou een dergelijk systeem in vergelijking met het huidige eigen risico niet inderdaad beter werken, omdat de remmende werking ervan door meer mensen wordt gevoeld? Dat blijkt ook uit het eindrapport van Eco-ris over de evaluatie van het verplicht eigen risico. Zou het toch niet goed zijn om eens te onderzoeken of zo'n systeemwijziging op termijn in te voeren is?



## Van der Staaij

Uit de evaluatie van Ecorys blijkt dat de inzet van het eigen risico als sturingsinstrument, waarbij de zorgverzekeraar kan bepalen dat de kosten van bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven, tot nu toe beperkt is. In de nota naar aanleiding van het verslag gaf de minister aan dat ze hierover met Zorgverzekeraars Nederland in gesprek zou treden, om te bezien of de effectiviteit van het eigen risico vergroot kan worden. Is daar al werk van gemaakt? Is daar verder overleg geweest?

Tot slot. In de nota naar aanleiding van het verslag schreef de minister dat bij de geraamde budgettaire opbrengst van 260 mln. geen rekening gehouden is met gedragseffecten. In de memorie van toelichting staat dat rekening is gehouden met een gering gedragseffect. Dat lijkt met elkaar in tegenspraak. Vandaar graag een nadere toelichting hoe die beoogde opbrengst is opgebouwd.

□

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Voorzitter. Ik kan mevrouw Voortman van GroenLinks geruststellen: wij zijn geen voorstander van het stelselmatig verhogen van het eigen risico, maar wij zien wel de noodzaak om de zorgkosten te beheersen. DSW heeft inmiddels de premieverhoging voor 2012 bekendgemaakt en hanteert een verhoging van € 36 voor 2012. Daarbij wordt aangegeven dat die verhoging € 20 hoger had gelegen, als het eigen risico niet met € 40 omhoog was gegaan. In dit opzicht zijn wij dus blij met de verhoging van het eigen risico, omdat die de stijging van de zorgpremie heeft geremd. Wij hebben ook gezien dat het huidige eigen risico en een verhoging daarvan niet het gewenste remeffect hebben waar altijd vanuit werd gegaan. We zijn echter wel benieuwd of de zorgverzekeraars nu het eigen risico als sturingsinstrument gaan inzetten, om de verzekeren naar de zorgaanbieder van hun voorkeur te sturen. Daar was het eigen risico in eerste instantie toch ook voor bedoeld. Gedeeltelijke of gehele kwijtschelding van het eigen risico zou in deze tijd van bezuinigingen misschien wel een overweging worden voor verzekeren. Uit het evaluatierapport blijkt dat 44% zich door de zorgverzekeraar zal laten adviseren over voorkeurszorg als daarvoor minder hoeft te worden betaald.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):**

Wij kunnen in deze periode af en toe gewoon genieten van de heel genuanceerde bijdragen van de PVV-fractie. Mevrouw Gerbrands heeft het nu over het "niet structureel verhogen" van het eigen risico. In het verkiezingsprogramma van de PVV staat echter gewoon: "De PVV wil geen verhoging van het eigen risico". Het gaat daarbij om de toegankelijkheid van de zorg. De PVV zei tijdens de verkiezingen ook dat een hoger eigen risico niet tot lagere zorgkosten zou leiden, maar dat dit ertoe zou leiden dat mensen zorg gaan mijden en dat zij langer met problemen blijven rondlopen. "Dit zal uiteindelijk tot veel hogere zorgkosten leiden", staat in het PVV-verkiezingsprogramma. Ergens is er dus iets gebeurd wat ik kennelijk heb gemist. Kan mevrouw Gerbrands mij dit uitleggen?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Mevrouw Wiegman weet anders goed wat het betekent om in een coalitie te zitten. Mijn partij zit op dit moment in een gedoogconstructie. Wij hebben onze handtekening

gezet onder een bezuinigingspakket ter waarde van 18 mld. In zo'n geval moet je soms voor dingen kiezen die niet in je verkiezingsprogramma staan. Dat is heel simpel.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):**

Dat is duidelijk. Het begin van het verhaal van mevrouw Gerbrands staat hiermee echter wat op gespannen voet.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**  
Nee hoor, helemaal niet.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):**

Mevrouw Gerbrands zegt dat zij geen voorstander is van het structureel verhogen van de eigen bijdrage. Het is nu helder hoe de zaken liggen.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Er is niets onduidelijk. Ik zeg alleen maar dat wij niet automatisch volgend jaar het eigen risico weer gaan verhogen. Dat is het enige wat ik hiermee heb willen zeggen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Mevrouw Gerbrands zegt dat de PVV er niet automatisch mee akkoord gaat dat het eigen risico weer wordt verhoogd. Betekent dit dus, dat de PVV daarmee automatisch niet akkoord gaat? Garandeert de PVV dat het eigen risico niet weer wordt verhoogd?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Nee, dat garandeert de PVV niet. Je moet elk jaar weer keuzes maken. Mevrouw Smilde had het daar ook al over. Als wij bijvoorbeeld volgend jaar moeten kiezen tussen een verhoging van het eigen risico en het niet opnemen in het basispakket van een heel duur medicijn tegen kanker, dan is de keuze niet zo gemakkelijk. Dan is het niet voldoende om alleen maar te roepen dat wij het eigen risico niet zullen verhogen, zoals mevrouw Voortman nu doet. Zulke keuzes moeten ieder jaar worden gemaakt.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Zo gemakkelijk was het in ieder geval in de vorige kabinetsperiode nog wel voor de PVV-fractie. Mevrouw Agema heeft toen een motie ingediend waarin stond dat het eigen risico absoluut niet mocht worden verhoogd. Het is interessant dat dit standpunt van de PVV nu is veranderd.

Ik heb echter nog een andere vraag. De PVV stond op het standpunt dat de huisarts niet onder het eigen risico mocht worden gebracht. Geldt dat standpunt nog steeds?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Ja, de PVV staat nog steeds op het standpunt dat wij daaraan niet moeten beginnen, hoewel in het rapport staat dat de huisarts laten vallen onder het eigen risico, wel degelijk zal leiden tot een rem op de zorgkosten. Volgens mijn fractie zou dit echter veel schade opleveren. Mensen zullen dan niet meer naar de huisarts gaan.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Dank u wel.

**Mevrouw Leijten (SP):**

"Ook mensen met een hoger inkomen wegen af of zij wel of niet van zorg gebruikmaken. Het zijn juist de ouderen en mensen die ziek zijn, die een drempel opgelegd krij-

## Gerbrands

gen en niet naar de dokter gaan. De gezondheidsschade neemt daardoor alleen maar toe." Dit zei mevrouw Age- ma nog geen twee jaar geleden. Waardoor is de PVV-fractie veranderd van standpunt? Waarom vindt zij nu niet meer dat een verhoging van het eigen risico nadelig zou zijn voor ouderen en mensen die ziek zijn? Waarom vindt zij niet meer dat de gezondheidsschade zal toenemen door de verhoging van het eigen risico?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Wij zijn niet principieel van mening veranderd. Wij hebben het nu over een kleine verhoging van het eigen risico. Inderdaad zullen sommige mensen iets meer kosten hebben. De compensatie voor het eigen risico is echter ook verhoogd. Er is nog steeds compensatie voor de chronisch zieken. Wij spreken nu dus niet over enorme bedragen waarmee mensen erop achteruit zouden gaan. Wij spreken ook niet over een verhoging van het eigen risico tot € 300 of € 500.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Tijdens de vorige kabinetsperiode was de PVV-fractie kampioen in het mensen erop wijzen dat zij draaiden. Vandaag wijs ik erop dat de PVV draait. De fractie vond een verhoging van het eigen risico immoreel. Het zou immers slecht zijn voor mensen met een laag inkomen en voor zieken. De fractie vond dat zo'n verhoging zou leiden tot gezondheidsschade. Nu zegt zij echter dat het allemaal wel meevalt. De verhoging van het eigen risico is bovendien niet het enige. De zorgpremie stijgt, het aantal zaken dat in het basispakket is opgenomen daalt en van de zorgtoeslag wordt 75% weggehakt. Maar mevrouw Gerbrands durft nog steeds te zeggen dat dit een kwestie is van een beetje geven en nemen. De PVV draait. Het wordt steeds duidelijker dat dit de zorg niet ten goede komt. Het komt daarentegen bijvoorbeeld wel de zorgverzekeraars ten goede en de zorgbobo's. De topinkomens van die bobo's worden door de PVV niet aangepakt. Dat heeft de PVV blijkbaar niet uitonderhandeld. Op die manier zien wij het ware gezicht van de PVV in dit debat.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

De PVV draait niet. De PVV is in een constructie terechtgekomen waarbij we water bij de wijn moeten doen. Dat zou de partij van mevrouw Leijten misschien ook een keer moeten proberen. De SP is daartoe echter niet bereid en daarom is het die partij de vorige keer ook niet gelukt. Als de SP wel een keer in die situatie komt, dan staan wij ook weer tegenover elkaar, maar dan op een andere manier. Dan zal ik de SP ook wijzen op al die zaken uit het verkiezingsprogramma die niet zijn waargemaakt.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Wij zouden graag aan de knoppen zitten, maar vandaag kan ook mevrouw Gerbrands een andere keus maken. Het is mogelijk om te zeggen dat het eigen risico niet wordt verhoogd en dat een inkomensafhankelijke premie wordt geheven. Dat is heel goed voor de mensen met de lage en de middeninkomens. Waarom kiest de PVV daar niet voor? Waar staat in het gedoogakkoord dat dit niet mag?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Wij kiezen daar niet voor, omdat wij er niet van overtuigd zijn dat dit de kosten naar beneden brengt. Ik vraag me ook af of het wenselijk is dat wij zorgverzekeraars inkomensgegevens gaan verschaffen. Ik ben daar geen voor-

stander van, maar dat is wel de consequentie als wij het voorstel van de SP uitvoeren. Dit is ook de consequentie van het voorstel van GroenLinks om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat is niet waar, want dit zou via de inkomstenbelasting lopen. Het is duidelijk dat mevrouw Gerbrands niet weet wat het voorstel inhoudt. Toch gaat zij akkoord met een verhoging van het eigen risico. Op die manier wordt het pakket uitgekleeft waar je bij staat. Er wordt ook een eigen bijdrage voor dementerende ouderen ingevoerd onder de PVV, dit alles omdat de PVV het zo fijn vindt om te gedogen. Dat is wel een beetje treurig.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Ik heb gezegd wat ik hierover wilde zeggen.

Ik was gebleven bij de rol van zorgverzekeraars. Wij zouden het toejuichen als hierdoor een preferentiebeleid in ziekenhuiszorg zou ontstaan. Dit stimuleert immers de ziekenhuizen om efficiënter te gaan werken en zich te specialiseren. Alleen de aanbieder met de beste prijs-kwaliteitverhouding wordt dan gecontracteerd. De consequentie van het eigen risico als sturingsinstrument is dat de opbrengst van het eigen risico lager zal uitvallen. Dit hoeft echter geen probleem te zijn als tegenover de inkoop van zorg besparingen staan. Dit moet wel goed worden gemonitord, omdat een lagere opbrengst van het eigen risico ook kan betekenen dat er geen goedkopere, maar minder zorg wordt afgenomen. Dat kan zorgmijden tot gevolg hebben. Hoe kan worden gecontroleerd of het sturingsinstrument werkt en hoe wordt het onderscheid met zorgmijders gemaakt? Als de sturing niet van de grond komt door de zorgverzekeraars, zijn er dan nog alternatieve maatregelen mogelijk? Graag een reactie van de minister.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Nog even over het sturingsinstrument. In een eerder debat, dat ik mij nog heel goed herinner, hebben wij als PvdA het eigen risico als sturingsinstrument ingebracht. Mevrouw Gerbrands kan nu zeggen dat haar partij in het kabinet zit en er daarom anders over denkt, maar onze opmerkingen werden toen werkelijk weggehoond. Gelet op de ervaring van zorgverzekeraars die dit hebben geprobeerd, zonder succes te boeken, hoe komt het dat de PVV nu een heel andere opvatting heeft?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

In ons verkiezingsprogramma staat niets over een verdere uitbreiding van de markwerking. Wij hebben ons ervan laten overtuigen dat het de enige stap voorwaarts is als er iets in het systeem wordt veranderd. Daarom gaan wij akkoord met de afschaffing van de macronacalculatie waarover wij het zojuist hebben gehad. Als je al die maatregelen beziet, dan kijk je ook naar het eigen risico als sturingsinstrument voor de zorgverzekeraar. Dat moet je echter niet als maatregel an sich bekijken. Dat moet je bezien in een combinatie van alle maatregelen die de Kamer de afgelopen tijd zijn gepasseerd.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

U begint een beetje op de minister te lijken. Zij heeft het ook over alle mogelijke aannames waardoor er vanzelf wel iets zal gebeuren. In Friesland, maar ook op andere plekken hebben zorgverzekeraars geprobeerd om te stu-

## Gerbrands

ren met het eigen risico, maar de verzekerden voelden daar helemaal niets voor. Hoe gaat dat veranderen?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Daar zou ik nog op komen, maar ik vind in ieder geval dat iedereen op de hoogte moet worden gebracht van wat de zorg kost. Verzekerden hebben geen inzicht in de kosten. Je krijgt alleen een soort overzicht waarop staat dat er een bepaald bedrag van het eigen risico afgaat, of dat er een bepaalde declaratie is betaald. Niemand weet wat het kost. Dat moet in ieder geval inzichtelijk worden gemaakt. Stel dat een verzekerde te horen krijgt, ook gelet op de bezuinigingen die overal plaatsvinden, dat er geen mindering op het eigen risico plaatsvindt als hij zich in ziekenhuis A aan zijn knie laat opereren, maar wel als hij zich in ziekenhuis B laat opereren. Volgens mij gaan dan een heleboel verzekerden nadenken of het niet beter is naar ziekenhuis A te gaan.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Dan is er iets veranderd bij de verzekerden. Tot voor anderhalf jaar zijn verzekerden dit soort voorstellen gedaan, vooral in Friesland. Verzekerden gingen daar gewoon helemaal niet op in. Die hadden het idee dat die verzekeraar voor een dubbeltje op de eerste rang wilde zitten, of zij wilden niet naar dat andere ziekenhuis. Wat ook de reden was, het gebeurde gewoon niet. U geeft vast het antwoord niet, maar ik vraag het toch maar: wat maakt u nu zo optimistisch dat dit sturingsinstrument zal werken?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Zoals ik al heb aangegeven, gaat het om een combinatie van allerlei maatregelen. Verzekerden moeten er gewoon aan gaan wennen dat niet iedere zorgverzekeraar meer alle zorgverleners contracteert. Dat wordt ook een werkelijkheid waarmee wij te maken krijgen met de regelingen zoals wij die nu met elkaar hebben afgesproken.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Hoor ik mevrouw Gerbrands nu zeggen dat de zorgverzekeraar voor jou gaat beslissen waar je zorg krijgt? Zegt zij: wen daar maar aan?

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Je kunt toch zelf je zorgverzekeraar kiezen?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dit is echt een draaimolen. Nog geen halfjaar geleden hoorde ik mevrouw Gerbrands in hoogsteigen persoon zeggen dat wij niet naar een stelsel toe moeten waarin een zorgverzekeraar gaat bepalen waar je je zorg krijgt. Ik sta paf.

**Mevrouw Gerbrands (PVV):**

Nou, dan staat mevrouw Leijten ook een keer paf.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Voorzitter. Je zult een klein inkomen hebben, en je zult op zich solidair zijn en best bereid zijn om voor je ziektekosten te betalen, maar dan geconfronteerd worden met een extra stijging van het eigen risico; de € 40 komt namelijk bovenop wat er geïndexeerd wordt. Vervolgens constateer je dat de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland vandaag zegt: als de macronacalculatie niet was

afgeschafte, zou dat € 50 per verzekerde per jaar hebben gescheeld. Dat is dus ongeveer de geraamde opbrengst. Dan hoor je de minister zeggen: die zorgverzekeraars doen hun werk niet. Met andere woorden: het is onnodig duur. Daarna hoor je de minister zeggen – dat hebben wij net aan de orde gehad – dat het eigen risico als sturingsinstrument niet werkt. En dan lees je in de NRC het artikel "De herniafabriek", waarin een specialist heel duidelijk zegt: als ik iemand voor een consult krijg, ontvang ik € 20 à € 30; dan is het logisch dat je gaat opereren. Uit dat artikel bleek ook dat er veel meer geopereerd werd dan nodig was. Vervolgens hoor je dat het stelsel duurzaam moet zijn.

Als je met dat soort zaken geconfronteerd wordt, als je ermee wordt geconfronteerd dat het systeem niet werkt, als je hoort dat er 2 mld. tot 3 mld. onnodig in de zorg omgaat omdat er niet goed wordt samengewerkt, dan mag je van verzekerden toch niet dat eigen risico vragen? Dat is, zoals ik ook bij de begrotingsbehandeling heb gezegd, een vorm van lui bezuinigen. Omdat het systeem niet werkt zoals wij denken of in ieder geval de minister denkt dat het volgens de marktprincipes zou moeten werken, gaan wij, met een hele hoop aannames, mensen belasten met een eigen risico, een verhoging met € 40. Daarnaast hebben de mensen te maken met een halvering van de WTCG, wordt er in de zorgtoeslag gesneden, wordt het basispakket uitgekleeft en is de premieverhoging veel hoger dan de regering heeft voorgesteld, zoals DSW bewijst. Hoe kun je dit dan van mensen vragen? Ik vind dan ook dat wij die verhoging met € 40 boven de indexering niet moeten doen.

Ik geef een alternatief; het is al een aantal keren aan de orde geweest. Wij zijn voorstander van een inkomensafhankelijk eigenrisicosysteem. In ieder geval één zorgverzekeraar heeft daarmee in het verleden goede ervaringen opgedaan, namelijk IZA. Wij vragen de minister – straks doen wij dat wellicht ook bij motie – om toch uit te zoeken wat het sociaal gewenste maximum is dat mensen mogen betalen en hoe je dat relateert aan inkomen. Als je dat doet, ben je goed bezig. Dan leg je ook de lasten daar waar ze horen en belast je niet de laagste inkomens met de hoogste kosten.

Tot slot plaats ik een opmerking over iets wat al vaker aan de orde is geweest. Onder meer uit het antwoord van de minister op vragen die collega Spekman en ik over wanbetalers hebben gesteld, blijkt dat 35% van de wanbetalers zich bevindt onder mensen met minder inkomen dan € 1300; dat was in ieder geval zo in 2009. Met dit erbovenop, kan ik alleen zeggen dat het aantal wanbetalers zal toenemen.

Wij vinden het een onverantwoorde en onnodige maatregel. Wij denken dat er op een andere manier geld te halen is en dat het systeem van het eigen risico zo snel mogelijk op de schop moet. Van mevrouw Smilde heb ik in ieder geval al begrepen dat zij openstaat voor andere zaken. Ik neem aan dat zij daar straks serieus naar zal kijken. Wij moeten hier zo snel mogelijk mee stoppen.

**Mevrouw Dijkstra (D66):**

Voorzitter. Er gaat geen dag voorbij of wij worden geconfronteerd met de berichtgeving over de almaar stijgende zorgkosten. Dat is hier al een aantal keren gememo-reerd. Iedereen weet dat en wij weten ook dat wij er iets

## Dijkstra

aan moeten doen. D66 realiseert zich dat ook en heeft dat laten zien in haar tegenbegroting. Tot zover zijn wij het eens met het kabinet.

Wij zijn het echter niet eens over de extreme bezuinigingsmaatregelen in de zorg, want die treffen bepaalde groepen in samenleving heel hard, maar leveren nauwelijks geld op. Vandaag debatteren wij over een maatregel met een vergelijkbaar effect. Het kabinet verhoogt het eigen risico voor zorgverzekeringen van € 170 naar € 210. Dat levert op korte termijn 260 mln. aan extra eigen betalingen op, maar in feite verandert er niets aan de almaar stijgende zorgkosten op de langere termijn en daar was het dit kabinet toch wel om te doen, om betaalbare gezondheidszorg? Of niet? Daar is het mij in elk geval wel om te doen.

Els Borst, mijn partijgenoot en voormalig minister van VWS, heeft het eerder mooi omschreven. "De zorg wordt beschouwd als water uit de kraan: het is vanzelfsprekend dat het er is." Dat is eigenlijk precies waar wij het vandaag over hebben. Veel mensen krijgen automatisch de zorg die zij vragen, maar slechts weinigen weten wat de zorg kost. Wij kunnen ons dat niet meer permitteren. Wij willen dat veranderen en mensen kostenbewuster maken. Wij willen dat zij kritisch nadenken over de vraag welke zorg zij nodig hebben, zonder dat wij de toegankelijkheid tot de zorg aantasten.

Een vraag aan de minister die tot nu toe onbeantwoord is gebleven, is de vraag wat de gedragseffecten zijn van de verhoging van het verplicht eigen risico met € 40. Ik krijg graag een antwoord.

In onze visie op de zorg van de toekomst zijn eigen betalingen onontkoombaar, maar deze moeten wel effect hebben. Wij doen daarom een beroep op de verantwoordelijkheid van mensen door een eigen bijdrage per zorgrekening te vragen, net zoals dat in de ons omringende landen als België, Frankrijk en Duitsland gebeurt. Ieder land heeft zo zijn eigen variant, maar het principe werkt. Uit onze tegenbegroting blijkt dat die maatregel jaarlijks 100 mln. meer oplevert dan de maatregel van het kabinet.

De minister wil het eigen risico voor gezonde premiebetalers niet al te veel verhogen, bang als zij is dat het draagvlak van de solidariteit binnen ons zorgstelsel verdwijnt. Daar dacht zij vroeger toch anders over, gezien het verkiezingsprogramma van de VVD, volgens welke nog een eigen risico gehanteerd wordt van € 300. Maar goed, als wij het dan toch over solidariteit hebben, is mijn vraag of deze minister zich dan niet druk maakt over de volgende generaties. Onze kinderen zijn straks kleiner in getal en zullen die enorm hoge zorgkosten moeten betalen. De premier beaamde dat vorige week nog bij de algemene politieke beschouwingen. Ik hoor graag een reactie van de minister.

De minister zou zich overigens helemaal geen zorgen hoeven maken over die solidariteit als zij onze voorstellen zou overnemen. Bij ons ben je immers 25% per zorgrekening kwijt. In dit model blijven mensen volgens het Centraal Planbureau het langst kritisch en alert op het gebruik van de zorg. Iedere keer betaal je zelf een deel in plaats van in één keer een hoog bedrag. Hieraan is een inkomensafhankelijk maximum verbonden van € 200 tot maximaal € 400. Zo sla je twee vliegen in één klap: het is effectief, een besparing van minstens 100 mln., en het is solidair. Wij vernemen graag een reactie van de minister op onze plannen en op de recente doorrekening ervan door het CPB. Ik zeg met opzet "recent", omdat ik eerder

antwoorden van de minister heb gekregen die uitgingen van een doorrekening uit 2008.

Volgens het CPB zou het onder het eigen risico laten vallen van de huisartsenzorg een enorm effect hebben op het aantal bezoeken aan de huisarts. In de evaluatie van Ecorys uit begin mei van dit jaar werd dit opnieuw vastgesteld. Uit dat rapport blijkt dat dan meer dan een kwart van de mensen minder snel naar de huisarts zou gaan. Zij zouden daar dan dus goed over nadenken. 3% van de mensen zou niet meer naar de huisarts gaan. De minister komt miljarden tekort. Ik zou mij kunnen voorstellen – de VVD kennende – dat zij heeft overwogen, het huisartsenbezoek onder het eigen risico te laten vallen. Is dat zo? Heeft zij dit overwogen? Gezien het besparingseffect zou het aantrekkelijk kunnen zijn, maar voor mij speelt hier nog iets anders mee. 3% van de mensen zou niet meer naar de huisarts gaan, als we afgaan op het onderzoek. Wat zijn de gezondheidsrisico's daarvan? Wil de minister dit willen onderzoeken? Het zou goed zijn om dit te weten.

Ik ga afronden, voorzitter. Dit kabinet verhoogt het verplichte eigen risico zonder dat dit mensen meer prikkelt om eens kritisch naar hun eigen zorggebruik te kijken. Op korte termijn levert dit wellicht een som geld op, maar het remt de stijging van de zorgkosten niet af en dat neem ik dit kabinet kwalijk. Dat is onverantwoord, want daarmee leg je de rekening bij volgende generaties neer. Dat is voor de fractie van D66 echt een brug te ver.



De heer **Mulder** (VVD):

Voorzitter. Dank aan GroenLinks, want een deel van mijn bijdrage is al uit de mond van de woordvoerder van die partij gekomen. Daaruit leid ik af dat GroenLinks het verhaal wel kan vertellen. Het is dus een kwestie van willen; het kunnen is er.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik heb ook alvast de tegenargumenten genoemd, dus ik hoop dat de heer Mulder in zijn bijdrage daar ook op ingaat.

De heer **Mulder** (VVD):

Mijn feestje is alweer bedorven, voorzitter!

Ik heb als eerste een technische vraag. Het voorliggende voorstel betreft een verhoging van het eigen risico naar € 210. In de begroting wordt een bedrag genoemd van € 220. Waar gaat het nu om? Met welk bedrag verhogen we het eigen risico en tot welk bedrag verhogen we het?

Mijn fractie is voor een verhoging van het eigen risico. Mevrouw Dijkstra heeft het al gezegd: eigenlijk wilden wij nog wel verder gaan met de verhoging van het eigen risico, tot zelfs € 300. Waarom willen dat? De komende jaren krijgen we te maken met een explosie van de zorguitgaven. De komende 30 jaar zullen deze stijgen van bijna 10% van het bruto binnenlands product, zeg maar het bedrag dat we met z'n allen nu verdienen, tot bijna 20%. Je krijgt dan het probleem van de solidariteit. Willen gezonde, werkende, hoogopgeleide mensen – zeg maar de netbetalers van de zorg, die weinig een beroep doen op die zorg – dat blijven betalen? Komt aan die solidariteit op enig moment niet een einde? Moeten wij om de solidariteit te handhaven niet ingrijpen? Dat is het vraagstuk voor de komende jaren. Dit zal niet alleen het vraagstuk

## Mulder

van deze kabinetsperiode zijn, want – collega Leijten zei het eigenlijk al – ongeacht de kleur van het kabinet, dus zelfs als de SP meedoet, zullen de zorguitgaven stijgen. Daar zul je iets voor moeten bedenken. Daarom zijn wij voor verhoging van het eigen risico.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Zoals ik inderdaad al verwachtte, zegt de heer Mulder dat de solidariteit tussen ziek en gezond onder druk zal komen te staan. Echter, uit diverse onderzoeken blijkt juist dat we daar helemaal niet bang voor hoeven te zijn. Mensen willen best wat meer betalen voor iemand die minder heeft of minder gezond is. Het antwoord op de vragen die de heer Mulder stelt, is dus volmondig "ja". Daar hoeven we niet bang voor te zijn.

**De heer Mulder (VVD):**

De vraag is of dat zo is. We staan immers pas aan het begin. De discussie die we nu voeren over het eigen risico is pas het begin van een discussie die nog jaren door zal gaan. De stijging van de gezondheidskosten wordt steeds erger. We beginnen nu pas de spanning te voelen die op de solidariteit staat en deze spanning zal nog steviger worden. Vorige week werden in de Volkskrant mensen geciteerd die vonden dat je op de zorg niet of liever niet mag bezuinigen. Een groot deel van de mensen zegt dat. Bij ongewijzigd beleid betekent dit dat de uitgaven zullen stijgen. Vanmiddag zat ik bij Stand.nl. De meerderheid van de mensen daar zei: ja, maar de zorgpremie mag ook niet stijgen. Dat is precies de spanning. Als patiënt wil je de beste zorg die er is, maar als verzekerde wil je niet te veel premie betalen. Dat maakt de discussie die wij de komende jaren hier zullen voeren ontzettend ingewikkeld. De bevolking vindt er iets van. Men wenst zorg, maar men wil er eigenlijk niet voor betalen. Het is aan ons politici om dat op te lossen. Soms denken mensen dat wij hier op het pluuche zitten. Vergeet het maar met de zorguitgaven: we liggen hier op de pijnbank.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het is altijd zo leuk als een collega bij Stand.nl is. Dan hoor je eerst wat de collega vindt van het onderwerp en dan komen er inbellers. Inbellers hebben vaak ook een oplossing voor waar het dan wel weggehaald mag worden. De vraag is eigenlijk heel simpel; hij werd in de radio-uitzending niet beantwoord, maar dat kan wellicht nu: waarom haalt de heer Mulder het niet weg bij de inkomens van zorgbestuurders?

**De heer Mulder (VVD):**

Dat is op zich een boeiend onderwerp. Wij bespreken hier in week 39 – ik weet niet in welke week we nu zijn – een wetsvoorstel over de normering van topinkomens in de publieke en semipublieke sector. In dat voorstel, dat is ingediend door de minister van Binnenlandse Zaken, staat ook wat over zorgbestuurders. Het wetsvoorstel beoogt de topinkomens te normeren, om de beloningscode die er is, in de wet op te nemen. Het kabinet werkt er wel degelijk aan om de topinkomens te normeren. Namens de VVD-fractie zal mevrouw Van der Burg over dat onderwerp het woord voeren.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het is heel grappig dat dit als een triomf wordt verdedigd, want de beloningscode is amper een normering, het is een afgesproken richtlijn. Dat is één. Twee: daar

houdt geen zorgbestuurder zich op dit moment aan. Dat is eigenlijk wel een schandvlek in een periode waarin we de rekening steeds verder doorschuiven naar degene die ziek is. Degene die ziek is, krijgt een belasting op ziek zijn, maar de zorgbestuurder krijgt een premie op graaien, tenzij de VVD het amendement van de SP steunt en we gewoon een maximum stellen; niks vrijwillige norm waar je ook nog eens boven kan gaan zitten. Maar ik heb een andere vraag. Er zijn ook mensen die zeggen dat we gewoon af moeten van een marktgedreven zorg. Er zijn mensen die productie draaien en daaraan verdienen. Zelfs uw eigen achterban gelooft tegenwoordig in meerderheid niet meer in de marktwerking in de zorg. Wanneer wordt de heer Mulder eens wakker?

**De heer Mulder (VVD):**

Dat zijn een hoop beweringen en vragen ineen. Laat ik daar iets op zeggen. Je kunt de zorguitgaven op een paar manieren beheersen: via het eigen risico, via de eigen betalingen of via het pakket, maar ook door te komen tot doelmatigheid, tot een goede kwaliteit zorg voor een zo laag mogelijke prijs. Als het goed is, gaat dat nu ook gebeuren. Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten hebben afspraken gemaakt om te komen tot spreiding en concentratie van zorg. Althans, dat moet gaan gebeuren; dat akkoord moet ook uitgevoerd worden. De praktijk leert dat als een ziekenhuis zich toelegt op een bepaalde behandeling, het per behandeling goedkoper werkt. Zorgverzekeraars moeten daarbij in hun rol komen. Ik begrijp heel goed dat de achterban van de VVD – en trouwens heel veel Nederlanders – zegt: marktwerking is toch een middel tot een doel; het moet wel gaan leveren. Het moet nu dus gaan leveren. Wat dat betreft lijken zorgverzekeraars een beetje op zwemmers die niet tegen water kunnen. Ze moeten nu hun rol pakken om ervoor te zorgen dat we een goede kwaliteit zorg krijgen voor een lage prijs. Als dat onverhoopt niet van de grond komt, gaan we de andere kant op. Dan komt er misschien wel een directeur-generaal zorginkoop en gaat de overheid het weer doen. Dat is voor mij een doemscenario. Het is bijna socialistisch. Misschien krijgen we wel staatsziekenhuizen. Misschien krijgen we wel het Agnes Kant Medisch Centrum. Die kant kun je opgaan als de zorgverzekeraars niet doen wat ze moeten doen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat zou een mooie eer zijn voor Agnes Kant: het Agnes Kant Medisch Centrum. Ik teken daar direct voor. Maar dat is natuurlijk niet waar het hier om gaat. De geloofsbelijdenis van de VVD kennen we: we laten het aan de markt en alles zal goed komen; we laten de zorgverzekeraars in hun rol komen. Maar wat die rol is en in welk toneelstuk, kan niemand mij uitleggen. De afgelopen vijf jaar was de belofte dat de zorgkosten zouden dalen, dat het efficiënter zou worden en dat de zorgpremies zouden dalen. Maar we zien een omzetstijging van 10% bij de ziekenhuizen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten, wat weet u veel. Maar misschien kan de vraag iets korter.

**De heer Mulder (VVD):**

Ik sta alweer te popelen om te reageren. Ik heb geen vraag nodig!

## Mulder

**De voorzitter:**

Daar ben ik al bang voor. U kunt het beiden eigenlijk helemaal zelf.

Mevrouw Leijten stelde een vraag.

**De heer Mulder (VVD):**

Zal ik daar ...

**De voorzitter:**

Nee, even niet door elkaar praten. Mevrouw Leijten moet nu een vraag stellen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De geloofsbelijdenis van de vrije markt in de zorg wordt eigenlijk alleen nog uitgesproken door VVD'ers en de minister, die ook een VVD'er is. De achterban van de VVD ziet niet meer in dat dit leidt tot betere zorg, minder wachtlijsten en lagere kosten. Wanneer wordt de heer Mulder wakker?

**De voorzitter:**

Mijnheer Mulder, wanneer wordt u wakker?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Daar had hij al op geantwoord. Hij had maar één doem-scenario: als het niet lukt. Daar zit het hem in: hij hoopt dat het allemaal lukt, maar hij heeft geen garanties. De premies worden opgejaagd, maar er zijn geen garanties. De VVD speelt een zeer gevaarlijk spel met de zorg.

**De voorzitter:**

Dat was dus helemaal geen vraag. Dat was meer een soort tweede termijn.

**De heer Mulder (VVD):**

Maar ik wil wel graag reageren.

**De voorzitter:**

Nee, dat zou ik niet doen.

**De heer Mulder (VVD):**

Maar dat is het fundamentele debat.

**De voorzitter:**

Ja, maar het is ook 21.30 uur. Dan kunt u het in één keer doen.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Ik beloof dat ik op dit thema doorga, dus dan kan de heer Mulder toch nog antwoorden. Allereerst kom ik op een merkwaardige constatering. In de inleiding zei de heer Mulder dat mensen die gezond zijn en een hoog inkomen hebben, op een gegeven moment de vraag zullen stellen of ze nog wel solidair kunnen zijn. Zijn oplossing is vervolgens om de mensen met de laagste inkomens – die zijn over het algemeen het meest ziek – het eigen risico te laten betalen. Ik vond dat een wat vreemde constatering, maar die laat ik graag aan hem.

In aansluiting op mevrouw Leijten heb ik een ander punt. De heer Wiegel van Zorgverzekeraars Nederland heeft gezegd dat € 50 extra aan premie betaald moet worden voor het afschaffen van de macronaïcalculatie. De stille hoop van een aantal mensen – volgens mij is de heer Mulder nog een van de weinigen die dat denkt – is dat de zorgverzekeraars beter hun best doen als je die naïcalculatie maar afschaft. Het feit dat we dit nog niet weten, slaat

nu wel neer op die € 50 per verzekerde. Wat gebeurt er als volgend jaar met de afschaffing van de macronaïcalculatie het systeem niet blijkt te werken?

**De heer Mulder (VVD):**

De heer Van der Veen heeft een punt te pakken. Dat systeem moet gaan werken. Daarom zijn wij voor dat systeem. Het is geen marktwerking, maar het is zeer gereuleerde marktwerking. Zorgverzekeraars moeten in hun rol gaan komen. Ze moeten doen waarvoor ze op aarde zijn, namelijk goede zorg inkopen voor een goede prijs. Omdat wij dit overlaten aan marktpartijen hoort daar ook een zekere risico-opslag bij. Je kunt in één keer van zo'n risico-opslag af zijn als de overheid het weer gaat doen. De overheid gaat niet – althans "vaak niet" moet ik in deze tijden zeggen – failliet. Dan hoef je ook niet de risico-opslag te betalen. Je kunt dus af van die risico-opslag door het weer in handen te brengen van de Staat. Wanneer word ik dan wakker? Dan word ik helemaal niet wakker. Dan gaat mijn droom verder en gaat die over in een nachtmerrie. Dan krijg je staatszorginkomens, misschien wel staatsziekenhuizen met ambtenarensalarissen, en misschien met de opening van een Agnes Kant Medisch Centrum. Die kant kan het opgaan als ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de specialisten hun werk niet gaan doen.

**De voorzitter:**

Een korte vraag nog, want we moeten ook een beetje op de tijd letten.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Terecht, maar ik wil ook antwoord.

Ik constateer het volgende en ik vraag of de heer Mulder dat beaamt. Al zes jaar lang functioneren zorgverzekeraars niet. Ook de minister heeft dat gezegd. Het niet functioneren van de zorgverzekeraars wordt nu betaald door de verzekerden, die extra premie moeten betalen. DSW heeft een aanmerkelijk hogere premie ingesteld dan het kabinet heeft voorspeld. Verzekerden betalen dat via een extra verhoging van het eigen risico. Het enige wat de heer Mulder zegt: het komt wel goed. Ondertussen betalen de mensen concreet extra geld. Wanneer stopt dat? Waarom moeten mensen betalen voor een experiment dat op dit moment geen zicht op een uitkomst heeft?

**De heer Mulder (VVD):**

Mijn fractie gaat ervan uit dat die zorgverzekeraars wel aan de slag gaan. Daarom neemt het kabinet ook maatregelen, zodat die zorgverzekeraars risico's lopen: prestatie-bekostiging, 70% in het zogeheten vrije segment. Als het vorige kabinet, waar de PvdA van deze collega deel van uitmaakte, die maatregelen had genomen, had het misschien niet zo lang geduurd.

**De heer Van der Veen (PvdA):**

Is de heer Mulder dan wel met mij van mening dat er op het ogenblik extra geld aan de verzekerde wordt gevraagd omdat de zorgverzekeraars niet functioneren?

**De heer Mulder (VVD):**

Nee, dat niet. Wel lopen zorgverzekeraars meer risico. Er wordt gesproken over de solvabiliteitseis. Daar hebben wij het over gehad in het vorige debat. Voor een deel wordt dat misschien – dat weten wij niet zeker – doorberekend, maar het is niet zo dat de zorgverzekeraars niet functioneren. Wel moeten ze beter gaan functioneren. Dat

## Mulder

moeten ze vooral deze kabinetsperiode gaan doen, omdat anders hun bestaansrecht ter discussie komt en dan gaat mevrouw Leijten juichen.

### De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

### De heer Mulder (VVD):

Mijn fractie is voorstander van de verhoging van het eigen risico. Die werkt voor een deel als remgeld. Die draagt ook bij aan het kostenbewustzijn. Mensen weten op dit moment bijna niet wat de zorg kost. Ze zien ook bijna nooit een ziekenhuisrekening. Dit kan bijdragen aan een groter kostenbewustzijn. Dat kostenbewustzijn heb je nodig om tot de maatregelen te komen om het stelsel solidaire te houden. Die verhoging draagt ook bij aan de sturingsinstrumenten voor de zorgverzekeraar. Die kunnen tegen hun verzekerden zeggen: ga naar dat ziekenhuis, dan schelden wij jouw eigen risico kwijt.

Een aantal collega's werd daarnet bevroegd over de toekomst. Ik denk dat de toekomst is: wordt vervolgd. Wij staan hier de komende kabinetsperiode elk jaar weer om te praten over doelmatigheid van het systeem, over het al dan niet verhogen van het eigen risico, over het onder het eigen risico brengen van de huisarts, over eigen betalingen, niet alleen in de ggz, en over het pakket. Dus: wordt vervolgd en steun aan dit voorstel.

### Mevrouw Dijkstra (D66):

De heer Mulder zegt dat we hier elk jaar zullen staan om over dit soort maatregelen te spreken. Ik heb al aangegeven dat ik dat onwenselijk vind, omdat we dan niets doen aan de beheersbaarheid van kosten. We verschuiven dan alleen maar en leggen de rekening elders. Wat denkt de heer Mulder, afgezien van de maatregelen die nu in het convenant zijn genomen, te doen aan de beheersbaarheid van de kosten om te voorkomen dat ze steeds zo enorm groeien? Ik doel op de eigen bijdrage en de manier waarop dit nu wordt aangepakt.

### De heer Mulder (VVD):

Om te beginnen moeten we onze ambities gelijk temperen. Ik had het er al over in het interruptiedebat met collega Leijten. De zorguitgaven gaan stijgen door de technologie, de mondige burger en de vergrijzing. De vraag voor ons politici is hoe we die stijging beheersbaar houden. Dat is door doelmatigheid te creëren in het systeem, door te komen tot meer betalingen en een hoger eigen risico, en door te praten over het pakket. Dat zijn de maatregelen om de stijging beheersbaar te houden en de groei te vertragen en te dempen. Die groei blijft echter. Dit wordt de grote discussie van de komende jaren.

### Mevrouw Dijkstra (D66):

Wat mij betreft zijn we die discussie al voorbij. We weten dat we iets moeten doen. Als de heer Mulder nu zegt dat we daar in de toekomst over gaan praten, dan zijn we veel te laat. Moeten we niet veel beter en veel harder ingrijpen op dit moment?

### De heer Mulder (VVD):

Als mevrouw Dijkstra het verkiezingsprogramma van de VVD uit 2010 heeft gelezen – zij heeft het al geciteerd – dan ziet ze dat de VVD hierin voorstelt het eigen risico niet te verhogen naar € 210 of € 220, maar naar € 300. Als we kijken naar de doorrekening van het verkiezings-

programma door het Centraal Planbureau, dan zien we ook dat de huisarts volgens de VVD onder het eigen risico moet worden gebracht. Dat zijn de maatregelen die je kunt nemen om de kostenstijging wat te temperen.

### Mevrouw Dijkstra (D66):

Het is heel leuk om verkiezingsprogramma's te citeren, maar die kan de heer Mulder niet waarmaken nu hij in deze coalitie zit, met deze gedoogpartner.

### De heer Mulder (VVD):

Er is één groot probleem met de VVD. We hebben geen 76 zetels. We moeten zaken doen met andere partijen. Dat is een van de nadelen van democratie, dat je het niet alleen voor het zeggen hebt. Het kan ook een voordeel zijn, want zo voorkom je een dictatuur.

### Mevrouw Leijten (SP):

Waar ligt voor de VVD de grens? Hoeveel mensen moeten er bijvoorbeeld in de regeling zitten voor mensen die de premie niet meer kunnen betalen?

### De heer Mulder (VVD):

Collega Leijten heeft iets over de wanbetalers gezegd. Ik heb daar niet op gereageerd, omdat ik de indruk kreeg dat mevrouw Leijten misschien wel hetzelfde vindt als de VVD. Wanbetalers moet je tegengaan. Je kunt dan nog praten over hoeveel de extra premie moet zijn. Wij hebben ingestemd met 130%. Mevrouw Leijten is al akkoord met maximaal 15% erbij aan inningskosten. Wat dat betreft groeien we wel naar elkaar toe. Mevrouw Leijten is bereid om er 15% bij te doen. Ik denk dat we heel stevig moeten zijn op die wanbetalers, omdat we een ontzettend goed systeem hebben in Nederland, waarin iedereen verplicht verzekerd is, er een acceptatieplicht is en we allemaal dezelfde premie betalen. Dat is een groot goed. Als je wanbetalers hebt en dit er te veel worden, vragen de mensen die de premie betalen waarom zij nog zouden betalen als we niets doen aan de wanbetalers. Als je solidariteit in stand wilt houden, moet je wanbetalers aanpakken, het liefst vriendelijk en als dat niet kan wat minder vriendelijk.

### Mevrouw Leijten (SP):

Ik wilde niet per se die kant op. Ik vind dat wanbetalers of mensen met een premieachterstand de premiebetaling zo snel mogelijk moeten hervatten. Ik zeg dat je de incassokosten voor maximaal 15% mag rekenen. Het mag dus ook minder zijn. Ik ben echter op zoek naar de grens voor de liberale partij, die toch ook oog heeft voor de samenleving, zo mag ik hopen. Wanneer is voor de VVD de grens bereikt in de betaalbaarheid van de zorg? Of vindt de heer Mulder het niet erg als straks mensen met een laag inkomen of chronisch zieken geen toegang meer hebben tot zorg?

### De heer Mulder (VVD):

Mijn hele bijdrage en alle artikelen die de collega van GroenLinks aanhaalde, zijn erop gericht om de solidariteit in stand te houden, want dat is een groot goed. Dat doe je door de kosten niet te ver te laten stijgen en ervoor te zorgen dat iedereen bereid is om die solidariteit op te brengen. Waar ligt dan de grens? Ik heb al gezegd dat voor deze kabinetsperiode in ons verkiezingsprogramma een eigen risico staat van € 300. Je zult die grens echter steeds weer moeten bekijken, want elke keer stijgen de zorguit-

## Mulder

gaven. Je moet er dus voor oppassen dat wij geen grens meer stellen maar de wal het schip keert en mensen ineens zeggen: tot hier en niet verder.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik noemde het eigen risico "een belasting op ziek zijn". Alleen mensen die ziek zijn of een ongeluk krijgen, krijgen het namelijk voor hun kiezen. Alleen mensen die dat ongemak hebben. Ik stel vast dat de VVD tegen lastenverzwaring is – dat zegt ze altijd – behalve tegen een belasting op ziek zijn. Daarbij is de grens dus helemaal niet in beeld en dat is best jammer.

De heer **Mulder** (VVD):

Mevrouw Leijten stelde in haar betoog een heel goede vraag. Ze zei: mevrouw de minister, breng nu eens in beeld wat iemand betaalt die chronisch ziek is en wat iemand betaalt die gezond is en werkt. Die vraag heeft mevrouw Leijten volgens mij gesteld. Ik zou willen zeggen: doe dat en trek die lijn ook 30 jaar door. Wat betekent ongewijzigd beleid voor de solidariteit die er nu is? Hoe ontwikkelt zich die? Dan kunnen we bekijken of gezond voor ziek betaalt en arm voor rijk, want dat zal uit die gegevens blijken.

De vergadering wordt van 21.35 uur tot 21.45 uur geschorst.



Minister **Schippers**:

Voorzitter. Ik houd een heel korte inleiding. Daarna ga ik aan de hand van de inbrengen in op de vragen. Ik zal geen alomvattend verhaal over de Zorgverzekeringswet houden.

De **voorzitter**:

We zijn u dankbaar.

Minister **Schippers**:

Dat vermoedde ik al.

Voorzitter. De regering kent grote prioriteit toe aan de gezondheidszorg. In tegenstelling tot andere sectoren is er in de gezondheidszorg sprake van groei. Die bedraagt in deze kabinetsperiode maar liefst 15 mld. Ook internationaal gezien is dat uitzonderlijk. Deze aanzienlijke stijging van de uitgaven, afgezet tegen de bezuinigingen elders, maar liefst 18 mld. in deze kabinetsperiode, geeft aan dat alles op alles moet worden gezet om het bij die 15 mld. te houden. We doen dat door de partijen te stimuleren, hun verantwoordelijkheid te nemen voor doelmatige zorgverlening, door voor iedere euro premie die betaald wordt maximale zorg te laten opbrengen, door scherp naar het verzekerde pakket te kijken en door de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor een gepast gebruik van zorg te benadrukken. Eigen betalingen spelen daarin een belangrijke rol.

Vandaag spreken we in dat kader over het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico naar € 220, een voorstel dat al door het vorige kabinet is aangekondigd en dat door dit kabinet is overgenomen. De verhoging bedraagt, zoals het vorige kabinet ook heeft voorgesteld, € 40. De indexatie, die ieder jaar automatisch plaatsvindt, bedraagt € 10. Deze verhoging houdt in dat de eigen betalingen gemiddeld ongeveer € 26 per jaar hoger zijn. Alle cijfers die ik noem, zijn onder voorbehoud van

de cijfers die het CPB in november raamt ten behoeve van de zorgtoeslag. Daar zit de standaardpremie in en de gemiddelde eigen bijdrage van gezonde mensen. De standaardpremie kunnen we pas berekenen als alle premies bekend zijn.

Chronisch zieken en gehandicapten ontvangen compensatie. Rekening houdend met de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten is de stijging aan eigen betalingen ongeveer € 22. Verzekeraars kunnen daarvoor de nominale premie gemiddeld ongeveer € 22 lager vaststellen dan zonder deze maatregel. De verzekerde moet gemiddeld ongeveer € 22 meer betalen aan eigen risico. Na de invoering van deze wet blijven de kosten van het eigen risico voor de groep chronisch zieken en gehandicapten net zo hoog als van gemiddeld gezonde verzekerden. Dat wordt gerealiseerd door de compensatie eigen risico. De stijging van de uitgaven aan het eigen risico van gezonde verzekerden is ongeveer € 26. Voor verzekerden die recht hebben op de compensatie eigen risico, personen die altijd het eigen risico volledig kwijt zijn, zou het € 50 zijn omdat zij het helemaal volmaken. Omdat wij de compensatie eigen risico uitkeren wordt die met € 24 verhoogd. Van de stijging à € 50 wordt het bedrag dat gemiddeld wordt betaald afgetrokken, dus chronisch zieken en gehandicapten krijgen € 24 gecompenseerd. De totale compensatie stijgt naar circa € 80 à € 81.

De jaarlijkse budgettaire opbrengst wordt geschat op 260 mln. Daarbij is, zo zeg ik in antwoord op verschillende vragen, geen rekening gehouden met eventuele gedrags-effecten, bijvoorbeeld dat er minder zorg wordt afgenomen. Wij hebben ons niet rijk willen rekenen. Als er gedragseffecten zijn, is dat meegenomen. Wel is rekening gehouden met extra uitgaven voor de compensatie van het eigen risico. Bij de invoering van het eigen risico is een evaluatie aan de Kamers toegezegd. In juni 2010 is een globale analyse aan de Kamer gestuurd. In juni 2011 zijn de verdiepingsslag en het standpunt van de regering aan de Kamer gestuurd. Hieruit blijkt dat het gedragseffect aanwezig is bij 17- en 18-jarigen. Deze leeftijden zijn gekozen om de volgende reden. Een 17-jarige hoeft geen eigen risico te betalen, maar een 18-jarige wel. De omstandigheden blijven verder gelijk. In jaar 1 wordt gemeenten welk gedrag 17-jarigen vertonen en in jaar 2, als deze personen 18 jaar zijn geworden en dientengevolge een eigen risico moeten betalen, ook. Alle andere factoren blijven gelijk. Je kunt dus zien of een gedragseffect is opgetreden. Daarom is hiervoor gekozen. Voor de gedragseffecten geldt een grote bandbreedte in de kosten van de gevraagde zorg, namelijk van 2,3% tot 7,3%. Waarschijnlijk is het gedragseffect voor de hele bevolking kleiner, omdat dit zo'n jonge, gezonde groep betreft, die heel erg gevoelig is voor kosten. Ook volgt uit het onderzoek dat verzekerden goed worden geïnformeerd door verzekeraars over het eigen risico. Desondanks zijn verzekerden niet altijd goed op de hoogte van de werkingssfeer van de regeling. Ik heb contact met Zorgverzekeraars Nederland met het oog op verbetering van de effectiviteit van hun voorlichting.

Ik heb geprobeerd om met de cijfers aan te geven wat wij precies doen. Voor iedereen, gezond of ziek, is de stijging gemiddeld gelijk.

Ik ga over op de vragen die aan mij gesteld zijn. Mevrouw Leijten zei: de zorgkosten gaan omhoog en de zorgpremie gaat omhoog. Dat heeft natuurlijk alles met elkaar te maken. De zorgkosten worden betaald uit de zorgpremie. Als wij in de politiek zeggen dat er meer geld



## Schippers

naar de zorg gaat of dat wij niet bezuinigen op zorg, gaat de zorgpremie van mensen omhoog. Dat is een automatisch gegeven.

De premie voor wanbetalers is 130%. Mevrouw Leijten is van mening dat dit oneerlijk is en averechts werkt. Deze wet is nu voor het derde jaar in werking; dit najaar krijgen wij een evaluatie van deze wet. Ik zal die evaluatie, met een regeringsstandpunt, naar de Kamer sturen. Ik vind dat wij eerst de evaluatie moeten afwachten. Mevrouw Smilde zei het al: als je twee mensen hebt met een laag inkomen en de een geen premie betaalt, moet de ander meer betalen om dat te compenseren. Dat vind ik ook oneerlijk. Er moet een prikkel zijn opdat het niet vrijblijvend is dat je je premie niet betaalt. Wie zou er dan nog premie betalen, als je even goed af bent? Het systeem erachter is helder. Wij evalueren de wet en wij komen hier in het najaar op terug.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het idee achter de boete van 30% was dat 50.000 mensen per jaar zouden worden afgeschrikt, waardoor zij niet in de betalingsproblemen zouden komen. In de begroting van 2010 had de regering streefwaarden opgenomen voor minder mensen met een premieachterstand; in de begroting van 2011 ook. Echter, het aantal mensen met een premieachterstand steeg en steeg. In de begroting 2012 heeft de regering geen streefwaarden meer opgenomen. Met andere woorden: de regering erkent dat er van de boete van 30% geen afschrikwekkende werking uitgaat, terwijl de boete wel om die reden was ingevoerd. Waarom zorgen wij er dan niet voor dat die premie terugkomt en dat de incassokosten voor rekening zijn van de verzekerde die een betalingsachterstand heeft? De boete mag dan echter niet hoger zijn dan 15%, net als bij andere betalingsachterstanden.

**Minister Schippers:**

Mevrouw Smilde zei het al: wij hebben tegelijkertijd de opsporing van onverzekerden heel strak aangehaald met een andere wet. Het is dus een beetje appels met peren vergelijken. Ik wil dit niet uit de losse pols doen. Daarom hebben wij een evaluatie van de wet aangekondigd. Die evaluatie wordt nu gehouden. Wij moeten bezien wat er uit de evaluatie komt om conclusies te kunnen trekken. Het gebeurt heel snel: het verslag van de evaluatie wordt dit najaar al verwacht. Mijn voorstel is om pas op basis van de evaluatie conclusies te trekken en niet voorafgaand aan de evaluatie.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik spreek helemaal niet over het opsporen van onverzekerden. Ik spreek over mensen die in betalingsproblemen zijn gekomen en in de wanbetalersregeling zijn terechtgekomen. Er zou een afschrikwekkende werking van de boete uitgaan en het zou 50.000 mensen per jaar schelen. Dat is jaar na jaar in de begroting opgenomen, maar voor volgend jaar neemt de minister het niet meer op. Blijkbaar is het ministerie al zo ver in zijn evaluatie dat het zegt: nee, dat heeft geen afschrikwekkende werking meer. Waarom kunnen wij dan nu geen zaken doen en halen wij die boete er nu niet uit?

**Minister Schippers:**

Ik laat niet voor niets een evaluatie uitvoeren. Ik vind het tamelijk zinloos om dit najaar een evaluatie te laten uitvoeren en dan voorafgaand aan de evaluatie maatregelen

te nemen. De juiste volgorde is: eerst de evaluatieresultaten ontvangen, dan de resultaten bestuderen en tot slot op basis daarvan eventueel aanpassingen doorvoeren.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Zo consequent is de regering dus niet in haar filosofie dat deze wanbetalersregeling zal helpen, want dan zou de minister nog steeds streefwaarden moeten opnemen voor een lager aantal mensen met een betalingsachterstand. Dat laat de regering echter los. Er zijn dus steeds meer mensen die 130% betalen, terwijl hier geen afschrikwekkende werking van uitgaat. Toch is de minister niet bereid om te zeggen dat het beleid heeft gefaald en dat zij het nu gaat repareren. Dan hoeven wij dat straks niet meer te doen. Dat lijkt mij wel zo efficiënt.

**Minister Schippers:**

De regering werd net beticht van fact free politics, maar u poneert hier ook allerlei stellingen.

**De voorzitter:**

Wij spreken elkaar niet rechtstreeks aan.

**Minister Schippers:**

Mevrouw Leijten poneert ook allerlei stellingen die zij niet waarmaakt.

**De voorzitter:**

Het zou echt helpen als de minister omgekeerd niet ook nog eens vragen stelt.

**Minister Schippers:**

Ik stel niet omgekeerd vragen. Ik stel alleen vast dat wij de feiten uit de evaluatie zullen krijgen en dat mevrouw Leijten voorafgaand aan de evaluatie reeds allerlei stellingen poneert. Voor de onderbouwing daarvan heeft zij echter de feiten uit de evaluatie nodig.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik kan heel goed lezen. De regeling zou 50.000 wanbetalers per jaar schelen, omdat die zou afschrikken. Het aantal groeit echter; dat erkent het ministerie in haar begroting. Het ministerie ging in de afgelopen begrotingen uit van de afschrikkende werking. Die filosofie is echter losgelaten. Iedereen kan dit zien op pagina 76, beleidsartikel 42, hoofdstuk 3.3. Daarin heeft u geen streefwaarde meer opgegeven.

**De voorzitter:**

Niet rechtstreeks aanspreken!

**Mevrouw Leijten (SP):**

Daarin heeft de minister, het ministerie, geen streefwaarde meer opgegeven. Daar erkent de minister dus dat het fout was om te veronderstellen dat er een afschrikkende werking zou uitgaan van een boeteclausule.

**Minister Schippers:**

Als uit de evaluatie blijkt dat de boete geen enkele afschrikkende werking heeft, gaan wij daarover praten.

Wat heeft de Zorgverzekeringswet opgeleverd? Op die vraag werd geantwoord: een verkleining van het pakket en een verhoging van de premie. Ik vind het iets te gemakkelijk dat er gedaan wordt alsof de dingen die uit het pakket zijn gehaald, leiden tot een verkleining van het pakket. In een jaar komen er veel nieuwe, vaak heel dure,

## Schippers

hoogtechnologische geneesmiddelen, nieuwe technologieën, nieuwe hulpmiddelen en nieuwe behandelingen in het pakket. De omvang van het pakket neemt dus alleen maar toe. Dat blijkt ook. De kosten stijgen namelijk. De kosten stijgen niet omdat het systeem steeds duurder wordt om in stand te houden. Die kosten stijgen juist omdat er veel meer operaties gedaan worden, omdat er veel meer behandelingen gedaan worden en ook omdat er veel meer wordt geleverd. Daarom stijgen de kosten.

Ik kom nu op de premiestijging, een boete op ongezond leven. Ik kan de SP geruststellen, althans dat neem ik aan. Ik wil die weg namelijk niet op. Alles wat ik in het verleden hierover gezegd heb, vind ik nog steeds. Ik vind dit onuitvoerbaar en onwenselijk. Ik denk dat wij een heel solidair systeem hebben opgebouwd en sta daar dan ook voor. Ik sta voor de solidariteit in dat systeem. Hoe zorgen wij ervoor dat mensen ook straks, als de rekening oploopt, bereid zijn om voor elkaar te betalen? Ik denk dat de enige manier is dat wij de rekening betaalbaar moeten houden. Dat zou de bereidheid vergroten. Ik heb in dit verband ook heel veel onderzoeken gelezen. Er zit een enorme frictie in die onderzoeken. Mensen geven enerzijds aan, niet te willen bezuinigen op gezondheidszorg, maar anderzijds geven zij aan, niet meer premie te willen betalen voor diezelfde gezondheidszorg. Deze twee werelden zijn natuurlijk moeilijk met elkaar te verenigen en je kunt er ook geen vorm aan geven in beleid. Het enige wat ons dus te doen staat, is om maximaal rendement te halen uit de premie. Mijn hele beleid tijdens deze kabinetsperiode is erop gericht om dat voor elkaar te krijgen, om daar winst te boeken.

Mevrouw Leijten vraagt of ik bereid om uit te rekenen wat een iemand met een minimuminkomen met een chronische ziekte betaalt aan zorgkosten, wat iemand met een modaal inkomen betaalt en wat iemand met een inkomen van € 70.000 betaalt. Zij vraagt dus om een overzicht voor nu en in de toekomst van mensen met hun inkomensopbouw en met en zonder chronische ziekte. Ik vind dat een goed voorstel. Ik neem aan dat mevrouw Leijten er prijs op stelt om dit overzicht voor de begrotingsbehandeling te hebben. Ik weet niet hoe ingewikkeld het is om dit te berekenen. Wij hebben daar immers slechts ongeveer een maand de tijd voor. Ik zal echter mijn uiterste best doen om in die maand met een stuk te komen dat tegemoet komt aan de vraag van mevrouw Leijten.

Ik kom nu op de inkomensafhankelijkheid. Meerdere woordvoerders hebben de vraag gesteld of de zorgpremie inkomensafhankelijk zou moeten worden. De zorgpremie is dit echter allang. De helft van de zorgpremie is namelijk inkomensafhankelijk. Sterker nog, dit kabinet heeft de tarieven voor de lagere inkomens sterk verlaagd en heeft de grondslag voor de inkomensafhankelijke premie sterk verbreed. De zorgpremie is met andere woorden nog veel inkomensafhankelijker geworden dan voorheen. Daarnaast kennen wij een zorgtoeslag op de nominale premie, een compensatie van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, en hebben wij de WTCG-regeling inkomensafhankelijk gemaakt. Met andere woorden, wij betalen de zorg al inkomensafhankelijk. Om in de taal van bepaalde politieke partijen te spreken: de breedste schouders dragen al de zwaarste lasten. Dat moet ook wel, anders is de zorgpremie voor de lagere inkomens niet op te brengen. Daarom is het inkomensafhankelijk en zelfs als liberaal sta ik daar achter.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Wij kunnen discussiëren over de mate van inkomensafhankelijkheid – volgens mij worden wij het daar niet over eens – maar de minister noemde de zorgtoeslag. Verschillende fracties hebben gezegd dat die zorgtoeslag ook heel bureaucratisch is. Het is veel gemakkelijker als wij die afschaffen en meer inkomensafhankelijkheid toevoegen in de premie zelf of in het eigen risico. Wat vindt de minister daarvan?

Minister Schippers:

Heel veel van deze varianten zijn bij de invoering van de Zorgverzekeringswet uitgerekend. Dat geldt ook voor alle varianten voor inkomensafhankelijke eigen betalingen. Er zitten ook nadelen aan inkomensafhankelijke eigen betalingen. Ik noem er een: de armoedeval. Vele kabinetten achter elkaar hebben de gevolgen daarvan willen tegen gaan, zodat mensen niet worden belemmerd om zichzelf te verbeteren, om een stapje harder te werken, om meer te gaan verdienen. Alles wat je extra verdient, lever je dan namelijk in voor dit soort regelingen. De armoedeval is dus heel belangrijk, zowel voor de inkomensafhankelijkheid van eigen betalingen als de inkomensafhankelijkheid van de zorgpremie.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik vroeg naar het bureaucratische aspect van de zorgtoeslag. Deelt de minister de mening dat het een hoop bureaucratie scheelt als wij die afschaffen?

Minister Schippers:

Volgens mij heeft iedere regeling voor- en nadelen. De gedachte achter de zorgtoeslag is dezelfde als die achter de huurtoeslag en andere toeslagen, namelijk dat je een bepaald percentage van je inkomen aan de zorg betaalt en niet meer. Ik weet dat dit voor- en nadelen heeft.

Mevrouw Leijten stelt dat 1,3 mld. van het eigen risico door zieken wordt opgebracht. Ik wil maar aangeven dat miljarden worden opgebracht door mensen die helemaal niet gebruikmaken van de gezondheidszorg. Dat heet solidariteit. "Eigen betalingen" wil eigenlijk zeggen dat je maximaal een bepaald bedrag dat wij hier met z'n allen vaststellen, aan zorgkosten kwijt bent. Alles daarboven wordt collectief en solidair betaald. Met eigen betalingen voer je eigenlijk voor een klein stukje "de gebruiker betaalt" in. Dat is de achterliggende gedachte.

Mevrouw Leijten heeft drie amendementen ingediend, waarmee de verhoging van het eigen risico teniet wordt gedaan of het eigen risico zelfs überhaupt teniet wordt gedaan. Die amendementen ontraad ik, want daarover gaat juist heel het wetsvoorstel. Het amendement op stuk nr. 8 gaat over de wanbetalersregeling. Daarover heb ik aangegeven: laten wij eerst de evaluatie die nota bene dit najaar komt, afwachten, om pas daarna conclusies te trekken over de vraag wat wij daarmee doen. Ook dat amendement ontraad ik dus.

Mevrouw Smilde zei dat zorgverzekeraars het kwijtschelden van het eigen risico niet of nauwelijks gebruiken als een patiënt naar een preferente aanbieder gaat. Ook mevrouw Gerbrands sprak daarover. Ik heb daarover al eens met de zorgverzekeraars gesproken. Het is als volgt: hoe lager het eigen risico, hoe minder het effect; hoe hoger het eigen risico en hoe hoger de zorgkosten stijgen, hoe meer mensen bereid zijn om in ruil voor het kwijtschelden van het eigen risico naar een gecontracteerd ziekenhuis te gaan. Dat geldt als je een polis in natu-

## Schippers

ra hebt, want je kunt altijd voor een restitutiepolis kiezen. Als je een polis in natura hebt, heb je korting op de polis. Die korting kun je op verschillende manieren geven. Er is mij ook gevraagd wat de alternatieven zijn. Je kunt korting geven door kwietschelding van het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, maar je kunt ook korting geven door een lagere premie. Dat is ook een mogelijkheid. Als wij het eigen risico verhogen – en dat doen wij – wordt het voor verzekerden aantrekkelijker om op zo'n aanbod in te gaan.

**Mevrouw Smilde (CDA):**

Dat ben ik heel erg met de minister eens, maar het gaat mij om de hearts and minds van de verzekerden. Wat doet de verzekeraar om de verzekerde ervan te overtuigen dat dit een goed effect voor hem kan hebben? Dat vind ik belangrijker dan dat het eigen risico omhooggaat en dat het financieel aantrekkelijker wordt. Het gaat me meer om de mindset bij de verzekerde. Hoe daagt de minister de zorgverzekeraars uit om daar wat aan te doen?

**Minister Schippers:**

Ik ben het helemaal met mevrouw Smilde eens. Ik vind het ook heel aantrekkelijk dat een verzekeraar kan zeggen: als je naar door mij gecontracteerde ziekenhuizen gaat, betaal je geen eigen risico. Het punt is dat een verzekeraar dat ook moet willen doen. Hij is vrij om dit principe wel of niet toe te passen. Ik kan daar verder niet in treden. De verzekeraar kan ook de premie verlagen. Momenteel zijn er bijna geen verschillen tussen een natura- en een restitutiepolis, want in een restitutiepolis is ook bijna alles gecontracteerd. Als bijna alle instellingen gecontracteerd zijn en er bijna geen premieverschil is, maakt het niet uit voor welke polis men kiest, want er wordt dan toch geen inkoopbeleid gevoerd. Alle maatregelen die ik per 2012 neem, zijn er echter op gericht om wel inkoopbeleid te voeren. Dan kan er een naturapolis ontstaan met preferente aanbieders, waarin je daadwerkelijk premieverlaging zou kunnen krijgen.

Mevrouw Smilde zegt dat de criteria voor compensatie van het eigen risico onduidelijk zijn. Ik heb al eerder aangegeven dat we bekijken of we de WCTG, de regeling Compensatie eigen risico en een regeling die op dit gebied bij Sociale Zaken zit, kunnen samenvoegen en wat de meerwaarde daarvan is. Ik zal met voorstellen daarover naar de Kamer komen.

**Mevrouw Smilde (CDA):**

Deze regeling loopt al een paar jaar. Wanneer denkt de minister met die voorstellen te komen?

**Minister Schippers:**

Het is moeilijk omdat we ook de regeling van Sociale Zaken erbij betrekken, die betrekking heeft op dezelfde doelgroep, maar we proberen dit zo snel mogelijk te doen. In principe wil ik dit najaar met voorstellen ter zake komen.

Meerdere leden hebben gevraagd of een hoger risico leidt tot lager zorggebruik. Volgens onderzoek van het CPB en Ecorys leidt een verhoging van het eigen risico naar verwachting tot hogere gedragseffecten. Dat is logisch. Hoe hoger het eigen risico, hoe meer gedragseffecten. Een eigen risico dat viermaal zo hoog is leidt naar verwachting tot een gedragseffect dat drie tot vier keer zo hoog is.

Mevrouw Wiegman heeft gevraagd of we niet naar een inkomensafhankelijk eigen risico moeten omdat we in het

huidige systeem voortdurend tegen grenzen aanlopen en dus generiek korten, generiek verhogen en dergelijke. Bij een inkomensafhankelijk eigen risico zal het echter naar verwachting niet wezenlijk anders zijn, want daarbij loop je tegen dezelfde grenzen aan als in het huidige systeem. Je verdeelt de kosten slechts op een andere manier. Inkomensafhankelijkheid draagt nauwelijks bij aan kostenvermindering, maar verdeelt alleen de lasten anders.

Mevrouw Wiegman verwacht dat positieve effecten van verhoging van het eigen risico voor de verzekerden nihil zijn en wil weten of ik dat anders zie. In ieder geval leidt de verhoging tot een lagere nominale premie. Zoals ik net in mijn inleiding heb uitgelegd, wordt de nominale premie nu lager vastgesteld doordat we een eigen risico hebben ingevoerd. Gemiddeld zal een verzekerde evenveel extra kwijt zijn aan eigen risico als hij minder kwijt is door verlaging van de nominale premie, want het zijn communicerende vaten, maar door een hoger eigen risico zal het gedragseffect naar verwachting ook wat groter zijn. Dat zal een drukkend effect op de stijging van de zorgpremie hebben.

Uiteindelijk is er een driedeling te maken in onze maatregelen. Op korte termijn hebben we met elkaar in het regeer- en gedoogakkoord afgesproken dat we ons uiterste best gaan doen om binnen de verwachte 15 mld. groei te blijven, om ervoor te zorgen dat de premie niet nog verder oploopt.

Daarnaast zijn de maatregelen op de middellange termijn allemaal gericht op maximale zorg voor de betaalde premie, dus op doelmatigheidsvergroting, op het toepassen van innovaties die voor de patiënt van belang zijn. Wat de lange termijn betreft, kunnen wij niet alles in deze periode doen. Wij hebben een zodanig dik pakket dat ik van de Kamer heel vaak de opmerking krijg dat ik met zeventien miljoen door de gezondheidszorg wandel omdat ik het allemaal zo snel wil doen. Dat heeft te maken met de urgentie van die olopemde kosten en daarom vind ik dat er maximale doelmatigheid uit het systeem moet komen.

Mevrouw Wiegman heeft nog een vraag gesteld over een premiestijging van meer dan € 11. De stijgende premie zit niet in de compensatie van het eigen risico maar die zit wel in de zorgtoeslag. Ik heb aangegeven dat het CPB in november met berekeningen komt op basis van de standaardpremie ten behoeve van de zorgtoeslag, omdat we moeten wachten op de feitelijke gemiddelde premie in de markt.

De vraag van de heer Van der Staaij over de inkomensafhankelijke premie heb ik beantwoord evenals de vraag over het eigen risico als sturingsinstrument. Ik spreek daar regelmatig met zorgverzekeraars over, omdat het zo'n mooi sturingsinstrument zou kunnen zijn. Uiteindelijk echter beslissen zij over de inzet daarvan; anders zouden we het wettelijk moeten invoeren.

**Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):**

Uit de antwoorden van de minister maak ik op dat ze de beantwoording van mijn specifieke vragen heeft afgerond. De antwoorden stellen mij wat teleur, want eigenlijk herhaalt de minister haar eigen aannames om op die manier haar verhaal sluitend te maken. Waarom is die verhoging van het eigen risico eigenlijk nodig? Wat is precies de oorzaak van de kostenstijging? Dat heeft niet alleen te maken met een toenemende zorgvraag maar ook met de stapeling van risico's bij zorgverzekeraars die simpelweg

## Schippers

worden doorberekend in de premies. Daar heb ik de minister nog niet over gehoord. Ik vind dat de heer Van der Veen daarvan in zijn eerste termijn heel concrete voorbeelden heeft gegeven. Als dat de realiteit is, in hoeverre is de voorgestelde verhoging van het eigen risico dan nuttig en noodzakelijk?

### Minister Schippers:

De verhoging van het eigen risico is een voorstel van het vorige kabinet. Dat wil ik even gezegd hebben, want uit uw inbreng kan ik dat niet afleiden. Het vorige kabinet, waar ook de ChristenUnie in zat, heeft dit voorgesteld en wij hebben dat overgenomen. Wat de stapeling van risico's bij zorgverzekeraars betreft, zeg ik het volgende. Het vak van zorgverzekeraars is het vertalen van risico's in premies. Als wij doorgaan met het verrekenen van alle risico's achteraf, dus ex post, stimuleert dat zorgverzekeraars niet om ook daadwerkelijk het verschil te maken op die zorginkopen. Ik doe verzekeraars tekort als ik zeg dat het niet is gebeurd, want zeker bij de geneesmiddelen hebben zij heel grote stappen gezet. Wij hebben een enorm drukkend effect geconstateerd op de kosten van geneesmiddelen en de kosten van andere onderdelen. De verzekeraars zijn dus wel degelijk succesvol geweest op onderdelen maar om hen nog succesvoller te laten zijn, moeten zij de revenuen van hun eigen inspanningen kunnen behouden, zodat zij die niet hoeven af te staan aan hun buurman die niet op die zorginkoop heeft ingezet. Dus hebben al die verzekeraars batterijen aan econometristen in dienst, die gespecialiseerd zijn in risico-verevening, maar hebben ze geen batterijen aan mensen in dienst die gespecialiseerd zijn in de kwaliteit van zorg en goede zorginkoop en die zich afvragen waar ze voor hun patiënten de beste deal kunnen halen. De switch van econometristen die zich bezighouden met de parameters waarop wij ze afrekenen naar zorginkoop moet gemaakt worden. Als we die switch niet maken, gaat het niet lukken.

### Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Daar hebben we een poosje geleden interessante discussies over gevoerd. Dit lijkt een beetje een kip-of-eidiscussie. Het lijkt mij fantastisch als zorgverzekeraars heel duidelijk en op basis van kwaliteit inkopen, maar in een van de eerdere debatten hebben we gesteld dat die kwaliteit dan wel goed omschreven moet worden. Dat kun je niet van zorgverzekeraars alleen verwachten. Dat kun je verwachten van die zorgaanbieders. Op het moment dat de "zorgproducten" – om het jargon te gebruiken – onduidelijk omschreven zijn, kun je van zorgverzekeraars niet verwachten dat ze op kwaliteit inkopen. Dan zit je met bepaalde risico's, waarvan je je kunt afvragen of het verstandig is om ze te laten groeien, aangezien het in de premies wordt verrekend.

### Minister Schippers:

Ik zie dat heel anders. Ik nodig mevrouw Wiegman echt uit: kijk eens in de systemen van een zorgverzekeraar om te zien wat zij allemaal weten. Waar komen hersteloperaties veel voor en waar niet? Waar worden veel hernia-operaties uitgevoerd en waar niet? Ik heb een presentatie gezien van DBC-Onderhoud. Dan val je van je stoel! Op ziekenhuisniveau kun je zien waar welke zorg wordt geleverd. De zorgverzekeraars weten dat ook allemaal, maar ze moeten ernaar handelen. Mevrouw Wiegman doet hen

echt tekort als zij stelt dat ze niet weten welke kwaliteit waar wordt geleverd. Dat is echt volstrekt onterecht; dat weten ze wel. Ze moeten ernaar gaan handelen, maar dat doen ze pas als ze er geld aan overhouden; zo hard is het.

### Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Ik blijf altijd in gesprek met mensen. Nog maar een paar maanden geleden vroeg ik een zorgverzekeraar: wat is er omschreven aan kwaliteit? Op dat moment was het slechts 4%. Ik geloof best dat het nu meer is, maar nog geen 80% of 90%, laat staan 100%.

### Minister Schippers:

Je moet kijken naar de resultaten, naar wat zij afrekenen, naar wat zij daadwerkelijk in hun systemen kunnen zien aan gepast gebruik. Dat is enorm. Ik kan zo zien dat in mijn regio mijn kind een grote kans heeft om buisjes in haar oren krijgen. Er is gewoon een kaartje waarop je kunt zien waar dit veel of weinig gebeurt. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld hernia's of hersteloperaties aan knieën.

### De voorzitter:

We gaan over naar een volgend punt.

### Minister Schippers:

Voorzitter. Is de 260 mln. inclusief of exclusief de gedrags-effecten? Dit vroeg de heer Van der Staaij aan mij. In de memorie van toelichting staat dat er rekening is gehouden met een gering gedragseffect. We hebben ons niet rijk gerekend en hebben de gedragseffecten dus niet meegerekend. Hoe groter die zijn, hoe groter de meevaller wordt. De zorg kennende, raken we dat elders wel weer kwijt. We hebben er in ieder geval geen rekening mee gehouden.

Mevrouw Gerbrands gaat ervan uit dat we het eigen risico als sturingsinstrument gebruiken en vraagt zich af wat er gebeurt als de opbrengst lager uitvalt. Het is echter niet de bedoeling dat zorgverzekeraars het eigen risico ongericht als sturingsinstrument gaan gebruiken, want dan betalen zij het eigen risico. De opbrengsten blijven in dat geval gelijk. In plaats van een premieverlaging te geven, nemen ze het eigen risico voor hun rekening. De opbrengsten zullen dan dus gelijk blijven. Dat zullen ze moeten bekostigen met een scherpere inkoop, door het bedingen van een betere prijs. Daar halen ze de kosten dan weer terug.

Zijn er alternatieve maatregelen? Ja, dat is premieverlaging. Dan moet de naturapolis wel anders zijn dan de restitutiepolis. In de praktijk zien we dat nauwelijks gebeuren en lijken ze als twee druppels water op elkaar. Ben ik daarover met zorgverzekeraars in gesprek? Ja, als ik hen spreek en het onderwerp op tafel ligt; dit hoort bij een pakket aan onderwerpen. Zij zijn vrij om dit al dan niet toe te passen. Hoe hoger de opbrengst en de zichtbaarheid ervan, hoe groter de kans dat zij het gaan toepassen.

De heer Van der Veen heeft de heer Wiegel aangehaald: het afschaffen van de macronacalculatie kost € 50 per verzekerde. In het gesloten hoofdlijnenakkoord staat dat de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de overheid een gemeenschappelijke inspanning verrichten om die ramingen wel te halen. Als het hoofdlijnenakkoord succesvol is, geldt: ramingen=resultaat. Dat betekent: geen premieverhogingen. Als de ramingen niet gelijk zijn aan het resultaat, komen er dus wel premieverhogingen.

## Schippers

De heer **Van der Veen** (PvdA):

De heer Wiegel kondigt nu al aan dat dit € 50 extra premie betekent. Dat geeft toch al aan dat de bedoelingen van het akkoord niet worden bereikt?

Minister **Schippers**:

Dat is bij ongewijzigd beleid. Bij ongewijzigd beleid zien we de stijgingen die we nu zien in de zorgkosten. Juist over die volumestijgingen hebben we echter afspraken gemaakt. Daar staan handtekeningen onder en ik ga er volledig van uit – daar ben ik vandaag ook nog in bevestigd – dat iedereen zijn schouders er volledig en maximaal onder zal zetten om het beoogde resultaat te gaan halen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Waarom zouden ze dat ook niet zeggen? Waarom zouden de zorgverzekeraars iets anders roepen? Het is geen resultaatsverplichting, het is een inspanningsverplichting. Wij blijven puzzelen. Als de minister er zo van overtuigd is dat het gehaald wordt, waarom begint de heer Wiegel dan over die € 50?

Minister **Schippers**:

Dat moet u aan de heer Wiegel vragen. Hij heeft ook een brief rondgestuurd dat er geen groei meer in zou zitten, omdat de overschrijdingen van vorig jaar dusdanig waren dat die groei alweer is opgesoupeerd. Dat is een ander bericht dat heel tegenstrijdig hiermee is. Ik heb een akkoord gesloten met de zorgverzekeraars en met alle aanbieders van medisch-specialistische zorg over een matiging van de groei. Daar staan handtekeningen onder en ik ga er dus van uit dat iedereen goed is voor zijn handtekening.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Tot slot. De minister moet daar maar heel erg in blijven geloven. Als zij nu zelf al tegenstrijdige signalen afgeeft... Ik zou toch voorzichtig zijn als ik de minister was.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Ik weet dat de heer Van der Veen zijn geloof en hoop een beetje heeft opgegeven wat dit betreft. Ik niet. Ik zet er vol op in. Ik schaf niet voor niets de macronaculatie af en ik neem aan dat de verzekeraars goed op hun tellen passen. Anders kost het hen inderdaad geld, maar als hun buurman wel op zijn tellen past, dan krijg je ook grotere premieverschillen en dus meer keuzes. Daar is niets mis mee.

Ik ben het ermee eens dat je een enorme variatie ziet binnen ziekenhuizen in wanneer er geopereerd wordt voor een hernia, wanneer er niet geopereerd wordt, welke generieke geneesmiddelen er worden voorgeschreven en wanneer specialistische. Juist daarop is door dit kabinet actie ondernomen. Die variatie bestaat immers al jaren. Die bestaat al heel lang. Omdat wij dat constateerden, hebben wij maatregelen genomen om die variatie terug te dringen en om echt in te zetten op gepast gebruik van zorg.

De heer Van der Veen vroeg of we niet naar een IZA-systeem toe kunnen, omdat hij dat een beter systeem van betalingen vindt. Ik heb net al gezegd dat het voorvorige kabinet alle systemen die je kunt bedenken voor eigen betalingen en alle alternatieven voor de no-claim heeft uitgewerkt. Ik zou zeggen: pak dat stuk erbij, dat brengt ons verder dan wanneer ik nieuw onderzoek laat doen. Ik denk

dat alle voor- en nadelen van de verschillende systemen behoorlijk goed op een rijtje zijn gezet.

Als de heer Van der Veen stelt dat 35% van de wanbetalers in 2009 mensen waren met een inkomen onder de € 1300, dan denk ik altijd dat dit betekent dat de rest van de mensen met een inkomen van € 1300 daarvoor opdraait. Dat is wel zo. Die mensen krijgen een premieopslag voor mensen die hun premie niet betalen. Het wordt allemaal berekend met de zorgtoeslag, met compensaties voor chronische ziekte of handicaps die mensen hebben. Ik vind dat je, als je een systeem solidair wilt houden, maximaal erop moet inzetten dat iedereen ook daadwerkelijk zijn premie betaalt. Dat is de enige manier om uit een spiraal van wanbetaling te komen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Voorzitter. Een korte vraag. 35% wanbetalers betekent dat 65% nog wel betaalt. Bij welk percentage wordt de minister onrustig?

Minister **Schippers**:

Ik denk dan altijd aan de mensen die niet alleen hun eigen premie moeten ophoesten, maar ook de premie voor de wanbetalers. Dat zijn de mensen met evenveel inkomen. Naar deze mensen gaat mijn sympathie in eerste instantie uit.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De wanbetalers betalen na zes maanden gewoon 130%. Een vraag is niet beantwoord, namelijk de vraag hoeveel uitstroom er eigenlijk is bij de wanbetalersregeling.

Minister **Schippers**:

We komen in het najaar met een evaluatie. Laten we die evaluatie goed bestuderen. Daar staan alle gegevens in. Laten we op basis daarvan conclusies trekken.

De **voorzitter**:

Dit stukje van het debat herinner ik mij.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb gewoon gevraagd hoeveel uitstroom er is. Dat is toch een cijfer dat zo is op te vragen bij het CVZ? Dat voert deze regeling uit.

Minister **Schippers**:

Ik lees hier dat er een uitstroom is van 83.000 mensen. Ik kan dat aantal niet plaatsen. Ik kom naar de Kamer voor een verhoging van het eigen risico, niet voor een evaluatie van de wetgeving rond wanbetalers. Ik heb dus niet alle gegevens daarover meegenomen en kan de Kamer de vragen daarover dus ook niet precies beantwoorden. Ik kan alleen zeggen dat ik hier een papiertje voor mij heb waarop een ambtenaar heeft geschreven dat er 83.000 mensen zijn uitgestroomd.

De **voorzitter**:

De minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**:

Mevrouw Dijkstra sprak over "extreme bezuinigingsmaatregelen in de zorg". Dat vind ik echt opmerkelijk. Wij geven 15 mld. extra uit aan de gezondheidszorg. D66 maakt zich bovendien grote zorgen over de houdbaarheid van de zorg en de stijging van de kosten ervan. Op alle beleidsterreinen wordt bezuinigd of is er sprake van het ma-

## Schippers

ken van een pas op de plaats. Mevrouw Dijkstra spreekt over extreme bezuinigingen terwijl ik alleen overschrijdingen van de afgesproken groei van de zorgkosten terughaal. Ik haal die overschrijding dus niet terug van de voorafgaande tijd, maar alleen in de toekomst. Er is dus sprake van minder meer. In zo'n situatie kun je toch niet spreken van extreme bezuinigingen?

**Mevrouw Dijkstra (D66):**

Ik heb vooral willen zeggen dat ik zie dat er wordt bezuinigd zonder dat die bezuinigingen leiden tot effect op de lange termijn.

**Minister Schippers:**

Laten wij dan eens kijken naar het alternatief van D66. Er wordt gesteld dat de regeling die D66 voorstelt 100 mln. extra oplevert. Wij spreken dan over 100 mln. op een groei van 15 mld. Dat is onvoldoende om de kosten structureel in de hand te houden. Wij moeten een scala aan maatregelen nemen. Het gaat daarbij om maatregelen die de doelmatigheid verhogen, om maatregelen die de aanspraak op zorg afremmen en om allerlei andere maatregelen die de kosten drukken. Al die maatregelen zijn nodig om de groei van de zorg daadwerkelijk hanteerbaar te houden en om de zorg toekomstbestendig te maken. Ik heb de bijdrage van mevrouw Dijkstra gehoord. Zij had het daarin over "extreme bezuinigingsmaatregelen". Ik erken dat het alternatief van mevrouw Dijkstra leidt tot goede opbrengsten. Het leidt echter ook tot erg hoge administratiekosten. Dat is ook gebleken uit de eerdere doorrekening van dit systeem door het departement. Met het alternatief van mevrouw Dijkstra hebben wij de zorg echter nog niet toekomstbestendig gemaakt. Daarvoor zijn echt meer maatregelen nodig. Die maatregelen worden genomen en neem ik. Dat is urgent.

**Mevrouw Dijkstra (D66):**

Deze maatregel is uiteraard niet voldoende. Dat ben ik met de minister eens. Het is echter wel een maatregel die gepaard zal gaan met gedragseffecten. Daaraan ontbreekt het bij het verhogen van het eigen risico. Uiteraard zijn er heel veel meer terreinen waarop iets moet gebeuren. Maar op dit punt zegt mijn fractie: ons idee is een beter idee.

**De voorzitter:**

De minister begint met haar volgende punt.

**Minister Schippers:**

Er is gevraagd of ik mij niet druk maak over de volgende generaties. Ja, dat doe ik. Daarom neem ik op de korte termijn de maatregelen om binnen de 15 mld. te blijven. Voor de middellange termijn neem ik maatregelen die de doelmatigheid moeten vergroten. Voor de langere termijn wil ik alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat er nieuwe ideeën komen over de vraag hoe wij de kosten van de zorg hanteerbaar houden. Ik heb helemaal niet het idee dat ik de wijsheid daarover in pacht heb. Ik weet welke ideeën hierover bij de partijen circuleren. Ik heb de alle ideeën uit alle verkiezingsprogramma's al op een rijtje gezet. Eigenlijk ben ik echter op zoek naar ideeën die ook kunnen rekenen op maatschappelijk draagvlak. Daarom heb ik de Sociaal-Economische Raad gevraagd om hierover mee te denken. Die wordt immers gevormd door werkgevers, werknemers en kroonleden. Dit probleem eindigt niet met de huidige kabinetsperiode. Ik heb ook

aan het Centraal Planbureau gevraagd om scenario's te ontwikkelen. De OESO denkt hierover mee. Ook het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën denken hierover al bijna een jaar. Binnenkort zal ik de Kamer een nota sturen waarin ik het probleem nog een keer haarscherp schets. Ik vind dit een ontzettend belangrijk onderwerp. Het is voor de toekomst van Nederland nodig dat wij nadenken over de maatregelen die wij moeten nemen, nog afgezien van de maatregelen die zijn gericht op maximale doelmatigheid in alle vormen die wij kunnen bedenken om de rekening te drukken.

Er is gevraagd of ik heb overwogen om iets te doen met de huisartsenzorg. Ja, dat heb ik overwogen. Is daar een meerderheid voor in de Kamer? Nee, daar is by far geen meerderheid voor in de Tweede Kamer. Daarom vind ik het in dit stadium zinloos om te onderzoeken wat de risico's zijn voor mensen die afzien van een huisartsenbezoek. Eerlijk gezegd, kan ik heel goed koppen tellen. Ik haal het lang niet, ook al halen wij één partij over. Dan halen wij het nog lang niet. Vind ik het een slechte maatregel? Nee, dat heb ik nooit gevonden, maar ik heb er gewoon geen meerderheid voor in de Tweede Kamer.

De heer Mulder vraagt of de verhoging nu € 210 is, of € 220. De verhoging bij wet gaat met € 40 naar € 210, maar bij lagere regelgeving wordt geregeld dat het bedrag wordt geïndexeerd. Daar komt dat tientje vandaan. Dit keer is het dus samen € 50. Hadden wij deze wet niet ingediend, dan was het een tientje geweest, dus het verschil is € 40.

Voorzitter. Dat was het.

**De voorzitter:**

Dank u. Ik constateer dat er behoefte is aan een tweede termijn. Wij gaan die tweede termijn heel snel doen, want ik wil echt voor 23.00 uur de hamer laten vallen.

Het woord is aan mevrouw Leijten.

□

**Mevrouw Leijten (SP):**

Voorzitter. Ik wil graag eerst stemmen over amendement nr. 7, omdat dit verder gaat dan amendement nr. 6.

**De voorzitter:**

Dat zullen wij noteren.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Pas als zorgverzekeraars gaan verdienen aan de selectieve zorginkoop, dan gaan ze het doen. Dat is een letterlijke uitspraak van de minister in dit debat. Met andere woorden, pas als ze geld gaan verdienen aan het regelen van de zorg, dan gaan ze selectief inkopen. Wordt de kwaliteit dan niet synoniem aan goedkope zorg? En waar blijft dan de winst? Wanneer zien wij dan premieverlaging? De minister zegt tegen de heer Van der Veen dat hij het geloof en de hoop heeft opgegeven in dit dossier. De minister heeft het dan over concurrentie, risico en marktwerking, maar de minister heeft het nog niet opgegeven. Ik vind echter dat je op hoop en geloof geen beleid moet maken. De minister is echter heel stellig als het gaat om die hoop en dat geloof in de markt. Zij heeft daarom geen evaluatie nodig van de Zorgverzekeringswet en de gevolgen van de marktwerking, ook al hebben wij daar in het voorjaar naar gevraagd. De minister dendert gewoon door, maar zij zegt wel tegen mijn fractie dat zij eerst de evaluatie moet afwachten van de wanbetalersregeling die in het na-

## Leijten

jaar komt. Wij zien het aantal wanbetalers echter stijgen. Daar waar in vorige begrotingen, die van 2010 en 2011, nog werd uitgegaan van een daling van het aantal wanbetalers, omdat die zouden worden afgeschrikt door de boete – het aantal zou 50.000 zijn volgens een voorspelling van minister Klink – geldt dat niet meer voor de volgende begroting. Of de evaluatie is er dus al, of de minister heeft informatie die wij misschien nog niet hebben. Ik breng mijn amendement op dat punt dus in stemming. Ik vind het jammer dat, als er een amendement wordt voorbereid door de Kamer, de minister niet alle cijfers meeneemt. 83.000 mensen eraf, terwijl wij tegelijkertijd zien dat er bijna 100.000 zijn bijgekomen. Dat vind ik raar. Hoe zit dat?

Inkomensafhankelijke zorgpremies zijn een keuze. Het CDA gaf dat volmondig toe. Eigenlijk zei de minister dat ook. Ik vind dat er ook vandaag nog een andere keus kan worden gemaakt dan de rekening naar de patiënt doorschuiven. Ik ben blij met de toezegging dat er inkomensplaatjes zullen worden opgesteld. Daarin moet duidelijk worden hoeveel procent iemand uitgeeft aan zorgkosten, gelet op de verschillende inkomensgroepen. Ik vraag de minister wel om de Kamer te laten weten welke groepen zij daarvoor kiest en wie die doorrekening doet. Ik denk bijvoorbeeld aan het Nibud, maar wellicht kan de minister dit in een brief aangeven.

Ik heb twee moties. De eerste heeft betrekking op de bestuursrechtelijke aanpak van mensen met een premieachterstand. Ons verzoek is om de boete niet alleen te leggen bij mensen die een premieachterstand opbouwen, maar om de zorgverzekeraars ook meer te dwingen iets te doen om geen premieachterstand te laten ontstaan.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat ondanks de bestuursrechtelijke aanpak van mensen met premieachterstanden het aantal mensen met betalingsproblemen toeneemt;

van mening dat niet alleen de burger, maar ook de zorgverzekeraar een verantwoordelijkheid heeft voor het voorkomen van betalingsachterstanden;

verzoekt de regering, met een plan te komen waarbij zorgverzekeraars sneller tot actie overgaan bij betalingsachterstanden en zich beter inspannen om te voorkomen dat verzekerden onder het bestuursrechtelijke premieregime komen te vallen door actief betalingsregelingen te treffen;

verzoekt de regering tevens, hierbij uitdrukkelijk te onderzoeken of zorgverzekeraars gedwongen kunnen worden tot schuldkwijtschelding als de schuld door nalatigheid van de zorgverzekeraar tot stand is gekomen,

en gaat over tot de orde van de dag.

#### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 9 (32788).



#### Mevrouw Leijten (SP):

Vandaag ging het weer over allerlei andere eigen bijdragen, die bijvoorbeeld ook in het Ecorys-rapport werden beschreven. Nu is de doelgroep waarbij in het Ecorys-rapport is onderzocht hoe mensen omgaan met het eigen risico, wel erg smal. Ik zou graag willen dat deze evaluatie wordt overgedaan in een breder onderzoek.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de eindevaluatie van het eigen risico door Ecorys onder meer vanwege de beperkte doelgroep geen gedetailleerd inzicht geeft in de effecten van het verplichte eigen risico voor verschillende categorieën burgers;

van mening dat het niet verstandig is het eigen risico steeds te verhogen zonder de exacte gevolgen voor burgers te kennen;

verzoekt de regering, de eindevaluatie van het eigen risico over te doen en hierbij uitgebreid in te gaan op de micro-effecten voor verschillende categorieën burgers, zoals koopkrachteffecten en toegankelijkheid van de zorg,

en gaat over tot de orde van de dag.

#### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 10 (32788).



#### Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. De verhoging van het eigen risico stond al in het regeerakkoord. Ik zal de motie van de SP tegen deze verhoging natuurlijk steunen, maar ik verwacht niet dat daarvoor een meerderheid zal komen in deze Kamer, omdat het al in het regeerakkoord stond. Wat ik wel interessant vond, was de discussie over de vraag hoe dit nu verder gaat. De fracties van de PVV en het CDA wilden daarover geen duidelijke uitspraken doen. De VVD-fractie wel: zij gaf aan dat zij het eigen risico heel graag naar € 300 wil brengen. Zij voorspelde ook een jaarlijkse discussie. De heer Mulder garandeerde zelfs dat de huisarts onder het eigen risico zou komen.

GroenLinks vindt een heel duidelijke stellingname hierin noodzakelijk. Toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is heel belangrijk, juist om de zorgkosten in de hand te houden. Wij dienen daarom de volgende motie in.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

## Voortman

overwegende dat het onder het eigen risico brengen van huisartsenzorg een drempel opwerpt voor huisartsenbezoek;

overwegende dat een dergelijke drempel zal leiden tot uitstellen van de zorgvraag en daardoor kan leiden tot hogere zorgkosten en een hogere ziektelast;

van mening dat huisartsenzorg drempelvrij toegankelijk moet zijn;

spreekt als haar mening uit dat bezoek aan de huisarts uitgesloten moet blijven van het eigen risico of eigen bijdragen,

en gaat over tot de orde van de dag.

### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Voortman. Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 11 (32788).



### Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Dit belooft wat voor het debat dat wij straks rond de begroting gaan voeren.

Ik begreep van de minister dat zij nog dit najaar zal komen met voorstellen tot samenvoeging van verschillende regelingen voor de tegemoetkoming in de kosten van chronisch zieken en gehandicapten. Ik ben benieuwd of ik daarbij moet denken aan meer inkomensafhankelijke voorstellen of dat meer de vraag centraal staat hoe je gericht kunt compenseren en de doelgroep beter kunt afbakenen.

Ik constateer vanavond wel dat wij het niet zo snel eens zullen worden. Met de ChristenUnie valt te praten over eigen risico, maar als het gaat om het nut en de noodzaak van het wetsvoorstel op dit moment, verschillen wij toch van mening. Dat heeft te maken met de vraag in hoeverre mensen met lage inkomens voldoende tegemoet wordt gekomen. Daarvan hebben wij een verschillend beeld. Ook over de vraag in hoeverre de zorgtoeslag afdoende is en hoe het precies zit met de armoedeval, hebben wij een verschillend beeld. Als ik verschillende begrotingen naast elkaar leg en allerlei maatregelen in de zorg en de daaruit voortvloeiende bezuinigingen naast elkaar leg, zie ik een grote stapeling, bijvoorbeeld van eigen bijdragen. De minister zei dat de stijging van het eigen risico voor iedereen gelijk is. Een stijging met € 40 doet mensen met een laag inkomen echter veel meer pijn dan mensen met een hoog inkomen.

Ik constateer ook dat de minister een positiever beeld heeft bij de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. De minister verwijst naar wat zichtbaar is op websites. Dat zegt echter nog niets over de vraag in hoeverre allerlei richtlijnen op basis waarvan zorgverzekeraars keuzes in kwaliteit kunnen maken, op dit moment voldoende omschreven zijn. In feite verwijst de minister min of meer naar de bekende Elsevier- en AD-lijstjes.

Mijn naam zal te vinden onder verschillende moties die collega Van der Veen dadelijk zal indienen. Dan gaat het om verder onderzoek naar meer inkomensafhankelijk-

ke principes en om plafonds met het oog op mensen met een smalle beurs. Ik heb zelf nog overwogen een motie in te dienen over de hoogte van de compensatie van het eigen risico in relatie tot het eigen risico en de zorgtoeslag. Ik heb echter goed geluisterd naar het antwoord van de minister en ik wacht af wat in het najaar bekend wordt gemaakt over de precieze hoogte.



### De heer Van der Veen (PvdA):

Voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen. Met name het betoog van de heer Mulder en in iets mindere mate het betoog van de minister deden mij denken aan mijn studentenjaren. Dat was in de periode dat heel wat mensen geloofden in de socialistische heilstaat en vervolgens de Oostbloklanden gingen verdedigen. Ik zeg alvast dat alle vergelijkingen mank gaan. Als je daar iets tegen inbracht, werd er gezegd: nee, je moet nog even afwachten, want als dit of dat gebeurt, lukt het. Er waren altijd krachten die het geheel tegenhielden. Ik moet zeggen dat ik tijdens dit debat een enorm gevoel van herkenning kreeg. Dat maakt het debat ook zo lastig. Het is geen debat dat gevoerd wordt op basis van feitelijke argumenten, maar op geloof. De minister heeft zelfs gesproken over geloof en hoop.

Ik moet zeggen, ik benijd de minister niet in deze wereld waarin zorgverzekeraars voor het geld gaan en, terwijl de inkt van het akkoord nog niet droog is, tegenstrijdige signalen geven. In zo'n wereld moet de minister wel heel gelovig zijn. Ik heb al aangegeven dat dit het debat bemoeilijkt.

Ik wil drie dingen naar voren halen, te beginnen met de wijze waarop de extra verhoging van het eigen risico aan de orde is. Voor ons is dat onaantvaardbaar. Ik heb proberen aan te geven waarom. In feite – dat heeft ook te maken met het "geloof en hoop"-verhaal – betalen verzekeren op dit moment extra. Dat geldt voor solvabiliteit en voor het extra hoge eigen risico. Betalen voor een experiment dat aan het vastlopen is. Alle verhalen over kostenbeheersing slaan nergens op. Wij zijn niet bezig met kostenbeheersing, wij zijn bezig met een ideologie ten koste van de portemonnee van de verzekerde.

Er is gevraagd om alternatieven. Mevrouw Smilde heeft aangegeven daarvoor open te staan. Vandaar dat ik twee moties indien, waarbij in een motie gesproken wordt over het Duitse systeem. Om alle misverstanden te voorkomen: dat is het systeem waarbij gewerkt wordt met een nominale premie van € 0. Ik begin met de motie die betrekking heeft op de eigen betaling, het eigen risico en de mogelijkheid om het meer inkomensafhankelijk te maken.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat alle Nederlanders, ook de lagere inkomens en chronisch zieken en gehandicapten, toegang tot noodzakelijke zorg moeten houden en noodzakelijke zorg niet op basis van financiële overwegingen moeten gaan mijden;



## Van der Veen

overwegende dat de afgelopen jaren het aantal en de hoogte van eigen bijdragen in de curatieve zorg zijn toegenomen en door verkleining van het basispakket de eigen betalingen zijn toegenomen;

verzoekt de regering, de mogelijkheid van een sociaal maximum aan eigen bijdragen in de curatieve zorg te onderzoeken, zoals bijvoorbeeld een drempelpercentage van het belastbaar inkomen, en de uitwerking hiervan voor 1 november 2011 naar de Kamer te sturen,

en gaat over tot de orde van de dag.

### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Veen en Wiegman-van Meppelen Scheppink. Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 12 (32788).



De heer **Van der Veen** (PvdA):

Voorzitter. Bij de volgende motie moet ik even mijn bril afzetten in verband met het lettertype.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat lage inkomens onevenredig meer bijdragen aan solidariteit in de zorg en dat door de korting op de zorgtoeslag hun bijdrage verder zal toenemen;

overwegende dat een meer inkomensafhankelijke premie en een daarbij behorende lagere nominale premie de keuzevrijheid van de verzekerde niet in de weg staat en zorgverzekeraars niet minder prikkelt tot concurrentie;

van mening dat de toenemende kosten van de zorg het verbreden van het draagvlak noodzakelijk maken;

verzoekt de regering, voordelen en nadelen van een meer inkomensafhankelijke premie aan te geven en daarbij tevens de voor- en nadelen te onderzoeken van het zogenaamde Duitse systeem en aan te geven op welke wijze dit systeem in Nederland zou kunnen worden toegepast, en de Kamer hierover voor 1 november 2011 te berichten,

en gaat over tot de orde van de dag.

### De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Veen en Wiegman-van Meppelen Scheppink. Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 13 (32788).



De heer **Van der Veen** (PvdA):

Voorzitter. Beide moties mag u zien als een aanvulling voor de plezierige toezegging die de minister heeft gedaan aan mevrouw Leijten met betrekking tot de inko-

menseffecten en het complete pakket. Zij geeft ons alle onderbouwing voor een goed alternatief.



Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Jammer dat de minister niet verder onderzoek wil doen naar gedragseffecten en gezondheidsrisico's. Er wordt vandaag heel veel aangenomen. Er is de aannahme dat verhoging van het eigen risico effect heeft op de vraag naar zorg. Van het CPB en Ecorys begrijpen we echter dat dit effect zich vooral voordoet bij een hoog eigen risico. Er is ook de aannahme dat het onder het eigen risico brengen van huisartsbezoek leidt tot hogere kosten, omdat mensen in zo'n geval zorg gaan mijden. Volgens Ecorys zegt 3% dan niet langer naar de huisarts te zullen gaan. De minister zegt dat zij wel voor onderzoek voelt, maar verder zo ongeveer niemand en dat zij dus geen onderzoek wil doen naar de gezondheidsrisico's. Ik vind dat toch erg jammer omdat ik denk dat wij onvermijdelijk nog een keer voor deze vraag zullen komen te staan. Dan is het heel goed om te weten waarover je precies praat. Ook ik begrijp echter dat hier op dit moment weinig steun voor is. Daarom zie ik ervan af om over dit onderwerp een motie in te dienen.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

De minister kan meteen antwoorden. Het woord is aan de minister.



Minister **Schippers**:

Voorzitter. Mevrouw Leijten citeerde mij: "Pas als zorgverzekeraars gaan verdienen aan de selectieve zorginkoop, gaan ze het doen". Zij vraagt zich af wat ze met de winst doen. Die winst moet natuurlijk in premieverlaging gaan zitten, anders kiest helemaal niemand voor een naturapolis. Als een naturapolis even duur is als een restitutiepolis, ga je toch niet vrijwillig jezelf beperken als daar niets tegenover staat?

Er is gevraagd of het ten koste gaat van kwaliteit. Ik denk het niet. Mensen vinden hun gezondheid ongelofelijk belangrijk. Ook kwaliteit en service vinden zij ontzettend belangrijk. Dat is juist cruciaal in de keuzes die men maakt voor ziekenhuizen en zorgverzekeringen.

Volgens mevrouw Leijten zou ik de streefcijfers niet in de begroting hebben opgenomen. Op pagina 76 staat het streefcijfer voor wanbetalers in 2012. Dat is 282.054. Dat streefcijfer hebben wij ingezet voor het jaar 2012.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wat daarbij significant opvalt, is dat in de begrotingen daarvoor het streefcijfer altijd 50.000 personen met een premieachterstand lager was dan het jaar ervoor en dat dit nu is losgelaten.

Minister **Schippers**:

Voorzitter, ik werd beticht van het feit dat ik geen streefcijfers zou hebben opgenomen. Die heb ik dus wel opgenomen. Dat die streefcijfers niet altijd hetzelfde zijn en soms worden aangepast, daarvoor maak je juist ieder jaar een nieuwe begroting.

De motie-Leijten op stuk nr. 9 gaat over wanbetalers. Ik heb al gezegd dat ik eerst de evaluatie betreffende de

## Schippers

wanbetalers wil zien. Op basis van de evaluatie kunnen we bekijken wat er gevonden is en hoe we daarop kunnen reageren. Daarom ontraad ik aanneming van de motie.

In haar motie op stuk nr. 10 verzoekt mevrouw Leijten om de eindevaluatie van het eigen risico over te doen, omdat de micro-effecten voor verschillende categorieën onvoldoende tot uitdrukking komen. Wij hebben dat onderzoek juist gedaan op de groep van 17, 18. Dat is namelijk de beste groep waarop je kunt meten, omdat de omstandigheden, ceteris paribus, gelijk zijn. Je meet op 17 zonder eigen risico, je meet op 18 met eigen risico. Dat probeer je verder te extrapoleren. Daar hebben wij niet voor niets voor gekozen. We hebben daar ook de beperkingen van aangegeven. Daarvoor is wel gekozen in de evaluatie. Ik vind het dus weinig zinvol om de evaluatie weer over te doen. Ik ontraad dus aanneming van de motie.

Mevrouw Voortman spreekt in haar motie de mening uit dat bezoek aan de huisarts uitgesloten moet blijven van eigen risico of eigen bijdrage. Ik vind deze motie volstrekt overbodig. Ik stel namelijk helemaal niets voor wat hierop lijkt. Ik ontraad dus aanneming van de motie.

Ik kom bij mevrouw Wiegman. Zij vraagt: als u kijkt naar de regelingen en de samenvoeging, kijkt u dan meer naar inkomensafhankelijk of wilt u gericht compenseren? Die regelingen zitten allemaal net iets anders in elkaar. De inkomensafhankelijkheid hebben wij geregeld; de WTCG gaat juist inkomensafhankelijk worden. Het gericht compenseren vind ik heel belangrijk. Je moet de groep pakken die je moet pakken. Het probleem met de WTCG is nu juist dat die veel te grof is, dat ook mensen geld krijgen van wie we eigenlijk allemaal vinden dat dit niet zou moeten en dat mensen geen geld krijgen van wie we allemaal vinden dat het juist voor hen bedoeld is. De nieuwe regeling moet natuurlijk een verbetering zijn. Die moet veel gericht zijn en de doelgroep beter afbakenen. Ik steun mevrouw Wiegman's criteria daarvoor. Ik hoop dit najaar met een voorstel te komen dat daar ook aan tegemoet komt.

Wat ik nog even wil opmerken, is dat zorgverzekeraars hun inzicht in de kwaliteit van zorg, de zorgspreiding en de verschillende leveringen van zorg niet van een website halen, maar uit hun eigen declaratiegegevens, uit hun eigen computers. Niet alleen de zorgverzekeraars, maar ook bijvoorbeeld DBC-Onderhoud heeft echt een schat aan gegevens waar volstrekt te weinig mee wordt gedaan. Dat is ook de reden voor de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie om samen met een heleboel overheidsinstellingen, zoals CVZ, ZonMw, DBC-Onderhoud, KNMG, een convenant te sluiten. Ze zeggen: met die gegevens kunnen we veel meer inzetten op gepast gebruik van zorg en dat gaan we ook gewoon doen. Zij hebben afspraken gemaakt over hoe ze daar daadwerkelijk een flinke zwenkel aan zouden kunnen geven.

Tegen de heer Van der Veen zeg ik: ik denk dat je een garantie krijgt bij een stofzuiger, maar bij systeemwijzigingen kun je geen garanties geven. Waarom? Omdat je met een hervorming altijd stapt in een situatie die je vooraf niet kent. Zeker in onze situatie, omdat het systeem dat wij hebben, van privaat en publiek, nergens ter wereld zo bestaat. Wat we wel weten is dat alternatieven, bijvoorbeeld dat burgers zelf zorg inkopen zonder een verzekering, niet werken. Een ander alternatief, waarbij de overheid zorg inkoopt, vind ik ook geen succesnummer, gelet op wat dat oplevert. Ik zie dus helemaal geen Walhalla in

het nieuwe systeem. Het is niet mijn liberale droombeeld – verre van – maar ik zie het als minst slechte optie.

De heer Van der Veen heeft twee moties ingediend. In zijn eerste motie vraagt hij een sociaal maximum aan eigen bijdragen in de curatieve zorg te onderzoeken. Ik acht de zorgtoeslag afdoende om het eigen risico te compenseren. De zorgtoeslag wordt altijd op het inkomen afgestemd. Het is, zeg ik tegen ook tegen mevrouw Dijkstra, niet zo dat ik geen zin heb om dingen te onderzoeken of zo. Als ik een onderzoek afwijs, is het omdat ik een kleine capaciteit heb. Ik heb steeds minder ambtenaren, maar een enorme ambitie in maatregelen, verandering van wetten en nieuwe wetten, die ik graag door wil voeren. Ik heb dus al mijn mensen daarop gezet. Dat betekent dat ik gewoon geen capaciteit heb om dat soort onderzoeken te doen, tenzij iemand op een universiteit zegt: ik ga daarop promoveren. Ik vind de vraag van de heer Van der Veen wel een heel interessante vraag, alleen heb ik nu geen capaciteit. Ik heb enorm moeten beknibbelen en beknotten om aan mijn bezuinigingsopgave te voldoen, om het binnen die 15 mld. te houden. Ook instellingen als ZonMw, die je nog wel eens makkelijk om een onderzoek kunt vragen, hebben een beperkte capaciteit. Nu zijn er een heleboel onderzoeken gedaan naar inkomensafhankelijke premies, naar hoe wij een en ander zouden kunnen doen en naar inkomensafhankelijke bijdragen. Als antwoord op de vraag waarom wij daar niet naar kijken, verwijs ik in dit stadium naar die onderzoeken. Daarom wil ik deze motie toch ontraden, omdat het niet het voorstel is dat ik doe. Het is niet het voorstel dat wij hebben afgesproken door te voeren. Ik heb gewoon geen capaciteit om allerlei grote onderzoeken te doen.

**De heer Van der Veen (PvdA):**  
Voorzitter...

**De voorzitter:**  
Nee, mijnheer Van der Veen. Ik sta echt geen interrupties meer toe. Het antwoord is duidelijk.

**Minister Schippers:**  
Dan kom ik op de tweede motie. Daarin wordt de regering verzocht om voor- en nadelen te onderzoeken. Dat is dezelfde, dus die ontraad ik ook.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

**De voorzitter:**  
Ik heb begrepen dat het de voorkeur heeft van de minister om aanstaande donderdag al te stemmen over dit wetsvoorstel. Er is maar een beperkt aantal amendementen ingediend, daarom lijkt het mij verantwoord om dat te doen. Stemmingen over het wetsvoorstel, de amendementen en de moties vinden dus donderdag aanstaande plaats.

Sluiting 23.01 uur.