

Vergaderjaar 2011–2012

33 288

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013

Nr. 25

VERSLAG VAN EEN WETGEVINGSOVERLEG

Vastgesteld 11 juli 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 juni 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013 (33 288)**.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Stenografisch verslag van een wetgevingsoverleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Maandag 18 juni 2012

Aanvang 10.00 uur

Voorzitter: Bosma

Aanwezig zijn 16 leden der Kamer, te weten:

Agema, Arib, Bashir, Bosma, Dijkstra, Dille, Van Gerven, Kooiman, Leijten, Mulder, Smilde, Smits, Van Raak, Ulenbelt, Van der Veen en Voortman,

en mevrouw Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aan de orde is de behandeling van

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord (33 288);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juni 2012 over de voorhangprocedure op grond van artikel 124 Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 396).**

De **voorzitter**: Ik open de vergadering. Ik heet de minister hartelijk welkom. Zij ziet er nog uitgerust uit. Om onduidelijke redenen heb ik mezelf opgeworpen als vrijwilliger om deze vergadering te mogen voorzitten. Vanochtend dacht ik daar ineens heel anders over, maar je bent vrijwilliger of je bent het niet.

Dit is een commissievergadering. Wij zitten weliswaar in de plenaire zaal, maar dit is wel degelijk een commissievergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er bestaat enige onduidelijkheid over de sprekersvolgorde, maar inmiddels heeft zich een duidelijke meerderheid gemanifesteerd, weliswaar informeel en hier, aan de voorzitterstafel, om als sprekersvolgorde de inschrijvingsvolgorde aan te houden. Dit betekent dat wij straks als eerste gaan luisteren naar de vertegenwoordiger van de SP. Een ferme meerderheid was hiervoor. Als een enkeling het daar niet mee eens is, heeft hij het recht om dat even mede te delen. De heer Mulder was het hiermee zonet niet eens.

De heer **Mulder** (VVD): Ik ben benieuwd wat de regels zeggen over de sprekersvolgorde. Laten wij ons dan aan die regels houden.

De **voorzitter**: Dit is een commissievergadering en dat is niet mijn sterkste punt. Maar ik heb me laten vertellen dat in een WGO altijd wordt uitgegaan van de fractievolgorde. Echter, ook een meerderheid van een commissie gaat over de agenda. Er heeft zich zonet informeel een duidelijke meerderheid gemanifesteerd voor het handhaven van de inschrijvingsvolgorde. Ik denk dat iedereen het daarmee eens is, behalve de fractie van de VVD. Zo gaan wij het dus doen. Ik geef het woord aan mevrouw Leijten namens de fractie van de SP. Zij heeft een spreektijd van één uur.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Gisteren zagen wij een gesprek over zorgkosten bij Buitenhof. Een van de grootste verzekeraars van ons land zei dat er makkelijk 500 mln. te besparen is door betere inkoop van hulpmiddelen. Laten wij dit even op ons laten inwerken: 0,5 mld. door betere centrale inkoop is er in de zorg te besparen. Wij kunnen ook de geneesmiddelenprijzen aanscherpen. Wij weten dat wij in Nederland zo'n beetje de hoogste geneesmiddelenprijs van Europa hebben. Wij zitten

daarmee in de hoge gemiddelde zone. Als wij daaraan iets zouden doen, kunnen wij zo 300 mln. vinden. Als wij dat bij elkaar optellen, 500 mln. plus 300 mln., hebben wij de dekking voor het eigen risico al gevonden. Er gaat heel veel geld om in de zorg, en het bedrag dat in de zorg omgaat stijgt. Waar gaat dat geld echter naartoe? Verspilling, bureaucratie, hoge medicijnprijzen. Wij zien dat artsen fors binnenlopen, omdat zij betaald worden per verrichting. Zorgverzekeraars maken reclames. Dat kost 60 mln., toch een hele hoop geld. Dat is net zoiets als zeggen: je kunt niet beschermd wonen via de AWBZ. Wij zien dat zorgverzekeraars vorig jaar 620 mln. winst hebben gemaakt. Ouderenzorginstellingen hebben vorig jaar 130 mln. winst gemaakt. Dat is gebleken uit een onderzoek naar 10% van de ouderenzorginstellingen.

Er is zó veel geld, en zó veel te besparen ... Maar nee, vandaag hebben wij het over: hoe geven wij de rekening opnieuw aan de patiënt? Straf de patiënt. Die is de oorzaak van de zorgkostenstijging. Geef de patiënt een eigen risico. Chronisch zieken en ouderen weten wel wat dat betekent. In januari, februari of maart zijn zij dat geld al kwijt. De compensatie die daartegenover staat is lang niet voor iedereen weggelegd, en lang niet toereikend.

Ik kom straks op de inhoudelijke argumenten waarom onze fractie tegen het eigen risico is. Maar laten wij het eerst even hebben over het volgende: waarom dit debat en waarom vandaag in deze bijzondere situatie? In de media is fors gespind. Er is over gesproken dat het voor de SP zou gaan om een blokkade, dat het debat van vandaag tijdverspilling zou zijn, dat de SP-fractie een filibuster zou opwerpen, het tegenhouden van wetgeving. Dat was echter voor ons niet de aanleiding om ervoor te kiezen om ons met meerdere leden van de fractie in te schrijven om de behandeling van dit wetsvoorstel te doen.

Wij hebben gevraagd in de voorbereiding op deze behandeling waarom er zo'n haast is. De vijf Kunduzpartijen, of hoe we die combinatie ook noemen, hebben een akkoord gesloten omdat we van Brussel onder de 3% begrotingstekort moeten komen. In dat akkoord zitten vele onderdelen, waaronder de verhoging van het eigen risico. Die verhoging moet en zou nu behandeld worden. Ik heb geen enkel inhoudelijk argument gehoord waarom dat moet. Ik vraag de minister om aan te geven waarom dit moet. Was het niet zo dat we de vorige verhoging van het eigen risico rustig besproken hebben eind september, begin oktober vorig jaar? Op 12 september vinden verkiezingen plaats. We weten nog niet hoe de meerderheid in de Kamer er daarna uit ziet. Het risico bestaat dat we het voorstel in september opnieuw moeten behandelen omdat er dan een andere meerderheid is die anders wil omgaan met het eigen risico. Wat is erop tegen om het voorstel daarom niet nu te behandelen? Is het niet ontzettende tijdverspilling, zo vraag ik de minister, dat wij dit wetsvoorstel nu voor ons hebben liggen?

Veel dingen uit het Kunduzakkoord, zoals de belasting op het woon-werkverkeer, al dan niet met de auto, al dan niet met de trein of met de bus, worden uitgesteld. Over deze maatregel, de kilometerbelasting, zegt de minister-president als VVD-campagneleider: als het aan ons ligt, komt die niet in het programma. Er wordt openlijk over getwijfeld. Over de aanpassing in de hypotheekrenteaf trek wordt gezegd dat die absoluut niet kan worden besproken voor de verkiezingen. Op zich is dat ook netjes, want de kiezer kan zich er dan over uitspreken. Maar waarom is het dan nodig om de verhoging van het eigen risico wel te bespreken?

In de afgelopen tijd zijn er vele rapporten, evaluaties en parlementaire commissies geweest. Die spraken er allemaal over dat de Kamer zich gedraagt als lam en zich niet opstelt als controleur van de regering, maar dat zij gedwee achter de regering aanloopt. De commissie-Dijsselbloem onderzocht de onderwijsvernieuwingen. Daar kwam uit dat de Kamer zich niet voldoende had vergewist van de gevolgen van die vernieuwingen. Er kwam uit dat er werd doorgedrukt door een elite: snelheid in plaats van

deugdelijkheid. De commissie-De Wit onderzocht de veranderingen in de bancaire wereld en het financiële stelsel. Die waren er een beetje doorheen gemoffeld. De Kamer stond niet buitenspel, maar liet zich buitenspel zetten. De gevolgen van het voorstel, het verhogen van het eigen risico, zijn groot. Ze zijn groot voor mensen, voor gezinnen, voor gezinnen met kinderen, voor werkende mensen met een chronische ziekte, voor ouderen met een klein pensioentje of alleen een AOW, die geen mogelijkheid hebben om hun inkomsten te vergroten of te veranderen. Juist die gevolgen moet de Kamer bespreken. De Kamer moet niet zeggen: we hebben een verzoek gekregen van de minister-president om dit even in twee weken te behandelen. De Kamer moet zich afvragen wat de consequenties zijn van het voorgestelde beleid, hoe het gaat uitwerken voor mensen. Dat is de reden waarom de SP heeft gezegd: wij gaan mensen vragen wat zij vinden van de verhoging van het eigen risico. We vragen hun wat die betekent voor hun persoonlijke situatie.

Woensdagochtend hebben we die oproep gelanceerd. Binnen 48 uur hadden we 2800 reacties. Daarvan waren er 100 voorstanders. Ik ga ervan uit dat zij voldoende vertegenwoordigers in deze Kamer hebben die dat standpunt zullen vertegenwoordigen. Immers, er is een Kamermeerderheid om dit wetsvoorstel er snel doorheen te drukken. Er kwamen 100 reacties binnen via weblog GeenStijl, dat had opgeroepen om met nepverhalen te komen. Die hebben we eruit gehaald. Uit de 2 600 verhalen die overbleven, hebben we een selectie gemaakt, een selectie van mensen en de gevolgen, de gevolgen van het eigen risico die nu al merkbaar zijn en die voorzien worden met de verhoging. Mijn collega's zullen deze gevolgen hier te berde brengen. Als wij in het wetgevingsproces zo ontzettend kort bezig zijn dat wij de gevolgen voor mensen niet voldoende kunnen afwegen, dan moeten we die gevolgen hier bespreken. Ik ga ervan uit dat de minister op alle reacties reageert. Overigens wil ik de opmerking maken dat wij, als wij alles zouden voorlezen – wat een suggestie is geweest in de media – hier vrijdag nog zouden staan.

Het eigen risico gaat per 2013 naar € 350 per persoon. Die maatregel hadden wij zeker verwacht van D66, het CDA en de VVD. De PVV verdedigde deze maatregel vorige keer nog met verve, want de betaalbaarheid van de zorg zou in gevaar komen. Ik ben benieuwd naar wat de PVV-woordvoerders vandaag zeggen. Van de ChristenUnie en GroenLinks valt het mij echter erg tegen. Wij weten toch immers dat door het opleggen van een eigen risico de zorgkosten helemaal niet dalen? De totale zorgkosten bij de introductie van het eigen risico zijn niet gedaald; alleen de manier waarop wij de rekening betalen is veranderd. Gezonde mensen hoeven minder te betalen omdat chronisch zieken, zieken en ouderen de rekening gepresenteerd krijgen. Ik vind het verwonderlijk dat GroenLinks in de fuik is gelopen. Ik hoop dat zij eruit zwemt. Dat lijkt mij ook nogal logisch, want in het eigen verkiezingsprogramma van deze partij staat dat zij een inkomensafhankelijk eigen risico wil. Ik zal de vraag straks ook stellen als de woordvoerder van GroenLinks op het spreekgestoelte staat, maar ik stel hem nu alvast: hoe valt dit te rijmen met het nu verhogen van het eigen risico? Krijgen wij direct na de verkiezingen een wetwijziging? Waarom ligt dit wetsvoorstel dan nu voor? Dient GroenLinks misschien amendementen in om het eigen risico nu al inkomensafhankelijk te maken? Hoe kunnen wij dan voldoen aan de bezuinigingsopdracht uit Brussel? Ik ben totaal in verwarring.

De keuzes van de Kunduzpartijen zijn niet progressief of hervormingsgezind. Het is een zeer primitieve keuze om het eigen risico te verhogen. De rekening neerleggen bij zieken doet niets aan verspilling, doet niets aan bureaucratie en doet niets aan de duurmakende marktwerking. Ik vraag de minister om alle opties die als alternatief voor deze 800 mln. bij de onderhandelingen betrokken zijn, met de Kamer te delen.

Vandaag gaat het debat over onze gezondheidszorg. Daarover kunnen wij niet voldoende en lang genoeg debatteren. Wel zien wij dat het debat de

laatste jaren wordt gedomineerd door boekhouders en cijferfetisjisten. Zij maken ons depressief door te pas en te onpas te zeggen dat de zorg te duur is en dat je dus maar zelf moet betalen. Wat is echter «te duur»? Nederland is een rijk land, een gezond land. Wij hebben mooie voorzieningen. Moeten die worden afgebroken omdat een paar mensen vinden dat iets te duur is? Ik vraag de minister waarom het eigen risico op € 350 wordt vastgesteld. Welke analyse ligt daaraan ten grondslag? Had het ook € 325, € 375 of € 400 kunnen zijn, of is gewoon gekozen voor een verhoging naar € 350 omdat we de bezuinigingsdoelstelling moeten halen?

In het verleden is veel en lang gesproken over het eigen risico. Al vanaf de invoering van de Ziekenfondswet zijn er voorstellen gedaan om een eigen bijdrage in te voeren. Eerst hadden we het tientje van Veldkamp, in 1966. Ik was er toen nog lang niet; mijn ouders moesten elkaar nog ontmoeten. Er waren plannen voor een eigen bijdrage van het kabinet-Biesheuvel in 1973. Ook het kabinet-Van Agt/Wiegel had hiervoor plannen. Deze sneuvelde al in de Kamer, want er was groot verzet. Er was een actiegroep Stop het eigen risico. Overigens was het CDA toen nog mordicus tegen. De VVD stond toen alleen. Wat dat betreft is de VVD consequent: zij heeft altijd de rekening bij de patiënten willen leggen. In 1982 wordt de medicijnknaak ingevoerd, hoewel de Ziekenfondsraad eerder concludeerde dat er geen overwegend positief effect van de eigen bijdrage op medisch en verantwoord gebruik van verstrekkingen valt te verwachten. Toch werd de medicijnknaak ingevoerd, ondanks hevig verzet van ziekenfondsen, vakbonden, specialisten en huisartsen. In 1988 wordt door het kabinet-Lubbers het specialistengeeltje ingevoerd. Zowel de medicijnknaak als het specialistengeeltje is in 1990 weer afgeschaft. Desalniettemin kwam twee jaar later, in 1992, de discussie over het eigen risico en de eigen bijdrage weer op gang. Uiteindelijk komen de plannen voor een verplicht eigen risico in het regeerakkoord van Paars. In 1997 is een ingewikkeld eigenbijdragesysteem ingevoerd. In 1999 wordt dat weer afgeschaft. De eigenbijdrageregeling geeft namelijk voortdurend aanleiding tot maatschappelijke discussie. Omdat de regeling door alle uitzonderingen erop, zeer hoge uitvoeringskosten had en geen remmend effect bleek te hebben, werd die afgeschaft.

In 2005 kwam er een no-claim ten tonele. Na veel verzet werd die ook weer afgeschaft. Sinds 2007 hebben wij het eigen risico en daarvan vindt nu de derde verhoging plaats in vijf jaar tijd. Dit toont volgens de fractie van de SP aan dat de gronden voor het eigen risico niet zijn dat wij mensen meer zelf moeten laten betalen, omdat ze dan niet naar de dokter gaan of dat wij mensen moeten remmen. Het eigen risico is gewoon een melkkoe. Het is een reden en een regeling om geld te halen waar je het eigenlijk niet zou moeten halen, namelijk bij de zieken.

Langzaamaan worden mensen die chronisch ziek en ouder zijn, uitgewrongen. Ons standpunt is dat de gezondheid en de belangen van volksgezondheid belangrijker zijn dan geld. Wij willen dat er zorg is voor iedereen die deze nodig heeft, voor jong en oud, voor gezond en niet gezond en voor arm en rijk. Je moet dit dus solidair oplossen. Het is onze principiële keuze om de toegankelijkheid van zorg voor iedereen als uitgangspunt te nemen. Er zou dus geen plaats moeten zijn voor een eigen risico. Premies zouden bovendien volkomen inkomensafhankelijk moeten zijn. Dan kan iedereen bijdragen naar inkomen en vermogen. Dat is het beste fundament om de gezondheidszorg voor iedereen bereikbaar te houden.

Belangrijk is ook om te beseffen dat de zorg geen kostenpost is, maar een vorm van beschaving. Als wij mensen helpen om gezond te blijven en om ze gezond te houden, is dat een kwestie van beschaving. Het is echter ook een kwestie van economisch voordeel. Er werken namelijk een miljoen mensen in de zorg. Zij verdienen daar hun boterham. Zij zijn een belangrijke motor van de economie. Zij dragen bij aan onze welvaart. Een

gezonde populatie die kan werken, draagt ook bij aan de economie en aan de aantrekkelijkheid van een land voor investeerders. Als wij de zorg als kostenpost blijven zien, doen wij de samenleving tekort. Goede zorg levert ons namelijk heel veel op.

Cijferfetisjisten zien wij eigenlijk overal. Het CPB beperkte zich vroeger tot het doorrekenen van dingen tot vijf jaar, want men zei toen terecht dat het moeilijk is om de toekomst te voorspellen. Wie had de bankencrisis ooit voorspeld? Nu maakt het CPB echter doorrekeningen tot 2040; dat is ongeveer 30 jaar vooruit. Het CPB zegt zelf dat de economie geen wetenschap is, maar het zadelt ons wel op met doemscenario's op het vlak van de zorg. De ambtenaren van het ministerie van Financiën en van het ministerie van VWS kijken vervolgens ook nog eens naar de zorg als kostenpost. Is de minister bereid om op haar ministerie ook eens een keer te spreken over de zorg als de motor van de economie, omdat een gezonde samenleving een belangrijke voorwaarde is voor ons allemaal? Het is niet goed voor kinderen om op te groeien in een gezin met zieke ouders. Als wij dit kunnen voorkomen, voorkomen wij heel veel kosten voor de toekomst. Waarom kijken wij daar niet naar? Van het onderwijs weten wij ook dat het alleen maar geld kost. Dat is echter onzin, want door mensen op te leiden en klaar te stomen voor de toekomst, zorg je ervoor dat zij van waarde zijn. Moeten wij dit allemaal door kunnen rekenen? Nee, want onderwijs is belangrijk. Het is van waarde voor onze samenleving. Als je echter sec naar de cijferfetisjisten zou luisteren, worden er alleen maar kosten gemaakt voor de post onderwijs. Onderwijs is echter niet alleen een kostenpost, maar ook een investering in de toekomst. Wij zouden via de gezondheidszorg ook moeten investeren in de toekomst. Het voorstel om naar een eigen risico van € 935 te gaan, getuigt echt van een gebrek aan empathie. Het is wereldvreemd. Het komt uit de onderzoeksgroepen van het CPB en het ministerie.

Het uitgangspunt dat onverantwoord gedrag van patiënten in hoge mate voor de zorgkostenstijging zou hebben gezorgd, doet het erg goed in cafés, maar het is borrelpraat. Een eigen risico verschuift de kosten van het collectief naar het individu. Het meest navrante daarvan is dat de kosten niet naar elk individu worden verschoven, maar naar chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

Het CPB berichtte afgelopen vrijdag dat de zorgkostenstijging deels in de groei van het pakket zit; wij kunnen meer. Wij zien echter ook dat artsen na de introductie van prestatiebeloning meer zorg per patiënt zijn gaan leveren. Is dat nodig? Wordt de kwaliteit daar beter van? Het CPB zegt geen bewijzen te hebben dat de kwaliteit is verbeterd, maar toch moeten wij de patiënt de rekening geven omdat de arts meer zorg gaat verlenen. Het is de wereld op zijn kop.

Wat te denken van een ligtaks in het ziekenhuis? Men bespaart thuis op eten en drinken. Ik vind het een onzedelijke redenering. Krijgen familieleden die op bezoek komen in het ziekenhuis gratis koffie, thee of een maaltijd? Zij sparen het immers thuis uit. Worden de kosten van ziek zijn ook een ziekte? Worden werkuitval en reiskosten allemaal gecompenseerd? Waarom wordt er eigenlijk gekozen voor € 7,50 en niet voor een tientje, € 15, € 5 of € 8? Die € 7,50 is toch gewoon gekozen om de begroting sluitend te maken?

Ik sprak al over het recht op zorg. De toegang tot zorg is wat ons betreft een principe waar wij niet van mogen afwijken. Wij zijn het aan onze samenleving verplicht om dit principe voor de toekomst te handhaven. Op basis van inkomensafhankelijke premies dienen te kosten van zorg te worden opgebracht. Dat neemt echter niet weg dat er een hoop te besparen valt waarbij de patiënt buiten schot blijft. De stelling dat de premies te snel stijgen waardoor de solidariteit zou worden aangetast, is echter niet waar. De premies stijgen te hard voor middeninkomens en lage inkomens. De nominale premie is niet meer op te brengen. Er zijn

300 000 mensen die de premie niet meer kunnen betalen. Zij komen in een boeteregime terecht, waardoor zij er niet meer uitkomen.

Wat zegt dit eigenlijk? Dit zegt toch dat het juist voor middeninkomens en lage inkomens onbetaalbaar wordt, dat de premies juist voor mensen die hard werken onbetaalbaar worden? Hoeveel wanbetalers heeft de minister nodig om in te zien dat je een zorgstelsel voor de happy few krijgt, voor de mensen die het kunnen betalen, als je niet totaal inkomensafhankelijk premies heft?

Een andere leugen die in dit debat niet onvermeld mag blijven, is dat de marktwerking de zorg beter en goedkoper zou maken. Wij hebben gezien waartoe de marktwerking heeft geleid, namelijk tot een enorme stijging van de kosten en een enorme toename van de bureaucratie. De invoering van een verrichtingenstelsel, in de vorm van de dbc's, heeft voor een enorme fixatie op productie draaien, omzet draaien, gelegd. Zijn de belangen van patiënten daarmee gediend? Zijn de professionele drijfveren van verpleegkundigen en artsen daarmee gediend? Is de gezondheidswinst daarmee toegenomen? Op al die vragen moeten wij nee antwoorden.

In het onderhandelbare vrije deel, het b-segment waarvoor geen budget is vastgesteld, is in de afgelopen jaren een forse groei te zien. In het vastgestelde segment, het a-segment, was in 2011 sprake van 0,3% groei. In het b-segment was echter sprake van 5% groei. De afgelopen jaren zijn de kosten van ziekenhuizen sterk gestegen, met 6% à 7%. Uit een onderzoek van NYFER bleek onlangs dat ongeveer 1% van de kostenstijging door de vergrijzing te verklaren is. De bangmakerij dat ouderen te duur zouden worden of dat zij onze gezondheidszorg te duur zouden maken, is daarmee «doorgeprikt». Kostenbesparing die door marktwerking werd beloofd, is niet aangetoond.

De vrijgevestigde specialisten hebben wel extra geprofiteerd. Sommigen zagen hun inkomen naar zes ton stijgen. In de huidige stand zijn er 6000 vrijgevestigde medisch specialisten – zij werken dus niet in loondienst – die gemiddeld ver boven het salaris van deze minister verdienen. Waarom doet ze daar niets aan? Waarom doet ze er niets aan dat voor de medisch specialist de patiënt kassa is geworden en dat de medisch specialist zo ontzettend veel verdient? Waarom moet weer de patiënt de schuld krijgen?

Hoe nu verder met onze gezondheidszorg? De wezenlijke oplossing ligt niet in het doorzetten van de marktwerking. Er is geen draagvlak bij de mensen zelf, niet bij de mensen die zorg nodig hebben en niet bij de mensen die de zorg verlenen. Er is geen draagvlak meer voor verrichtingenstelsels die leiden tot productie draaien. Laten we een punt zetten achter de marktwerking. Laten we erkennen dat gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk moet zijn en dat de enige winst die in de zorg behaald moet worden, gezondheidswinst is. Laten we er dan ook voor zorgen dat de eigen vermogens en de winsten van de zorgverzekeraars ten goede komen aan ons allemaal. De zorgverzekeraars hebben bijna 2 mld. op de planken liggen. Nee, maar we moeten wel de patiënt met een eigen risico opzadelen. Het is om heel cynisch van te worden.

Wij stellen voor om te besparen op de volgende zaken. We maken de premies inkomensafhankelijk, zodat de zorgtoeslag kan verdwijnen. Daardoor hebben we de problematiek van honderdduizenden mensen die de zorgpremie niet meer kunnen betalen, opgelost. We laten alle artsen in loondienst werken en brengen hun salaris terug tot op het niveau van de minister of daaronder; dat maakt ons niet uit. Wij scherpen de Wet geneesmiddelenprijzen aan. Daar valt zeker 300 mln. tot 400 mln. mee te besparen. We zijn op dit moment 16% duurder dan België. Vergeleken met Polen zijn we procentueel nog duurder. Draai de marktwerking terug, in de ziekenhuizen, in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook gewoon in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Waarom hebben we daar te maken met ondernemers die winst moeten maken? De winst moet toch

zitten in goede werkomstandigheden, voldoende personeel en een fatsoenlijke oude dag? Investeer maximaal in de eerste lijn en in preventie. We hebben de nota «Terug naar de praktijk» geschreven, die gaat over huisartsen, de eerste lijn en de samenwerking. De minister heeft zelf erkend dat het mogelijk is om de plannen uit deze nota uit te voeren en dat dit een besparing oplevert. Deze investering levert dezelfde besparing op. In de toekomst kunnen we misschien zelfs voorkomen dat mensen dure ziekenhuiszorg krijgen. Dus breid preventie uit. Alle preventieve maatregelen die effectief zijn, moeten zo snel mogelijk ingevoerd worden. Als we deze maatregelen nemen, bereiken we besparingen die niet leunen op de patiënt en geven we de rekening niet aan mensen die die rekening niet kunnen dragen.

Is dan niets goed van wat we vandaag bespreken? We bespreken vandaag namelijk ook de verzachting van de eigen bijdrage in de ggz. Ik vraag de minister of het nou echt niet mogelijk was om die 144 mln. gewoon te schrappen. Waarom moet er toch nog 100 mln. gehaald worden bij mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben? Waarom blijft de discriminatie bestaan van mensen die geestelijk in de knel zitten en zorg nodig hebben ten opzichte van mensen met een gebroken been? Is dat werkelijk nodig? En waarom moet het CAK dit gaan compenseren? Het is daar een bureaucratische puinbak. Dat weet de minister heel goed. Het Centrum Indicatiestelling Zorg is bijna een onvolkomenheid van het ministerie, hebben wij gehoord van de Algemene Rekenkamer. We kunnen niet meten wat ze daar doen. Je gooit er een kwartje in, maar weet niet wat eruit komt. Dat geldt voor het CAK eigenlijk ook, maar dat is niet opgenomen omdat de problemen al zo lang van structurele aard zijn. Dit CAK gaat straks mensen met de laagste inkomens die in geestelijke nood verkeren, achteraf compenseren voor hun eigen bijdrage. Het probleem is niet dat zij een rekening krijgen waardoor zij afzien van zorg, maar dat zij niet eens beginnen met noodzakelijke zorg. Is het bij alle besparingen nou echt niet mogelijk om hier gewoon mee te stoppen? Staatssecretaris Teeven van Veiligheid en Justitie heeft gezegd dat deze maatregel veel meer kost dan ze oplevert. Wij zien het terug in openbare-ordeverstoringen, wij zien het terug bij de politie, wij zien het terug bij het OM. Hier zien wij weer dat, als je simpelweg alleen maar kijkt naar cijfertjes en de zorg ziet als kostenpost, je niet meeneemt wat de baten voor onze samenleving zijn. Wat te denken van het voorstel om beschermd wonen in de AWBZ onmogelijk te maken? Waar moeten kinderen met een verstandelijke beperking heen die nu thuis wonen, die graag een eigen woning willen, maar die dat niet op eigen kracht kunnen doen, die in waardevolle beschermdwonenplekken terecht kunnen, waardoor zij misschien een baan krijgen en met een beetje steun in de rug zelfstandig kunnen zijn? Moeten die thuisblijven? Met welke gevolgen? Wat gaat dat kosten? De besparing is zo, zo klein. Waar gaat het om: 20 mln.? Kunnen wij niets anders verzinnen? Kunnen wij echt niet tegen die grote zorginstellingen zeggen: levert u allemaal dat salaris in, dan hebben wij 50 mln. gevonden en hoeven wij mensen die beschermd wonen nodig hebben niet op straat te zetten? Waar gaan wij die mensen vinden, waar gaan wij die mensen terugzien? In een debat is door een van de Kunduzpartijen gezegd: het is echt niet zo dat wij mensen die nu beschermd wonen op straat gaan zetten. Dat wil ik echt nog wel geloven, maar wat doen wij met de mensen die het nodig hebben, mensen die psychiatrisch in de knel hebben gezeten en van wie wij het noodzakelijk vinden dat zij niet weggestopt in een instelling wonen, maar dat zij in de samenleving wonen met een steuntje in de rug? Dat zijn toch juist de mensen die zoals dat dan heet zorgzwaartepakket 1, 2 of 3 krijgen? Dat zijn toch juist die mensen voor wie wij de RIWB, het beschermd wonen, hebben opgericht? Wat is hun toekomst? Waar komen die mensen terecht? Ook nu geldt weer dat, als je naar de cijfertjes kijkt en niet naar de mensen, niet naar wat het voor onze samenleving betekent dat wij dit

hebben opgebouwd, je de gevolgen over een jaar of vijf zult terugzien. Maar ja, wie dan leeft, wie dan zorgt, zal deze minister denken: dat hoeven wij nu niet te voorzien, wij hebben de 3% gehaald voor Brussel. Chapeau, maar ten koste van wat?

Dan is er nog het punt van de 25% eigen bijdrage voor hoortoestellen en functionele bekostiging. Ik ben er niet van overtuigd dat dat de boel goedkoper maakt. Nu wordt er gezegd: je hebt een budget, daarbinnen is er een vergoeding en wil je meer, dan moet je het daarboven zelf betalen. Voor kinderen zouden wij een uitzondering moeten maken. Zij zouden alles vergoed moeten krijgen net zoals brillen, wat wij binnenkort geregeld hebben. Maar als iemand voor het duurste toestel kiest dat twee keer zo duur is als het maximale bedrag nu en 25% eigen bijdrage betaalt, zijn wij nog steeds 25% duurder uit. Ik zie de besparing van deze maatregel dus niet. Volgens mij moeten wij zeggen: wij hebben een budget en wij doen functionele bekostiging voor kinderen en voor die mensen die gehinderd worden door hun gebrek.

De conclusie van vandaag is dat er heel veel geld is voor de zorg. Er wordt ontzettend veel premie betaald. Wij brengen dat met z'n allen op. De zorg is een heel mooie werkplek voor heel veel mensen. Er zijn mensen die ervoor kiezen om ouderen te verzorgen en een goede oude dag te geven of om met moeilijke psychiatrische patiënten te werken, om hen iets van hun leven te laten maken. Er zijn mensen die zeggen: verstandelijk beperkten geef ik een steun in de rug, ik wil hen krachtig maken zodat zij misschien een baan kunnen hebben en aan de samenleving kunnen deelnemen. Het is ontzettend mooi wat er gebeurt en wij hebben er veel geld voor over. Maar iedereen heeft tabak van de graaiers, de verspilling en de winsten. Het is niet uit te leggen dat er 130 mln. winst is gemaakt bij 10% van de ouderenzorginstellingen en dat er geen geld zou zijn voor extra handen aan het bed. Het is niet uit te leggen dat wij mensen het beschermd wonen ontnemen terwijl zorgverzekeraars een drievoud van dat geld uitgeven aan reclame. Of kan de minister dat wel uitleggen? Dan nodig ik haar uit, dat wel uit te leggen. Ik prijs mij gelukkig met wat er is opgebouwd, wat er is aan beschikbare gezondheidszorg. Ik ben heel erg bezorgd over de sneltreinvaart waarmee dat wordt afgebroken. Laten we het geld halen waar het zit! Bij de miljardenwinsten van de geneesmiddelenindustrie kan echt nog wel wat worden gehaald. De miljardenwinsten zitten niet bij chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. De miljardenwinsten zitten niet bij een gezin dat getroffen wordt door de ziekte van een ouder. Zij hebben sores aan hun kop: hoe rooi ik het met mijn kinderen thuis, hoe bezoek ik mijn zieke partner? Nee, even € 350 aftikken en ook nog eens € 7,50 per ligdag. En als je dan pech hebt, worden je geneesmiddelen niet vergoed en moet je dat ook nog zelf betalen. Wat is de boodschap? U bent de schuld, u wordt ziek, had u maar niet ziek moeten worden.

Ik herken mij niet in dat beleid. Het moet de andere kant op. Zorgverleners weten waar het geld zit. Als je ergens komt, dan wijzen ze het aan. De thuiszorg kwam laatst met de verspilling van verbandmiddelen, omdat alles per persoon geleverd moet worden. Anders kunnen we het namelijk niet controleren. En iets wat we niet kunnen controleren, kunnen we niet beheersen en iets wat we niet kunnen beheersen, kunnen we niet wegbezuinigen. Waar is het vertrouwen gebleven van mensen die werken in de thuiszorg en die gewoon een mooie tas bij zich hebben met daarin verband- en geneesmiddelen, en doen wat ze moeten doen? Het is beter voor de mensen die het werk doen, het is goedkoper voor ons allemaal. En het wordt er niet slechter, maar beter van. Waarom wordt er niet geluisterd naar dit soort oproepen? Waarom wordt er niet geluisterd naar apothekers die zeggen: als wij jaarlijks een medicijncheck doen voor die ouderen die meer dan vijf medicijnen slikken – de één vaak het gevolg van de ander – dan kunnen wij ervoor zorgen dat ouderen bepaalde medicijnen niet meer nodig hebben en dus kunnen afbouwen. Dan

kunnen we de kosten drukken. Het is doorgerekend. Iedereen zegt het: we besparen daar 200 mln. mee. De professionals zeggen hoe het kan. Het levert gezondheidswinst op, het levert besparingen op, waarom doen we het dan niet? Waarom zeggen we niet: we gaan om die oudere staan die dement wordt, en zijn/haar familie? We zetten casemanagers in die het proces begeleiden. Er kan 200 tot 300 mln. bespaard worden doordat het gewoon allemaal menselijker, passender en minder bureaucratisch wordt, en op termijn levert dat misschien 0,5 mld. op. Waarom doen we dát niet? Waarom moeten we hier op een maandag, een bijzondere dag voor dit parlement, een wet bespreken om een rekening te presenteren aan mensen die ziek zijn of worden? Waarom komt de minister met een bangmaakbrochure en een keukentafelgesprek, dat de zorg te duur wordt? Waarom komt zij niet op voor de verworvenheden die we hebben? Waarom zegt ze niet: beste mensen, ik ben er trots op, wij investeren in ons allemaal als we investeren in gezondheidszorg? Het gaat om een mooie werkplek, gezonde werknemers zijn productiever. We kunnen heel veel doen met innovatie en dat misschien delen met andere landen. Vergrijzing is niet iets om bang van te worden, het is iets waar we trots op moeten zijn. Waar is de minister die dat zegt tegen ons? Ik vind het heel jammer om eigenlijk te concluderen dat we vandaag het ware gezicht zien van bezuinigingsdrift, van cijferfetisjist, maar ook van de Kunduzpartijen. Ik zeg het met pijn in mijn hart, want ik vind het jammer dat GroenLinks hieraan meewerkt. Ik weet hoe D66 denkt, ik weet hoe de VVD denkt en ik weet ook hoe het CDA denkt. Het zijn allemaal maar kosten, het gaat niet om de mensen. Bezuinigen, bezuinigen, bezuinigen. Maar dat deze bezuiniging voorligt en al die kleine maatregelen die gaan leiden tot verschaalde zorg, slechtere toegang, maar ook tot hogere kosten in de toekomst, vind ik echt heel erg jammer. Ik begrijp nog steeds niet waarom we deze wet vandaag moeten behandelen, omdat 12 september het woord is aan de kiezer. Dan geef ik nu graag het woord aan ...

De **voorzitter**: Nee, u geeft aan niemand het woord, want dat is nou net wat ik vandaag allemaal ga doen! Er is een vraagje.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Misschien heeft mevrouw Leijten wel ambities voor het volgende Kamervoorzitterschap. Dat weet je maar nooit. Ik heb een vraag over alle alternatieven die de SP aandraagt als het gaat om geneesmiddelen, specialisten, preventie en verspilling in de zorg. Daar is GroenLinks ook voor. Dat zijn echter grote wijzigingen die, zelfs als je ze nu invoert, niet per 2013 te realiseren zijn. Wat gaat de SP nu doen om per 2013 wel tot besparingen te komen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij besparen met de inkomensafhankelijke zorgpremie, want dat kan nu ook al geregeld worden en dat kan per 2013 ook. Dan valt het hele bedrag van de zorgtoeslag weg. Dat is drie keer zo veel als wat er vandaag voorligt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het inkomensafhankelijk maken van de zorgpremies of het eigen risico is juist onderzocht en dat kan niet per 2013. Bovendien brengt dat ook nog een flink aantal uitvoeringskosten met zich mee. Ik constateer dus dat de SP eigenlijk geen echte alternatieven heeft. Dan denk ik: liever een zo inkomensafhankelijk mogelijk eigen risico en zo veel mogelijk bezuinigingen terugdraaien, pgb, IQ-maatregel, passend onderwijs, sociale werkplaatsen en nog heel veel meer, dan iets zeggen waarvan je weet dat dat niet per 2013 te bereiken is. De SP vertelt de mensen eigenlijk fabeltjes.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat mag zo gezegd worden. Wij zeggen heel duidelijk dat wij niet vinden dat wij volgend jaar onder die 3% hoeven te

komen. Wij willen namelijk investeren in onze samenleving en wij willen de gezondheidszorg duurzaam veranderen, zodat er geen marktprikkels meer in zitten en je mensen in loondienst brengt. We kunnen wel degelijk volgend jaar forse besparingen regelen als we de Wet geneesmiddelenprijzen aanpassen. Dat kan gewoon volgend jaar al. De zorgpremies kunnen wel, dat hebben wij vorig jaar namelijk door laten rekenen. Het CPB heeft toegezegd dat dat kon. Als het nu zegt dat het niet kan, dan moet u bij het CPB zijn, want het heeft het altijd van ons geaccepteerd. Ik vind het jammer dat wij niet zeggen, samen met bijvoorbeeld andere landen in Europa: nu de boel kapot bezuinigen gaat leiden tot een langere crisis. Dat u bepaalde dingen verzacht vind ik goed en dat heb ik ook gezegd. Maar de prijs die daartegenover staat, vind ik fors. Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen krijgen namelijk de rekening. Ze houden dan misschien een deel van hun pgb of het pgb blijft in stand, maar die € 350 moeten ze wel aftikken in januari. De mensen die geestelijk ziek worden, maar die niet tot het sociale minimum behoren, moeten wel € 200 aftikken. Dat blijft allemaal gewoon staan. Ik zou daar niet voor kiezen. Ik kies voor andere dingen. Ik vind het heel spijtig dat GroenLinks accepteert dat er maatregelen doorgeschoven worden tot na de verkiezingen, maar dat zij van dit zegt dat dat wel even door de Kamer gedramd mag worden. Dat is jammer. U had ook kunnen zeggen: wij hebben een Kunduzakkoord, dat was voor Brussel, nu komt de kiezer en na 12 september gaan wij dit behandelen. Dan was er misschien ook wat gekomen van uw inkomensafhankelijke eigen bijdrage, want dat punt ligt vandaag niet voor.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Op het moment dat mensen met een inkomen tot € 19 000 niets zullen merken van deze verhoging van het eigen risico, want dat wordt namelijk helemaal gecompenseerd in de zorgtoeslag – helaas hoor ik de SP daar niet over – is dat al een behoorlijke inkomensafhankelijkheid. Wat betreft het CPB vind ik het wel heel interessant dat mevrouw Leijten de ene keer wel het CPB volgt, maar de andere keer niet. Ik ben benieuwd of het kabinet-Roemer, als dat er ooit zou komen, nog wel haar begroting zal durven laten doorrekenen of dat het dan ook maar allemaal op de bonnefooi zou moeten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het plan voor de inkomensafhankelijke eigen bijdrage hebben wij nu juist door laten rekenen, omdat iedereen daar zo'n belang aan hecht. Als het gaat om de compensatie zou ik willen opmerken dat als je in januari € 350 moet aftikken en je krijgt dat via de zorgtoeslag terug, je nog steeds een groot probleem hebt. Mensen moeten leningen aangaan voor dat eigen risico. Als u dan echt mensen met een laag inkomen wilt compenseren, hef het daar dan niet, vind daar dan een oplossing voor. Nu krijg je dat mensen die geen eigen risico hoeven te betalen wel een hogere zorgtoeslag krijgen. Ik gun dat die mensen, maar het is wel gek, want u zegt dat iedereen daarmee gecompenseerd wordt. Dat is niet waar. En wat gebeurt er met de werkende chronisch zieke? Die is het geld gewoon kwijt. Het is maar 10% van de bevolking, waarvan u zegt dat die er wat aan heeft. Het is ook eerlijk om dat te zeggen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik word enorm uitgedaagd, dus ik vind dat ik nog wel even mag reageren.

De **voorzitter**: Maar dan wel kort.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Leijten is heel creatief aan het rekenen. Mensen met een inkomen tot € 19 000 krijgen het eigen risico volkomen gecompenseerd. Dat leidt er dan inderdaad toe dat mensen die het niet helemaal opmaken, erop vooruitgaan. Ik zou denken: de SP is toch ook van de sterkste schouders de zwaarste lasten? Dan zou

ze ons hier toch juist in moeten steunen? Wij hebben altijd samen gevochten voor mensen met een laag inkomen. Ik vind het dan wel heel erg jammer dat de SP op dit punt niet thuis geeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Sorry hoor, maar een belasting op ziek zijn of ziek worden heffen en dan zeggen «we compenseren dat voor lage inkomens», is de omgekeerde weg. Je kunt het ook gewoon niet doen!

Mevrouw **Smilde** (CDA): Hoe ziet de SP het eigen risico? Is dat voor de SP überhaupt niet aan de orde?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij zouden het liefst zien dat er geen eigen risico bestaat.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan constateer ik dat niet alleen het CDA sinds 1970, 1980 of 1985 – dat weet ik niet helemaal precies meer – is opgeschoven als het gaat om het eigen risico, maar de SP ook. In het verkiezingsprogramma van twee jaar geleden stond het immers nog niet. Ik nodig mevrouw Leijten uit om aan te geven waarom dan nu wel, na dit hele verhaal van drie kwartier.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij weten niet hoe het zit met doorrekeningen. Daar heeft iedere partij last van. Wij willen het eigen risico heel graag fors verlagen en sluiten niet uit dat we het ook kunnen afschaffen. Maar we moeten ook fair zijn. Aan ons wordt ook gevraagd of wij de overheidsfinanciën gezond willen maken. Als wij het niet hadden ingevoerd, dan hadden we het ook niet hoeven repareren. We zijn in onderhandeling met het CPB. We weten echter ook dat een aantal zaken waarvan wij echt evident denken dat daar een besparing op te halen is, wat ook gezegd wordt in ziekenhuizen of doorgerekend is door dure accountants, door het CPB niet ingeboekt worden. Dit is de dus de reden daarvoor. We zijn voorzichtig. Wij krijgen altijd het verwijt dat wij dat niet zijn, maar dat is nu de reden. Maar fors verlagen kan dus ook betekenen dat het bij ons uiteindelijk uitkomt op nul.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik constateer dat ook de SP niet uitsluit om het eigen risico in te voeren. Ik constateer dat wij ervoor gekozen hebben om met behoud van de compensatie, zoals mevrouw Voortman dat al aangaf, er toch in ieder geval voor te zorgen dat er een stapje wordt gemaakt in het beheersbaar en dus op lange termijn houdbaar maken van de gezondheidszorg. Dat is niet het geval bij de SP, ondanks het feit dat ook daar een eigen risico aan de orde is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Al die verslechtingen die zijn ingevoerd door onder andere het CDA, zouden wij met alle liefde willen compenseren en terugdraaien. Maar we moeten ook eerlijk zijn als het gaat om de vraag of we dat halen. Wij zijn gewoon heel eerlijk. Bij ons wordt het niet verhoogd, maar fors verlaagd. En als wij de nul halen, dan wordt het nul. Maar het wordt in ieder geval niet fors verhoogd. Mevrouw Smilde spreekt over het beheersbaar houden van de zorgkosten. Zij zegt dat zij dat doet, maar dat is helemaal niet waar. Zij is niet aan het beheersen, zij is de rekening aan het doorschuiven. Dat is nu juist aangetoond bij het eerder invoeren van al die eigen bijdragen. Daarom werden ze ingevoerd en afgeschaft, en ingevoerd en afgeschaft. Die eigen bijdragen bleken namelijk helemaal niet te leiden tot een rem op de groei. De groei zit bij de artsen die extra handelingen bij patiënten verrichten. Men heeft dat kunnen lezen in de stukken van het CPB. Het zou goed zijn als het CDA daar wat aan zou doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik hoorde mevrouw Leijten zeggen dat het niet erg is dat de zorg zoveel kost en dat we daar ook gewoon in moeten blijven investeren. Zij heeft het belang van de zorgsector voor de economie benadrukt. Vindt zij het dan wenselijk dat we in pakweg 2040 de helft van ons inkomen kwijt zijn aan de zorg?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik geloof niet zoveel in die berekening. Daar zal ik maar heel eerlijk over zijn. Die berekening geldt voor ongewijzigd beleid en het is een gemiddelde. We hebben bij de vorige begroting gevraagd wat mensen met een laag inkomen, met een middeninkomen en met een hoog inkomen betalen. Mensen met hoge inkomens betalen procentueel veel minder aan de zorg. Daarom zeggen wij dus ook: je moet het inkomensafhankelijk maken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik hoor mevrouw Leijten zeggen: ik geloof niet in die toekomstvoorspellingen; dat is helemaal niet waar, want bij die voorspellingen wordt er niet van uitgegaan dat je iets gedaan hebt. Dat is ook precies de reden waarom we iets moeten doen. Anders komen we uit op de situatie waarin mensen de helft van het inkomen kwijt zijn aan zorg. Dat is nu precies de reden waarom we moeten bezien wat wel thuishoort in de zorgverzekering of de AWBZ, wat allemaal moet worden gerekend tot echte zorg en wat niet. Mevrouw Leijten gaat volledig voorbij aan het feit dat we in de jaren van voorspoed ongeveer alles daar maar hebben ondergebracht. Dat is nu exact de reden waarom we met z'n allen maatregelen moeten nemen. We moeten maatregelen nemen om dit voorkomen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Dijkstra stelt voor om zorg uit de collectieve middelen te schrappen. Dan betalen we het niet meer met elkaar. Als je dan getroffen wordt door ziekte, dan betaal je het zelf. Dan kan het gebeuren dat mensen failliet gaan op de zorgkosten. Daarvoor kunnen wij inderdaad ook kiezen. Dat systeem zien wij al aan de overkant van de plas, in Amerika. Wij kunnen daarvoor kiezen, maar daarmee ontstaat een heel ander toekomstbeeld, een heel ander beeld van de samenleving. Mijn fractie is ervan overtuigd dat op de huidige zorg heel wat te besparen is. Wij maken ons allemaal druk over de toekomst van de ouderenzorg. Op dat punt kan gedacht worden aan de beschikbaarheid in buurten. Dat moet echter niet gebeuren door de concurrentie op de thuiszorgmarkt te prikkelen, maar door de beschikbaarheid via huisarts-posten en gezondheidscentra te organiseren. Op die manier kunnen wij ervoor zorgen dat mensen niet in die ouderenzorginstellingen komen. Die zijn namelijk duurder en zorgintensiever. Ik wil daarover echt praten. Als het voor iedereen eruit wordt gegooid, dan wordt de rekening verschoven. Mensen worden echt niet sneller beter omdat de ziektekosten niet collectief worden betaald.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb niet gezegd dat wij het de mensen allemaal zelf moeten laten betalen. Ik heb gezegd dat de basiszorg die noodzakelijk is, en waarin wij solidair willen zijn met degenen die dat niet zelf kunnen opbrengen, moet blijven. Om ervoor te zorgen dat die basiszorg blijft, willen wij een beroep doen op degenen die het wel zelf kunnen en wel zelfredzaam zijn. Dat is de kern van het verhaal. Daarvoor moeten nu maatregelen worden genomen. Naar mijn mening hadden wij daarmee al moeten beginnen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Daarom stellen wij een volledig inkomensafhankelijke premie voor. Daarmee wordt een beroep gedaan op de mensen die het wel kunnen betalen en hoeft niet het spook van de zorg te worden opgeroepen door te stellen dat het te duur wordt. Nu wordt van de mensen die meer kunnen betalen niet om die bijdrage gevraagd.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten heeft slechts 37 minuten van haar 60 minuten opgemaakt. Daarmee lopen wij in op het schema. De volgende spreker van de SP-fractie is de heer Bashir. Spreekt u ook één uur, mijnheer Bashir?

De heer **Bashir** (SP): Voorzitter. Dit is een wetgevingsoverleg en de spreektijden die wij hebben opgegeven, zijn indicatief. Ik zal het kort moeten houden omdat ik straks naar een ander wetgevingsoverleg moet over een ander wetsvoorstel dat ook nog snel voor de verkiezingen erdoorheen gejaast moet worden.

De **voorzitter**: Kunt u bij benadering aangeven wat «kort» betekent in uw geval?

De heer **Bashir** (SP): Ik gok op een halfuurtje. Voorzitter. Vandaag is een bijzondere dag in het parlement. Wij bespreken een wetsvoorstel waarvan de houdbaarheid maar kort kan zijn. Sterker nog, het kan net na de verkiezingen weer van tafel worden gehaald. Net voor de verkiezingen snel nog een wetsvoorstel erdoorheen jassen, kan ertoe leiden dat het direct na de verkiezingen meteen weer van tafel gaat. Daarom moeten controversiële wetsvoorstellen niet snel nog voor verkiezingen behandeld worden. Het zorgt voor onzekerheid bij de mensen en het komt de betrouwbaarheid van de overheid niet ten goede. Dit wetsvoorstel roept veel weerstand op bij de mensen. Het is ook niet niks: een eigen risico van maar liefst € 350 invoeren. Voorzitter. Wij hebben veel reacties gekregen. Wij laten graag een aantal mensen aan het woord. Ik begin met Ron Kretzschmar. Ron vindt dat dit wetsvoorstel moet worden teruggedraaid. Hij zegt dat mensen die de pech hebben ziek te zijn, worden gepakt. Hij stelt terecht de vraag wie erom vraagt ziek te zijn. «Zij hebben er toch niet voor gekozen?», zegt Ron. Ron komt graag op voor zijn medemens, voor wie ziek is en daar niets aan kan doen, maar hij is zich ook bewust van wat er kan komen. Hij zegt: «Voor mijn situatie betekent het niet zoveel want ik verkeer gelukkig in de omstandigheid dat ik gezond ben. Iets wat kan veranderen aangezien ik niet zo jong meer ben.» Ik hoor graag de reactie van de minister hierop.

Manfred Santing heeft zich via de website ook bij ons gemeld. Manfred had liever gezien dat de buitensporige commerciële belangen achter de zorg aangepakt worden. Manfred vindt verdienen oké, zolang dat maatschappelijk verantwoord is. Salarissen mogen niet hoger zijn dan de balkenendenorm. De balkenendenorm is een prima salaris voor een maatschappelijke functie, zo betoogt Manfred. Een goed voorstel van hem is om de balkenendenorm ook te hanteren voor leveranciers van zorgproducten. Maatschappelijk verantwoord ondernemen moet weer de norm worden, zo vindt Manfred. Het verhogen van het eigen risico heeft ook voor Manfreds gezin gevolgen: hij wil stoppen met de aanvullende verzekering. Ik citeer: «Eigen risico is zo hoog dat de voordelen van een aanvullende verzekering minimaal zijn geworden. In dat opzicht is het voor mij kostenneutraal, maar niet solidair met hen die wel veel kosten moeten maken.» Ik vraag de minister of dit een wenselijke uitkomst is van de verhoging van het eigen risico.

Dan is er René. Ook René vindt het verhogen van de eigen bijdrage een heel slechte zaak. Ik citeer: «Mensen gaan er minder snel door naar de dokter en het ziekenhuis. Problemen stapelen zich op, waardoor de behandelingen die enkele euro's kosten, duizenden euro's zullen kosten. Maak de zorg alsjeblieft inkomensafhankelijk. Geef mensen een positieve prikkel als ze gezond zijn.»

René zegt nu al de ziektekosten niet meer te kunnen betalen. Ik citeer weer: «Ik ben chronisch ziek. Ik heb een spierziekte. Ben al tijden niet meer bij de specialist geweest. Ook bezoek ik geen dokter of huisarts. Ik kan het

eigen risico niet meer betalen. Heb nu een achterstand bij mijn zorgverzekering waardoor er beslag is gelegd op mijn uitkering. Ik krijg € 900 uitkering, waarvan € 150 bestuurlijke boete is omdat ik mijn zorgkosten niet kon betalen. Daarnaast wordt er € 166 ingehouden omdat er beslag is gelegd door de zorgverzekering. Vroeger was ik rond de € 46 per maand kwijt aan zorg, zonder het eigen risico. Ik wil geen medelijden. Ik wil gewoon niet de dupe zijn omdat ik «gehandicapt» ben. Ik wil gewoon mijn eigen leven kunnen leiden. Er is mij zo veel afgenomen de laatste tijd door de regeringen die bezuinigen. Vroeger kreeg je via de belasting geld terug als je ziek was. Nu krijg je € 350. Dat verhoudt zich niet tot de € 3000 die je vier jaar geleden terugkreeg als je ziek was of een chronische aandoening had. Ik kan gerust met minder toe, maar van € 3000 naar € 350 is toch wel een heel groot verschil. Ik weet dat we allemaal moeten bezuinigen.»

René draagt ook oplossingen aan om de zorg te verbeteren. Laten we de dure toplaag bij de zorgverzekeringen weghalen, zo stelt René. René zegt: «Een aanbieder voor alle zorg, welke inkomensafhankelijk is. Daarna eens een onderzoek doen naar waar het meeste geld heen gaat in de zorg. Dat doe je meestal als je je huishoudboekje op orde wilt krijgen. Ik zou het fijn vinden om weer eens naar de dokter te gaan zonder 's nachts wakker te liggen of je het wel kunt betalen. De financiële situatie die ik nu heb, draagt ook niet echt bij aan de ziekte. En ik snap best dat zorg geld kost.» Ik krijg graag de reactie van de minister op het verhaal van René en haar voorstellen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Misschien zou het goed zijn als de hele mails naar de minister gingen. De vorige spreker eindigt met de woorden «ik snap best dat zorg geld kost». Ook de spreker daarvoor eindigt met een dergelijke opmerking. Toen besloot de SP-fractie blijkbaar om een knip te maken in het verhaal. Stuur dan even het hele verhaal mee; dan weten wij ook welke alternatieven deze mensen hebben aangedragen. Waarschijnlijk zijn dat alternatieven die de SP wat minder leuk vond.

De heer **Bashir** (SP): Wat hier wordt gesuggereerd, is volkomen onwaar. Er is niet geknipt in de mails om dingen weg te laten. Ik kan de mails ook integraal voorlezen. Ik heb er echter niet voor gekozen om het op die manier te doen. Andere Kamerleden doen dat wellicht wel. Ik heb ervoor gekozen om er een lopend verhaal van te maken. Ik ben uiteraard bereid om de mails integraal te overhandigen aan de minister. Ik ben hier dus geen dingen aan het weg censureren, zoals hier wordt gesuggereerd. Voorzitter. P.S.M. Goosens vindt het belachelijk dat het eigen risico verhoogd wordt. Goosens zegt: «Sinds een paar jaar betaal je eigen risico, terwijl chronisch zieke mensen er niks aan kunnen doen dat ze chronisch ziek zijn, en wel altijd moeten betalen.»

Goosens is student en lijdt aan het syndroom van Asperger. Ik citeer weer: «Hierdoor is het voor mij niet mogelijk om naast mijn stage een bijbaantje te hebben. Momenteel zijn de enige inkomsten die ik heb, studiefinanciering. Momenteel ben ik jaarlijks € 220 eigen risico plus € 200 bijdrage aan ggz-zorg kwijt. Dit bedrag ben ik al jaarlijks extra kwijt bovenop mijn verzekering.»

Goosens betaalt maandelijks een premie van € 150 en krijgt een zorgtoeslag van € 70. De bijdrage aan ggz is maandelijks dus € 17, en het eigen risico omgerekend nu al € 18. Dan is de verhoging niet eens meegeteld. Ook betaalt Goosens kosten voor medicatie, namelijk € 12,50. Totaal per maand dus € 127,50.

Ik citeer weer: «Aan studiefinanciering krijg ik ongeveer € 310 per maand. Na de verplichte zorgverzekering heb ik dus maar € 182,50 per maand over voor mijn studie en overige zaken.»

Wat vindt de minister van de situatie van deze student? Denkt zij dat de financiële situatie de studie zal bevorderen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik neem aan dat de SP deze student heeft laten weten dat dit wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Deze student heeft een laag inkomen. Dit zal dus helemaal via de zorgtoeslag worden gecompenseerd. Heeft de SP dat laten weten aan deze student?

De heer **Bashir** (SP): Er wordt nu gesuggereerd dat mensen die niet ziek zijn de zorgtoeslag niet ontvangen. Iedereen ontvangt de zorgtoeslag, of hij nu ziek is of niet. Juist als je ziek bent, word je extra hard getroffen, omdat je allerlei bijkomende kosten hebt. Uiteraard, de SP zal al die mailtjes beantwoorden. De mensen zijn al geïnformeerd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het eigen risico heeft een maximum van € 350. Iemand die dat helemaal opgebruikt en een laag inkomen heeft, wordt dus helemaal gecompenseerd door de verhoging van de zorgtoeslag met € 115. Ik vraag dus nogmaals: heeft de heer Bashir deze student laten weten dat hij helemaal gecompenseerd wordt via de zorgtoeslag?

De heer **Bashir** (SP): Zoals ik net zei, zal de SP al die mailtjes beantwoorden. Heel veel mails zijn al beantwoord en mensen zijn geïnformeerd. De mensen die de mailtjes hebben toegezonden die ik voorlees, zijn ook allemaal om toestemming gevraagd voor het voorlezen van hun mail. Ook mensen die niet het eigen risico betalen omdat zij gezond zijn, krijgen de zorgtoeslag. Als je ziek bent, krijg je die ook. Je krijgt de zorgtoeslag dus of je nu ziek bent of niet. Je kunt dan wel zeggen dat die mensen worden gecompenseerd, maar het gaat erom dat straks de zieken nog meer zullen betalen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan ben ik even de weg kwijt. Betekent dit nu dat de SP er een probleem mee heeft dat mensen € 115 extra zorgtoeslag krijgen, ook als zij gezond zijn, en dat mensen met een laag inkomen er dus een stukje op vooruitgaan?

De heer **Bashir** (SP): Het eigen risico wordt verhoogd van € 220 naar € 350. Daar zijn wij uiteraard niet blij mee. Sterker, wij staan hier om daartegen te vechten. Het verbaast mij heel erg dat hier juist door de fractie van GroenLinks gedaan wordt alsof dit een heel goede maatregel is. Het is geen goede maatregel. Wij hebben het liefst dat het eigen risico helemaal wordt afgeschaft. Dat zou sociaal zijn. Dat zou ervoor zorgen dat ziek niet meer betaalt voor gezond, maar dat via een inkomensafhankelijk systeem iedereen naar draagkracht betaalt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Ik heb u drie keer gehoord, mevrouw Voortman. Wij gaan weer even luisteren naar de heer Bashir.

De heer **Bashir** (SP): Voorzitter. Ook Moniek Falke heeft gereageerd. Moniek zegt: «Ik werk met mensen met een verstandelijke beperking. Zij worden al van alle kanten gepakt. En nu ook dit er weer bij. Dit gaat voor veel mensen betekenen dat ze geen zorg meer gaan afnemen waar dat eigenlijk wel heel hard nodig is. Ziekte is geen keuze, dus zo'n eigen risico pakt de verkeerde mensen aan. Uiteindelijk komt het als een boemerang teug, omdat de ziekte niet vanzelf weggaat en alleen maar erger wordt en dan grotere en dus duurdere maatregelen vraagt.» Moniek is zelf gelukkig in wat betere financiële omstandigheden. Ze zegt: «Maar ik zal wel eerst drie keer nadenken voor ik gebruikmaak van zorg. Dit is ook niet alleen

maar slecht. Echter, ik ging er al zo zuinig mogelijk mee om!» Graag hoor ik van de minister wat zij ervan vindt dat mensen met een beperking weer geraakt worden.

Harry Schoonewille schrijft dat hij en zijn vrouw jong zijn. Toch zijn beiden getroffen door respectievelijk een herseninfarct en hartfalen. Beiden zeggen om goed te kunnen functioneren levenslang medicijnen te moeten gebruiken. Harry schrijft: «Steeds vaker vallen die medicijnen onder het eigenbijdrageregime. In de eerste twee maanden van het jaar hebben we ons eigen risico opgemaakt. Ik krijg de indruk dat het eigen risico is ingesteld om het medicijngebruik tegen te gaan en mensen na te laten denken over wat ze zoal slikken en gebruiken. Met ons zijn er velen die daarin geen enkele keus hebben. Het eigen risico voelt dan ook als een ordinaire lastenverzwaring. Verzekeringen innen de kosten dus ook maar even in een keer en sturen een acceptgiro, die je dan even binnen veertien dagen dient te voldoen. CZ heeft nu gelukkig de mogelijkheid het eigen risico per maand te voldoen. Dus gewoon het bedrag gedeeld door twaalf maanden. Het eigen risico betekent voor ons een premieverhoging, waarvan we nu al weten dat we die in 2013 ook weer in januari moeten betalen. Zorg en medicijnen afzeggen is géén optie. Dit kan levensgevaarlijk zijn. Wij verdienen beiden een goed salaris. Maar zo langzamerhand is de rand van het acceptabele bereikt. Steeds vaker staan we rood en moeten dan bijvullen, vanuit het vakantiegeld of een einde jaaruitkering.» Graag hoor ik van de minister wat zij ervan vindt dat mensen geen keuze hebben, dat mensen die hun leven lang medicijnen moeten slikken en het nu al financieel steeds moeilijker hebben, straks een nog hoger eigen risico moeten betalen. Is de grens eigenlijk niet al bereikt?

Ing. O. Wieber legt de vinger op de zere plek. Het verhogen van het eigen risico is namelijk geen bezuiniging, maar een ordinaire lastenverhoging. Ik citeer: «De burger is één grote melkkoe! Deze bezuinigingsmaatregel is een voorbeeld van een weinig doordacht plan dat het begrotingstekort moet terugdringen en geen stimulans is voor economische stimulering. Er wordt hierbij geenszins rekening gehouden met de zwakkeren binnen onze samenleving. Het voorstel van uw SP vind ik daarom ook een prima plan, door een inkomensafhankelijk zorgpremie in te stellen.»

Ook vindt Wieber dat gekeken moet worden naar de zorgverzekeraars. Wieber heeft een sterk vermoeden dat prijzen kunstmatig hoog worden gehouden. «Laat Hans Hoogervorst (van die verschrikkelijke VVD), die in het verleden dit nieuwe zorgstelsel heeft bewerkstelligd, op het matje komen. Op korte termijn zullen door concurrentie de premies omlaag gaan, stelde Hoogervorst. Ik zie hiervan niets terug. Wegens mijn astma en bronchitis heb ik jaarlijks tussen de € 300 en € 400 aan medicijnen nodig. Verder kerngezond en daardoor weinig kosten, behoudens controle tandarts. Ik heb hierdoor gekozen voor een maximaal eigen risico, waardoor de premie het laagst is. Maar ik weet wat voor invloed de huidige omstandigheden ten aanzien van de zorgverzekeringen op mensen heeft. Schandalig! Nederland mag zichzelf geen zorgstaat meer noemen, omdat in de eerste plaats op veel noodzakelijke zorg het eigen risico van toepassing is. Terwijl je ook maandelijks premie betaalt en belangrijke zorg hiermee buiten de premie kosteloos gegarandeerd zou moeten zijn! Ik ben boos over hoe de Nederlandse regering ook hierbij met haar volk omgaat. Respectloos en beperkte langetermijnvisie. Den Haag zuigt de Nederlandse bevolking binnen korte tijd financieel helemaal leeg. Hoe wil je dan in vredesnaam daarna economische groei stimuleren, als er eerst door Jan Modaal gaten in de gezinsbegroting moeten worden gedicht?» Is de minister zich ervan bewust dat het invoeren van een maatregel die na de verkiezingen nog teruggedraaid kan worden, mensen onnodig in onzekerheid stort? Is dit de manier om de economie te stimuleren?

Voorzitter. Omdat elders een debat plaatsvindt over de belastingmaatregelen van de Kunduzcoalitie, word ik ook in een andere zaal verwacht. Ik laat het dus hierbij.

De **voorzitter**: Wij zullen dat verlies proberen te dragen.

De heer **Ulenbelt** (SP): Voorzitter. Als je in 48 uur 2 600 mailtjes krijgt van bezorgde burgers, is er wel wat aan de hand in het land. Om van mevrouw Voortman niet het verwijt te krijgen dat ik censuur pleeg, zal ik de mailtjes die wij gekregen hebben, integraal voorlezen, inclusief de vragen die wij gesteld hebben, zodat daarover geen misverstand kan bestaan.

Ik begin met Annemieke. Wij hebben gevraagd: wat vind je van de verhoging? «Ik vind het te bizar voor woorden.» Wij vragen haar wat de verhoging voor haar betekent. «Dat ik nu al moet gaan sparen om het volgend jaar te kunnen betalen. Ik ben elk jaar in maart al mijn eigen bijdrage kwijt omdat ik veel medicijnen slik. Daarnaast ben ik 100% afgekeurd; dat is financieel ook al geen vetpot. Het is echt abnormaal.» De derde vraag die wij aan de mensen stelden, was: hebt u nog overige opmerkingen? Annemieke schrijft: «Als de artsen nu eens wat minder verdienen, hoofdzakelijk de specialisten, dan konden de normale burgers, die al niet op hun ziekte zitten te wachten, eens een keertje niet gepakt worden. Als je al niet depressief wordt van chronisch ziek zijn, dan word je het wel door deze maatregelen. Maar nee, je kunt niet depressief worden, want je moet € 200 gaan betalen voor de psychiater. Mensen die meer dan € 50 000 per jaar verdienen, zullen het misschien niet missen, maar het bedrag van € 220 aan eigen risico van nu is al haast onbetaalbaar voor chronisch zieken en dan gooit de regering het nog een keer omhoog. Wat een zorgstaat! We gaan terug naar 1 900, toen ook alleen de rijksten een arts konden betalen.» Kan Annemieke een reactie krijgen van de minister?

De volgende mail is van R.E. van Kouteren. De vraag was: wat vind je van de verhoging? «Belachelijk! Ziek zijn overkomt je, daar kies je niet voor. Dit wordt een drama voor degenen die toch al niets of weinig te besteden hebben.» Wat betekent het voor je? «Dat ik langer met mijn medicijnen voor astma moet gaan doen en het dus vaker benauwd zal hebben, omdat ik vanwege de kosten mijn puffjes moet gaan doseren. Dat zal betekenen dat ik op mijn werk mijn collega's vaker zal moeten zeggen dat zij de zware spullen moeten dragen voor mij. Voor mij voelt dat alsof ik mijn collega's in de steek laat. Niet fijn dus.» Bij de overige opmerkingen schrijft de heer Van Kouteren: «Asociaal en een beschaafd land onwaardig. Tegenhouden deze ellende!» Ik vraag de minister om een reactie op de mail van de heer Van Kouteren.

De volgende mail is van Johan Damen. De vraag die wij hebben gesteld, was: wat vind je van de verhoging? Zijn antwoord was: «Uitermate onverstandig, gezien het feit dat al heel veel mensen zelfs de € 220 niet kunnen betalen. En dat zijn er heel veel, gelet op de claims van deurwaarders.» Wat betekent het voor je? «Ik ben door mijn leeftijd – ik ben 62 jaar – van een zeer goede baan in een uitkering beland. Zo gaat dat in dit land. Het zou voor mij desastreus zijn, gelet op het feit dat ik straks qua pensioen ook niet veel meer onderhoud.» Bij overige opmerkingen schrijft de heer Damen: «Eigen risico en premiebetaling in het algemeen moeten inkomensafhankelijk worden. Wie meer verdient, betaalt naar verhouding meer. Dat noemen ze solidariteit, maar die is hier nu ver te zoeken. Het vijfpartijenakkoord is voor mij een lachertje en roept meer armoede dan koopkracht op. Ik besef wel dat er iets moet gebeuren. Het moet echter redelijk gericht zijn naar inkomsten en bovendien moet men proberen om mensen aan het werk te zetten, ook die van 62 jaar», aldus Johan Damen. Kan de minister een reactie geven op deze mail van Johan?

Nu volgt de mail van Nel. Op de vraag: «Wat vind je van de verhoging?» antwoordt Nel: «Schandalig. Ik heb een uitkering en betaal al zo veel. Wij hoorden dat de zorg 58 mld. per jaar kost. Ik vraag mij af wat er binnenkomt aan premies. Dat zou wel gecompenseerd worden, maar daar hoor je nog niet echt veel over. Ik ben altijd mijn eigen risico kwijt, wat al een enorme slag toebrengt.» Op de vraag: «Wat betekent dit voor je?» reageert Nel als volgt: «Ik zou niet weten waar ik het vandaan moet toveren. Ik heb een uitkering van € 880. Met mijn woontoeslag komt dit samen op € 1 130 uit. Daar gaat alleen al € 554 huur vanaf, € 145 aan gas en licht, € 111 aan premie en ik ben altijd het eigen risico kwijt. Daarnaast betaal ik begrafenispremie, water, brandverzekering, tv en internet, waar je echt niet meer buiten kunt. Kun je nagaan wat ik overhoud om te eten, laat staan om nieuwe schoenen, ondergoed en kleding te kopen. Ik hoop echt dat jullie er wat aan gaan doen, want ik weet het niet meer.» Nel wenst ons met vriendelijke groeten succes. Haar overige opmerkingen zijn: «Het is de doodsteek voor mensen zoals ik, maar ook voor de werkenden met een middeninkomen en een gezin.» Ik vraag de minister om een reactie op deze boodschap van Nel.

Ik kom nu op de mail van de heer Van Tulden. Op de vraag «Wat vind je van de verhoging?» antwoordt hij: «Met deze maatregel worden nagenoeg uitsluitend de ouderen getroffen, aangezien deze mensen gemiddeld genomen meer gebruik van medicijnen maken dan jongeren. Per saldo betekent dit dus een lastenverzwaring voor 65-plussers van € 130 en voor een echtpaar nog meer.» Op de vraag: «Wat betekent dit voor jou?» antwoordt hij: «Aangezien zowel mijn vrouw als ik gebruikmaken van medicijnen, betekent deze maatregel een lastenverzwaring van € 230 per jaar, naast een inkomensdaling van 6% door de verlaging van de pensioenuitkering en een in de loop van de laatste vijf jaar reeds opgelopen achterstand in inkomen vanwege het niet indexeren van de pensioenen die 8% koopkracht kost. Alles bij elkaar spreken wij dus over een teruggang in inkomen van meer dan 15%. Wie spreekt er dan nog over rijke gepensioneerden? Aangezien vooral ouderen door deze maatregel worden getroffen, is hier zeker geen sprake van het eerlijk verdelen van lasten.» Ik vraag een reactie van de minister op deze boodschap van de heer Van Tulden.

Het volgende bericht is van Wendy Kievit: «Ik ken ongelofelijk veel mensen die jaarlijks de bijdrage kwijt zijn. Zij worden dus allemaal in de portemonnee getroffen. Gelukkig geldt dit sinds kort niet meer standaard voor mezelf, maar ik weet dat dit in een oogwenk kan veranderen. Ik heb het dan ook helemaal gehad met onze reguliere zorg die enkel deelaanpakken kent. Onze gezondheidszorg wordt door het putje getrokken. «Zorg is voor de rijken» schijnt het motto te zijn. Wij zakken steeds meer af naar het Amerikaanse stelsel, terwijl de Amerikanen daar juist zelf weer wanhopig proberen uit te komen. Waarom moet die eigen bijdrage omhoog? Wij betalen ons nu al scheel per maand. Ik heb door de afgelopen verhogingen al besloten om mijn tandartsverzekering te laten vallen. Het normale zorgpakket is al een ongelofelijke belasting op ons budget. Ik vraag mij echt af hoelang dit goed kan gaan. In de landen om ons heen gaat het een stuk beter met de zorg. Hoe kan dat? Zouden wij gewoon eens moeten stoppen met het spekken van onze farmaceutische machine? Ik denk dan vooral even in de richting van de grieprik en het fiasco met de Mexicaanse griep. Is het niet opvallend dat landen die dit niet kunnen betalen, een gelijk, zo niet lager, dodenaantal hebben? Zouden daar de ouderen niet bij bosjes moeten neervallen, omdat zij geen grieprik krijgen? Dat gebeurt dus niet. Laten wij maar eens kijken naar zinvolle bijdragen in de zorg dan voor miljarden weg te gooien aan ziekenmakende cocktails, die niet eens kunnen waarborgen dat je niet ziek wordt, maar dat het minder heftig zou zijn als je ziek wordt.» Ik herhaal mijzelf, maar ik vraag ook een reactie van de minister op deze boodschap van Wendy Kievit.

Martin de Vos e-mailde ons ook. Wij vroegen hem: wat vind je van de verhoging? Zijn antwoord luidt als volgt. «Ik heb altijd geleerd dat, indien ik tekort kom, ik zuiniger met mijn geld moet omgaan in plaats van er meer bij te vragen. Verhoging van het eigen risico is belachelijk.» Wat betekent het voor jou? «Ik heb het financieel en qua gezondheid goed, maar ik ben wel van mening dat iedereen recht moet hebben op goede en betaalbare zorg. De trend die nu gezet wordt, houdt straks in dat er steeds meer mensen zijn die goede zorg niet meer kunnen betalen. Dat lijkt me een slechte zaak.» Zijn overige opmerkingen luiden als volgt. «Ziekenhuizen moeten omzet draaien. Elke behandeling wordt betaald. Ziekenhuizen zullen zo veel mogelijk behandelingen doen om zo veel mogelijk omzet te draaien. De hoofdtaak van een ziekenhuis zou het genezen van mensen moeten zijn en niet het genereren van omzet. De zorgverzekeraars of burgers moeten direct betalen. De rekening komt dan uiteindelijk toch bij de burger terecht.» Ik krijg ook graag een reactie van de minister op de e-mail van Martin de Vos.

De volgende e-mail is van Ton. Hij antwoordt het volgende op de vraag: wat vind je van de verhoging? «Te gek voor woorden! Bezuinigen op de gewone man. Ja, dat is makkelijk. We kunnen nu al niet meer op vakantie. En met die € 350 kan er helemaal niets meer. Zelfs het houden van ons hondje wordt dan al een last. Doe het als in Zweden: je betaalt een beetje extra belasting en alles gaat via de overheid. Weg met die zorgverzekeraars.» Wat betekent het voor jou? «Er valt niets meer extra te doen. Geen cadeaus voor de kinderen, minder kleding kopen, enfin: op alles en alles bezuinigen. Wij zijn 76 en 73 jaar. Wij hebben ons hele leven gewerkt, geen dag zonder werk, geen cent nodig gehad als WW of iets dergelijks, geen huursubsidie gehad of wat voor subsidie dan ook. En nu het met de banken slecht gaat, wat zij zelf hebben veroorzaakt, kunnen wij het ophoesten. Vreselijk allemaal. Je kunt maar beter dood gaan, maar zo'n pilletje zit helaas niet in het zorgpakket.» Dat schrijft Ton van 76 jaar. Graag krijg ik van de minister een reactie op de boodschap van Ton. Wij hebben alle mensen gevraagd of wij hun naam mochten noemen. Een aantal mensen wilde niet dat hun naam werd genoemd, maar die namen zijn bij ons wel bekend. Ik lees nu nog een aantal anonieme reacties voor, hoewel de volgende reactie wel weer op naam is. Ik ga eerst verder met een anonieme reactie, maar de naam van diegene is dus wel bij de SP bekend. Diegene antwoordde het volgende op de vraag: wat vind je van de verhoging? «De zorgkosten gaan omhoog en dan moet men eens kijken welke kosten dat zijn. Veel specialisten laten patiënten geregeld terugkomen, terwijl dat eigenlijk niet nodig is. Ik heb het vermoeden dat meer wordt gedeclareerd dan werkelijk het geval is. Te veel voorgeschreven medicijnen worden vernietigd bij niet-gebruik. Ik kan zo nog honderden ideeën noemen waarop bespaard kan worden.» Wat betekent het voor jou? «Na 42 jaar gewerkt te hebben en nu het bedrijf waar ik gewerkt heb failliet gegaan is, zit ik met 62 jaar op bijstandsniveau. Het is tellen en kijken waar ik nog op besparen kan. Brood kopen van gisteren. Ik koop vlees dat is afgeprijsd. Ik koop geen A-merken enz. Als daar straks ook nog overal 2% btw-verhoging bijkomt, weet ik echt niet meer hoe ik het doen moet. Laat ik nog zwijgen over de verhoging van het eigen risico. Werk krijgen met 62 jaar is bijna onmogelijk. Als het wel mogelijk is, dan krijg je een loon dat gelijk is aan de bijstand, zodat we nog niet uit de problemen zijn. Het is triest: 40 jaar betaald hebben, nu je gebreken krijgen en in een hoekje gedumpt worden. Dit zijn maatregelen die je bijna noodzaken om een einde aan je leven te maken. Laat de grootverdieners in Den Haag eens drie maanden van een uitkering leven. Dan weten ze pas wat het betekent.»

Een overige opmerking van deze anonieme mailer: «Wat ben ik blij met de euro. Wij zijn er na de invoering van de euro steeds verder op achteruitgegaan. Alles is duurder geworden. Voor het guldenteken is nu het euroteken in de plaats gekomen. Nog meer bestuurders in Brussel erbij.

Wat daar allemaal verspild wordt ... Het is een schande als op de oudere zieke bespaard moet worden. Geef dan een pil uit die een einde maakt aan ons leven. Een tip voor de jongens in Den Haag is een uitspraak van jaren geleden van Henry Ford: ik kan produceren wat ik wil, maar als ik de mensen het geld niet geef om mijn producten te kopen, hoef ik niet te produceren.» Hij besluit: «Ik heb geen zin meer in dit leven en ik hoop dat Onze-Lieve-Heer mij snel komt halen, zodat ik geen slapeloze nachten meer heb over hoe ik alles moet betalen. Dan heb ik de eeuwige rust.» Ik vraag de minister om ook op deze anonieme mail te reageren.

Wilma stuurde ons ook een mail. De eerste vraag was weer: wat vind je van de verhoging? «Schandelijk. Je wordt gestraft voor ziekte, terwijl dit toch echt geen keuze is. Ziektekosten moeten gedeeld worden op basis van solidariteit. Zorg moet voor iedereen beschikbaar snel zijn, niet alleen als je veel geld hebt.»

De volgende vraag: wat betekent het voor jou? «Voor ons gezin zijn wij driemaal het eigen risico kwijt. Wij betalen dus elk jaar driemaal € 350. Dit is een behoorlijke aanslag op ons gezinsinkomen. Mijn man gebruikt chronisch medicatie, in verband met niet-aangeboren hersenletsel. Ikzelf gebruik chronisch medicatie in verband met depressies. Onze zoon heeft veel lichamelijke klachten en heeft ook chronisch medicatie nodig. Daarbovenop komt nog drie keer de eigen bijdrage voor de ggz. Door wachtlijsten en vertraging in de ggz en daardoor wachten op diagnose kon nog geen Wajonguitkering worden aangevraagd voor mijn zoon. Die krijg ik nu pas per juli.»

De overige opmerkingen. «Ik vind het een verkeerd signaal dat gebruikmaken van zorg een eigen risico heeft. We worden gewezen op het belang van preventie en tijdige medische zorg, maar worden vervolgens gestraft door een eigen risico. Zo werk je zorgmijders in de hand. Goede zorg is op deze manier niet meer beschikbaar voor iedereen, maar alleen voor mensen met geld.» Ik vraag de minister om een reactie te geven op deze mail van Wilma.

De volgende mail komt van Marjon Takken. Wij vroegen haar wat zij van de verhoging vindt. «Ik vind het een armzalig idee. Mijn gezin heeft nu al een zorgverzekering die er telefonisch voor uitkomt zich te richten op jonge mensen van 18 tot 45 jaar. Dat wordt volgend jaar weer een andere zorgverzekering, want deze vergoedt ook geen kronen en bruggen. Eenmaal naar de tandarts betekent dus dat je meteen al door je eigen risico bent. De basiszorgverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn al uitgekleeft. Waarom zou je met zo'n eigen risico nog een verzekering afsluiten? Aan de andere kant, wij worden ook steeds ouder en wij hebben dus meer nodig. Ik wil niet zeggen dat het met het ziekenfonds en particulier verzekeren goed was, maar het was in ieder geval niet slechter. Iedereen was verzekerd, geen gedoe met je verzekering niet meer kunnen betalen – nu wel bij veel mensen – en je wist dat als je een bepaald inkomen had je automatisch particulier verzekerd moest zijn. € 350 per persoon eigen risico, forensen-/ov-belasting en wij werken allebei fulltime, maar rondkomen? Verhoging eigen risico?» Een heel slecht idee voor veel Nederlanders en een oplossing is het niet, aldus Marion Takke. Wederom vraag ik de minister te reageren op de boodschap van Marion Takke.

De volgende is Liesbeth Nieuwenhuizen. Wat vind je van de verhoging, was de vraag. Haar antwoord: een slechte zaak. «Mensen zullen aarzelen goede hulp te gaan zoeken in verband met de kosten. Het kan op een andere manier: medicijnen in minder grote hoeveelheden verstrekken zodat verspilling tegengehouden wordt. Ook het eeuwige verwijzen naar de huisarts is een overbodig kostenplaatje. Wanneer je al bij een specialist bent, moet je niet nog eens opnieuw een verwijsbrief hoeven vragen bij een arts die het toch al zo druk heeft.» En wat betekent het voor jou? «Ik ben meer kwijt aan zorgkosten en moet nu meer betalen voor de noodzakelijke fysiotherapie die ik wegens mijn slechte rug niet kan missen. Ook bij ouder worden heb je helaas vaak meer consult nodig, ook

al doe je zo veel mogelijk zelf.» Wil de minister ook een reactie geven op de mail van Liesbeth Nieuwenhuizen?

De vraag aan Ton van Empel was wederom: wat vind je van de verhoging? «Schandalig, het was al extreem eerder verhoogd en als dit doorgevoerd wordt, zal dit direct invloed hebben op mijn financiële situatie. Het is inderdaad socialer om het inkomensafhankelijk te maken.» En wat betekent het voor jou? «Het betekent dat ik, en velen met mij, het niet meer kan betalen en dat ik dus niet meer gebruik kan maken van de medicijnen die ik dagelijks nodig heb.» Zijn overige opmerkingen: «Ik ben 60 jaar, ik ben vorig jaar ontslagen doordat mijn werkgever failliet is gegaan, er zijn geen banen beschikbaar en mijn financiële situatie is dermate veranderd dat ik niet meer kan rondkomen. Elke euro wordt diverse malen omgedraaid en dus zal deze verhoging een enorme impact hebben op mijn uitgavenpatroon. Deze maatregel is asociaal en treft alleen de toch al geteisterde groep in Nederland.» Aan de minister vraag ik om ook te reageren op de mail van Ton van Empel.

Voorzitter. Dit is maar een kleine selectie uit de 2 600 mails die zijn binnengekomen, maar wij zijn hier nog niet klaar. Ik weet niet of u het weet, maar de volgende spreekster van de SP-fractie is Nine Kooiman. Wat mij betreft, roept u haar nu op.

De **voorzitter**: Kan ik dit nog weigeren? Het woord is aan mevrouw Kooiman van de fractie van de SP.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Voorzitter. Wij spreken vandaag met name over de verhoging van het eigen risico. Daar gaan al onze mailtjes over die wij allemaal voorlezen, zoals u al gehoord hebt. Ik vind het een hele eer. Ik ben namelijk volksvertegenwoordiger. Vandaag mag ik mijn beroep in zijn zuiverste vorm uitoefenen, want ik mag vandaag al deze mailtjes voorlezen. Ik mag hen vertegenwoordigen en ik ben blij dat jullie er allemaal zitten om dat te horen, want het is een belasting op ziek zijn. Het gaat niet alleen maar over de laagste inkomens, zoals mevrouw Voortman zei, die gecompenseerd worden. Laten wij wel wezen. Maar 10% is gecompenseerd. Zoals mijn collega Renske Leijten al zei: waarom zullen wij eigenlijk geld rondpompen, als wij het ook inkomensafhankelijk kunnen maken? Waarom regelen wij het niet gelijk goed? Ik heb een heel aantal voorbeelden van mensen die gewoon werken, een gewoon inkomen hebben, die het heel hard treft, zonder compensatie. Het heeft heel grote gevolgen, die ik graag aan de Kamer wil voorleggen. Zoals bekend is een aantal vragen voorgelegd: wat vind je van de verhoging van het eigen risico, wat betekent dit voor jou en hebt u nog overige opmerkingen? Ik zal alles zo precies mogelijk proberen voor te lezen, beginnend bij Evelien. Evelien zegt: «Op deze manier stijgen de zorgkosten alleen maar. Als de eigen bijdrage nog hoger wordt, wordt de financiële drempel om een beroep te doen op de gezondheidszorg alleen maar hoger, met als gevolg dat niet alleen ik, maar ik denk heel veel mensen met mij te lang wachten met naar de huisarts stappen en dat de klachten alleen maar erger worden, klachten die met duurdere behandelingen verholpen moeten worden. Zoals ik hierboven al schreef, wordt de drempel voor mij alleen maar hoger om een beroep te doen op de gezondheidszorg. Wat mij dan aan het hart gaat, is dat mensen die er niet voor kiezen om afhankelijk te zijn van de gezondheidszorg, dus de chronisch zieken, uiteindelijk de dupe worden van alle bezuinigingsmaatregelen. Ze zouden juist ontzien moeten worden. Ik vind het niet kunnen dat mensen die ongezond leven en een verhoogd risico hebben op gezondheidsklachten, geen extra belasting hoeven te betalen over de gezondheidszorg. Dit stimuleert mensen ook niet om hun leven te veranderen. Zelf eet ik gezond, sport ik veel, rook ik niet en kan er beter gekeken worden naar hoe je mensen kunt stimuleren om gezond te gaan leven. Begeleidingstrajecten en korten op zorgpremie. Daar halen alle

partijen de winst uit, denk ik.» Dat alles zegt Evelien. Ik vraag de minister om een reactie te geven op de brief van Evelien.

Zoals ook al gezegd, heeft een aantal mensen aangegeven dat ze niet met naam en toenaam genoemd willen worden. Dat zijn mensen die bij ons ook bekend zijn. Zo'n anonieme brief zal ik voorlezen. «Het is een gemiste kans om de zorg efficiënt te maken. Op dit moment gebeurt het nog steeds: als je bij twee verschillende specialisten onder behandeling bent, moet je dezelfde dure onderzoeken ondergaan. Het is beter als artsen met elkaar communiceren wie nou wat doet. Kostenbesparend en minder belastend voor de patiënt. Onlangs maakte ik persoonlijk het volgende mee. Mijn schoonmoeder moest een hartfilmpje laten maken in het ziekenhuis. Naar aanleiding van het filmpje werd ze doorverwezen naar de cardioloog. Er werd twee weken later weer een hartfilmpje gemaakt in hetzelfde ziekenhuis. Dit gebeurt wel vaker. Als de politiek onder andere dit soort zaken durft aan te pakken, kan de zorg wel goedkoper worden. Daarnaast heb ik een chronische ziekte en moet ik mij aan een bepaald zeer duur dieet houden. Doe ik dat niet, dan word ik meteen ziek. Zo word je dubbel gepakt. Voor mij persoonlijk zijn de gevolgen groot. Ik neem namelijk geen aanvullende verzekering meer. Dat heeft dus ook gevolgen voor de verzekeraar: minder inkomsten. Ik ga mijn levenlang zuinig om met mijn lijf, maar ik heb een chronische ziekte. Ik word, en velen met mij, dubbel gepakt.» Graag een reactie op deze anonieme mail.

Dan hebben we het voorbeeld van Riek. Op de vraag over wat de verhoging van het eigen risico betekent zegt ze: «Het is asociaal en niet solidair met de zwakkeren in deze samenleving. Als de banken verkeerd met ons geld omgaan, hoeven wij daarvoor toch niet extra gestraft te worden? Dus ik ben gewoon tegen. Dat betekent voor mijn man, want die heeft kanker, en mij – ik ben bedlegerig en heb last van polineuropathie – dat er in januari € 700 extra van mijn rekening wordt afgeschreven, en dit terwijl wij al € 600 aan ziektekosten en eigen bijdragen per maand moeten ophoesten. Het is voor ons lichamelijk, sociaal en financieel geen pretje meer. Kan er alsjeblieft meer rekening gehouden worden met de opeenstapeling van ziektekosten voor ernstige en chronische zieken? Mijn man zei, toen hij het hoorde van alle bijdragen: ik word gestraft op alle fronten, ten eerste omdat ik kanker kreeg. Die straf vond ik op zich al zwaar genoeg. Het is daarom een zonde dat Den Haag mij nog verder moet kaalplukken. Waarom? Laten we de JSF-aankoop maar annuleren. Bezuinigingen zijn geen lastenverhoging, maar minder uitgeven.» Graag een reactie van de minister op de brief van Riek.

Ook Jo heeft ons geschreven. Jo zegt: «Zoals veel dingen, het is niet bezuinigen, het is gaten dichten met het geld van de burger. Als ondernemer spreek ik veel met andere ondernemers. Zeker zzp'ers zitten vaak ontzettend krap. Met de nieuwe verhogingen van van alles en nog wat, die men steevast bezuinigingen noemt, zoals het eigen risico in de zorg, wordt het alleen maar erger. Zelf heb ik twee studerende kinderen, waar ik de zorgkosten voor betaal. Als wij alle vier naar de dokter moeten, ben ik straks € 1 400 kwijt. Waar moet ik dat van betalen? De ene krijgt straks ook nog een langstudeerboete, omdat zij is overgestapt naar een andere studie. Dat wordt nog eens € 300 extra. U mag dan in de Tweede Kamer denken dat wij het nog steeds goed hebben, maar het wordt snel al heel veel minder. Toen ik mijn vader verzorgde bij mij thuis, die een vasculaire dementie had, kwamen hier allerlei mensen over de vloer, zoals verzorgsters. Daar was ik op zich blij mee, maar er kwam ook een geheugenteam, bestaande uit een verpleeghuisarts, een maatschappelijk werker en nog wat mensen. Die kwamen mij vertellen dat mijn vader dement was. Joh, dat wist ik zelf ook. En hoe ik hem moest verzorgen, maar dat hadden de verzorgsters toch al uitgelegd? Kunnen wij op dat soort overdreven clubjes niet bezuinigen? Ze lopen toch altijd alleen maar in de weg tijdens de zorg en als ik daarmee bezig ben, heb ik toch geen tijd voor kletspraatjes.» Graag een reactie van de minister op de brief van Jo.

Dan een brief van G.H. de Grutter. Het is een stel en zij schrijven: «Wij zijn 70 jaar en hebben een aanvullend pensioen van € 240. Wij hebben ploegendiensten in de papierindustrie in Eerbeek gedraaid. Het bedrijf is twee keer failliet gegaan en daardoor hebben wij helaas een laag pensioen. Ons is daar wel een kunstje mee geflikt. Mijn vrouw heeft reuma en daarom ook een scootmobiel en daarom hebben wij onze eigen bijdrage al opgemaakt. Mijn vrouw moet ook naar een revalidatiecentrum en ook daar hebben wij een eigen risico voor. Verjaardagen vieren met de vier kleinkinderen zit er gewoon niet meer in. Wij hadden ons echt een zorgeloze oude dag voorgesteld, maar helaas zit dat er niet in. Ik wil niet dat de politiek ons zo veel dingen ontzegt. Eigen risico en alles naar draagkracht, er is geen ruimte meer voor.» Graag een reactie op het stel De Grutter.

Dan Esther Frissen. Zij zegt: «Ik vind het een verschuiving van het probleem. Dit betekent voor mij als alleenstaand ouder dat ik geen budget meer overhoud om mijn studie aan de Open Universiteit voort te zetten en dat zal niet alleen voor mij gelden. Op grote schaal betekent dit een lager opgeleide bevolking, waardoor de Staat inkomensbelasting in een hogere box misloopt. Gaat het daar nu echt heen met Nederland dat net als in de Middeleeuwen, studeren een recht en een mogelijkheid wordt die slechts voor de gegoede burgerij is weggelegd? Mijns inziens streeft een beschaafd land als Nederland een maatschappij na waarin ieder zich naar beste mogelijkheid kan ontwikkelen en op die wijze maximaal kan bijdragen aan onze samenleving.» Graag een reactie van de minister op de brief van Esther Frissen.

Dan mijnheer Hogenaar. Mijnheer Hogenaar zegt: «Gezond zijn wordt een product. Een product dat alleen maar door zij die er geld voor hebben aangeschaft kan worden. Op sluipende wijze wordt het Amerikaanse model ingevoerd, terwijl Obama met alle man en macht probeert om daar iets tegen te doen en niet voor niets. Zorg is daar alleen weggelegd voor zij die het kunnen betalen. Wij in Nederland hebben kunnen leren van dat model dat niet past in onze zorgstaat. Deze kennis zou de minister ook moeten hebben. Er moet worden gewaakt dat gezondheid en gezond zijn een algemeen goed blijft. Helaas moet ik concluderen dat dit snel weer anders wordt. Ik ben momenteel nog jong en relatief gezond. Politieke beslissingen bekijk ik dan ook nooit enkel op individueel niveau. Het is een gemakkelijke manier van geldwinning. Zo worden mensen die ziek zijn getroffen. Hierbij onze excuses voor dat wij ziek zijn. Wij zijn jonge starters die hun leven willen opbouwen met nog een kleine erbij. Omdat wij beiden werken, gaat dat nog goed. Maar met deze maatregel kan heel veel veranderen. Ik heb zelf een chronische darmziekte en dus ben ik mijn eigen risico al kwijt. Aangezien wij het gezin willen uitbreiden, zal dit ook voor mijn vrouw gelden. Met deze maatregel alleen al gaan wij er per jaar € 260 op achteruit. En dan nog te spreken over de overige maatregelen: kinderopvangtoeslag, de kilometervergoeding, stijgende prijzen van brandstof en levensmiddelen. Het is allang niet meer te doen, omdat we samen werken en kinderen krijgen. Helaas gaat het die kant wel op.» Ik hoor graag een reactie op deze brief.

Voorzitter. Dan Niels Kloosterhuis. Hij zegt: «Zoals de SP ook aangeeft, wordt de rekening van de zorgkosten neergelegd bij de mensen die geen keuze meer hebben of ze wel of niet ziek zijn. Dit terwijl er wel degelijk een keuze is, gezien het feit dat er binnen ziekenhuizen maatschappen kunnen ontstaan met mensen die ver boven de normale salarissen worden ingehuurd. In mijn persoonlijke situatie heeft de verhoging van het eigen risico vele gevolgen. Ikzelf heb een chronische bronchitis waar ik dagelijks medicijnen voor gebruik. Hierdoor kan ik prima functioneren. Omdat ik zelf intensief sport en mijn conditie goed kan houden, heb ik daar geen problemen mee. De medicijnen zijn echter wel noodzakelijk. Ik heb geen keus en moet hiervoor betalen.

Daarnaast heeft mijn vrouw een auto-immuunziekte die zich langzaam ontpopt maar wel vele beperkingen met zich meebrengt, waardoor zij nu zelfs aan de methadon is voor de pijnstilling. Omdat echter nog niet vastgesteld kan worden welke auto-immuunziekte zij heeft, wordt zij ook niet als chronisch ziek gezien. Hierdoor krijgt zij geen enkele vergoeding en moet zij het volledige eigen risico betalen. Hierdoor hebben we dit jaar al in februari twee keer een rekening gekregen waardoor we in een maand € 440 moesten betalen. Volgend jaar is dat zelfs € 700.

Graag zou ik ook nog even kwijt willen wat mij onlangs is overkomen bij de apotheek. Een vriendin moest laatst naar de dokter voor haar pasgeboren kind wegens een lactoseallergie. Omdat de apotheek dicht was, heeft ze eerst speciaal voedsel in de drogisterij Kruidvat gekocht voor € 25. Toen ze het op recept ophaalde bij de apotheek, kostte precies hetzelfde product maar liefst € 75. Ik snap er niets van dat er door de apotheek € 50 bij het product werd opgeteld, wat wij met z'n allen moeten betalen.» Ik vind dit een goed punt van Niels Kloosterhuis en hoor hierop graag een reactie van de minister.

Dan nog een anonieme mail. Deze begint met: «Gewoon een slechte maatregel! Voor mij persoonlijk is het nog wel te betalen. Ik zie tijdens mijn spreekuren als psychiatisch verpleegkundige nu al dat mensen geen medicatie willen omdat zij het moeilijk kunnen betalen. Dat zal alleen maar toenemen als de eigen bijdrage omhoog gaat. Het houdt mensen tegen om noodzakelijke zorg te accepteren. Ik denk niet dat de kosten omlaag gaan, omdat mensen minder consumeren. Echter, op de lange termijn worden mensen ongezonder en gaan de kosten fors omhoog. Ik begeleid mensen met diabetes en hypertensie. Preventie en vroeg behandelen zijn daarbij winst. Als dat onbetaalbaar wordt voor de patiënten, zullen er meer complicaties optreden waardoor de kosten in de gezondheidszorg oplopen. De kwaliteit van leven neemt af, met alle gevolgen van dien.» Ik hoor graag een reactie op deze anonieme brief.

Dan Franceska Wiegman. Zij zegt: «Ik vind dat het eigen risico in de zorg abnormaal is gestegen. Toen dit zorgstelsel er kwam, zou het eigenlijk allemaal goedkoper worden. In mijn gezin is de premie ongeveer gelijk aan het salaris dat ik met mijn parttimebaan verdien. Ik werk dus feitelijk voor het ziekenfonds en de kinderopvang, die trouwens ook niet te betalen is. Tot op heden betekent de verhoging voor mij persoonlijk niet zo heel veel. Elk jaar ben ik weer over het gehele jaar genomen mijn hele eigen risico kwijt. Ik ga bijvoorbeeld niet meer naar de oogarts, want dat moet ik zelf betalen. Waarom? Een consult van tien minuten kost minstens € 70. Ik ga wel naar de opticien. Zo zijn er nog wel meer voorbeelden te noemen. Ik noem een bloedonderzoek. Liever niet, want dat kost ongeveer € 25. Leuk als je zwanger bent en een curve moet prikken, zoals ik vorig jaar. Voor mij zijn er geen vaste kosten voor medicatie, maar ik ga bepaalde medicatie bewust uit de weg omdat ik die simpelweg gewoon niet kan betalen. Het hele eigen risico gaat dus helemaal nergens over. Laat ze eens kijken naar de verspilling en de idioot hoge bonussen in de managementlagen! Volgens mij is daar alleen al heel veel geld te halen.» Graag een reactie op de brief van Franceska Wiegman.

Voorzitter. Guido van Beek schrijft: «Het is een schande. Over de rug van mensen die het niet makkelijk hebben de zogenoemde stijgende kosten terughalen. Pak eerst maar eens een keer de corruptie binnen de zorg aan, te weten de valse declaraties. Tandartsen die zelf hun tarieven mogen bepalen terwijl het tegelijkertijd onmogelijk is om naar een andere tandarts over te stappen vanwege de wachtlijsten. De zo bejubelde marktwerking levert alleen maar een grotere puinhoop op. De verzekeraar bepaalt tegenwoordig welke hulp je krijgt en wat dat gaat kosten. Ik ben elk jaar dit standaardbedrag al kwijt. Wegens de darmziekte colitis ulcerosa die ik op mijn dertiende «mocht» krijgen, ben ik helaas sinds 1996 stomadrager. Uiteraard liever niet, maar dankzij de politici mag ik jaarlijks mijn pakken, zakken en andere hulpmiddelen zelf ophoesten. Ik

krijg niets komma nul terug aan vergoedingen. Stoma's worden namelijk niet gezien als chronische ziekte en daarom mag je daarvoor de volle mep betalen. Ik denk dat Vadertje Staat mij liever dood ziet dan levend. Het kost namelijk gewoon te veel. Misselijkmakend walgelijk, want over twee jaar wordt het misschien wel € 700 of € 800. Ik kan gewoon beter stopen met werken. Ja, zelfs ik werk nog, ondanks mijn stoma.» Ik hoor graag een reactie van de minister op de brief van Guido van Beek.

Voorzitter. Harry Luiks heeft ons ook geschreven. Hij begint gewoonweg met: «Dit is schandalig. Ik spreek nu voor mezelf. Ik heb een AOW en een piepklein pensioentje, samen € 1 500 netto per maand. Mijn echtgenote verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis in een andere gemeente dan waar ik zelf woon. Ik ben volgens de Belastingdienst alleenstaand en heb dus ook geen recht op huursubsidie. Ik mag elke maand € 261,22 aan het GAK betalen. Daar komt volgend jaar nog € 7,50 per dag bij voor het eten en drinken van mijn echtgenote; nog eens € 225 per maand. Ik moet dus alles bij elkaar opgeteld iedere maand € 486 betalen omdat mijn echtgenote in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft. Van die overgebleven € 1000 per maand moet ik nog de huur, het gas, het water, de licht, de telefoon, de ziektekostenverzekering en het internet betalen. Ik houd dus ongeveer € 100 per maand over. Daar gaat ook nog het zak- en kleedgeld van mijn echtgenote vanaf. Dat is ook ongeveer € 100. Ik moet dan nog mijn reiskosten voor het openbaar vervoer ophoesten om mijn echtgenote te bezoeken. Dat is iedere keer 52 km retour. Ik houd hier dus eigenlijk niets over per maand. Geen rode rotcent. Fijn akkoord hebben jullie gesloten. Daarover is echt niet nagedacht. Als mijn echtgenote niet ziek was geworden, hielden wij ruim € 500 per maand over om van te leven.» Ik hoor graag een reactie van de minister op de brief van Harry Luiks. Ik kom te spreken over Carolien. Zij schrijft: «Het is een slecht idee. Ik heb een aantal chronische ziekten waarvoor ik een speciaal dieet moet volgen. Dat alleen al kost heel veel geld. Ik heb kanker gehad en kamp met een aantal gevolgen waarvoor ik hulpmiddelen nodig heb. De kosten daarvan vallen onder het eigen risico, alsof ik er zelf voor gekozen heb. Mijn financiële situatie is verslechterd en omdat ik een glutenvrij dieet moet volgen, heb ik veel extra kosten. Er moeten dus nog meer andere uitgaven worden geschrapd: nog goedkopere boodschappen, nog minder kleding. Ik ben dan meer voor een kleine verhoging van de premies voor de ziektekostenverzekering. De kosten worden dan over iedereen verdeeld, niet alleen over de mensen die ziek zijn.» Ik hoor graag een reactie op de brief van Carolien.

Richard zegt het volgende. «Schande, men betaalt al zoveel om het recht te hebben op basale zorg. Het tandartsbezoek is al een luxe geworden. Ik ben een alleenstaande ouder met een minimumloon en ik moet de periodieke kinderbijslag gaan opofferen aan het eigen risico.» Dat is kort en krachtig, maar ik hoor toch graag een reactie van de minister hierop. Rini zegt: «Als dit doorgaat, zullen wij ons huis moeten verkopen. Wij komen nu al niet meer rond door alle lasten die wij moeten betalen. Hoe komt men erbij dat iedere Nederlander € 40 000 op zijn spaarrekening heeft staan? Het is het toppunt van arrogantie. Alles wat geprivatiseerd wordt, kost alleen maar geld door de directies en de voorzitters. Leuke dingen doen is er helemaal niet bij, hoor. Armoede. Voor ons betekent het geen goede maaltijd meer elke dag, geen leuke dingen meer doen maar vooral de medicijnen niet meer kunnen betalen en gebruiken. Mijn man is hartpatiënt en diabeet en ikzelf heb reuma. Dit kaalplukken van mensen met de krapste beurs moet ophouden. Meer geld om te besteden geeft meer ruimte om dingen en behoeften te kopen, zodat de economie weer gaat draaien. Maar men wil niet zien of snappen. Men denkt dat het klootjesvolk gek is geworden en het gewoon verkeerd ziet.» Ik krijg graag een reactie van de minister op de brief van Rini.

E. Haarsma schrijft: «Het is gewoon ronduit onacceptabel en Nederland onwaardig. Ik weet gewoon niet meer hoe ik het moet betalen. Ik ben

vanaf 1985 afgekeurd en ik moet mijn eigen therapie ook nog betalen. Nog meer zorgbijdrage; ik snap het niet. Ik krijg steeds minder vergoed. Hier klopt toch niets van? Het spreiden van de zorgkosten is een fabeltje. De echte zieken betalen de lasten en hebben de zwaarste lasten. Wij moeten dus eigenlijk alleen maar voor onszelf zorgen en niemand komt meer voor ons op.» Ik krijg graag een reactie van de minister op de brief van E. Haarsma.

Marja schrijft: «Het is een onfatsoenlijke, inhumane en zeer zorgwekkende maatregel, die ertoe zal leiden dat de medische zorg voor grote, snel toenemende groepen burgers met minimale tot modale inkomens onbereikbaar wordt gemaakt. Dit kan niet waar zijn in een beschaafd Nederland. Nederland heeft nota bene altijd de mond vol van mensenrechten in andere landen, terwijl wij ons hier zelf geen zorg meer kunnen veroorloven. Sedert mijn echtgenoot op 50-jarige leeftijd bij de gemeente werd wegbezuinigd, ontslagen, bevindt ons gezin zich in een situatie waarin er geen geld meer is voor medische zorg duurder dan enkele tientjes. Zelfs dan betekent dit al de rekeningen laten liggen, geen gebruik meer kunnen maken van openbaar vervoer, geen kleding en levensmiddelen zoals fruit en vlees meer kunnen kopen en nergens meer heen kunnen. Bij ziekte of bij letsel staan wij reeds nu voor de keuze om te laten behandelen, waarbij een schuld wordt opgebouwd en er nauwelijks eten of drinken kan worden gekocht, of het risico te nemen op zelfherstel zonder medische behandeling of medicatie. Het is een moreel en ethisch volstrekt onhaalbaar, inhumaan dilemma dat een land als Nederland onwaardig is. Wij maken ons erg veel zorgen over de toekomst.» Ik krijg graag een reactie van de minister op de brief van Marja.

Katinka Bechtold schrijft dat zij het een grove schande vindt: «De verhoging naar € 220 vond ik al niet kunnen en dan willen ze het nog verder verhogen. Wij kunnen dit al amper betalen en dan wordt het dus nog hoger. Mijn man is alleenverdiener omdat ik chronisch ziek ben. Ik kon mijn werkzaamheden niet meer uitvoeren en kwam thuis te zitten. Helaas heb ik dus geen inkomen meer, want het is in Nederland al zo krom geregeld dat dat dus zo maar kan. Iemand die er zogenaamd verstand van heeft, beoordeelde mijn medische situatie en vond dat ik wel weer aan de slag kon. Dat ik amper buiten de deur kan komen omdat ik zo ziek ben, daar wordt niet naar gekeken. Wij zijn een gezin dat bestaat uit vijf personen: twee volwassenen en drie kinderen. Zowel mijn man als ik is chronisch ziek. Dat betekent dat mijn man en ik ons eigen risico er zo doorheen jagen, en dan vooral ik. Dat zou betekenen dat wij naast de belachelijk hoge maandelijkse premies van, schrik niet, dit jaar € 310,13 – ik ben namelijk verplicht om de allerhoogste zorgverzekering te nemen want anders worden mijn artsen niet vergoed – een bedrag dat volgend jaar vast hoger wordt, er ook nog eens een keer € 700 bovenop krijgen. Wij moeten nu al iedere maand de eindjes aan elkaar knopen om te kunnen eten. Mijn man zijn inkomen is niet zo hoog, maar te hoog om in aanmerking te komen voor de regelingen. Dus geen compensatie. Daar komt nog eens bij dat ik en mijn dochters last hebben van allerlei allergieën, waardoor wij een speciaal dieet moeten hebben en er nog meer kosten bovenop komen. Wanneer het eigen risico omhoog gaat naar € 350 en de premies nog verder omhoog gaan, zullen wij in forse financiële problemen komen. Het gaat dus totaal verkeerd in Nederland. Wij mogen betalen voor het buitenland en ondertussen gaat het in eigen land steeds slechter. De armen worden steeds armer en redden het gewoon niet meer. Het wordt tijd dat daar iets aan gedaan wordt en daar rekening mee gehouden wordt.» Ik wil graag een reactie van de minister op de brief van de brief van Katinka Bechtold.

Ook Marco Hart heeft ons geschreven. Hij zegt: «Dit is weer eens voorbeeld van hoe er niet bezuinigd moet worden. Wie zijn hier de dupe van? De veroorzakers van de crisis? Nee. De chronisch zieken en de gehandicapten mogen weer kromliggen om het tekort op het zorgbudget

te verkleinen. Het overgrote deel van de groep zorgafnemers heeft het al niet breed en moet elk eurodubbeltje al meermalen elke maand omdraaien om rond te kunnen komen. Kortom, het is een enorm asociale bezuinigingsmaatregel. Op dit moment betekent het voor mij niet of nauwelijks iets. Maar mocht ik straks langdurig ziek worden, dan kan ik niet meer rondkomen. Ik leef van een bijstandsuitkering en ik kan de eindjes net aan elkaar knopen dankzij de hulp van mijn familie. Een grote klap ontvangen, zoals de verhoging van het eigen risico wanneer ik ziek word, is echt niet mogelijk. Het lukt mij nu al niet om nieuwe kleren te kopen, laat staan dat ik straks nog de zorg kan betalen. Dit moet over de verkiezingen heen getild worden. Het liefst zie ik het SP-voorstel om een inkomensafhankelijke zorgpremie in te voeren bewaarheid worden.»

Graag een reactie van de minister op de brief van Marco Hart.

Dan Ernest Maas. Hij schrijft: «Ik vind het asociaal om zieke mensen nog meer kosten te laten betalen dan zij al doen. Ook de verzekering moet hier aangepakt worden en de verhoging van premies ter wille van artsen en medici die steeds meer willen verdienen. Kijk maar naar de directeurs van ziekenhuizen. Die verdienen en buiten mensen uit op een grove manier die niet meer menswaardig is. Ik ben woest. Ik zit in een verkeerde WAO, wat het UWV niet wil rechtzetten waardoor mijn pensioen niet meer klopt. Ik mag nu niets meer zeggen of praten over het UWV, want het zijn gewoon criminelen. Daar komt nog eens een keer bij dat mij vrouw zonder werk zit, na 35 jaar bij de ING gewerkt te hebben. Zij wordt 53 jaar. Als zij in de bijstand komt, krijgt ze niets meer. Dan moeten wij gaan leven van een verkeerde uitkering. Dat betekent voor ons dat wij moeten verhuizen, dat wij de auto weg moeten doen, dat wij niet meer op vakantie kunnen en dat wij geen theater meer kunnen bezoeken. En wij maken geen deel meer uit van de economie, want wij zullen niet veel meer kopen waardoor het nog steeds slechter zal gaan. Het is dus een asociale maatregel. Wij betalen al te veel aan verzekeringen, terwijl we van sommige dingen helemaal geen gebruik meer maken. Maar de verzekering houdt daar geen rekening mee.» Graag een reactie van de minister op de brief van Ernest Maas.

Dan hebben we nog een mooie brief van Arnoud van Gaal. Hij schrijft: «Mensen gaan minder snel naar huisarts, wat leidt tot gevaarlijke gezondheidssituaties die voorkomen hadden kunnen worden bij tijdig ingrijpen. Gezien het feit dat mensen met een laag inkomen over het algemeen in een minder gezonde gezondheidstoestand verkeren dan de meeste mensen met een hoger inkomen, geeft dat in die groep extra risico's.»

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik wil graag even iets rechtzetten. Mevrouw Kooiman zegt dat mensen minder snel naar de huisarts zullen gaan. De huisarts valt niet onder het eigen risico.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Het is goed dat mevrouw Voortman dit rechtzet. Dat vind ik terecht. Wij hebben alle mailtjes – ik vind het goed om dat heel even te zeggen – inhoudelijk bekeken en waar wij die recht moesten zetten, hebben wij dat ook wel gedaan. Het is echter wel het beeld dat leeft bij mensen en dat mag ook wel een keer gezegd worden. Je kunt namelijk wel naar de huisarts gaan – daar hebben al die andere briefschrijvers natuurlijk wel gelijk in – maar die schrijft wel een medicijn voor. Dat gaat wel ten koste van je eigen risico. Het is wel waar wat deze mensen aangeven, dat zij daar wel de dupe van worden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ben er bij mee dat mevrouw Kooiman aangeeft dat dit het beeld is dat leeft. In die zin vind ik het heel nuttig dat wij al deze mails horen. Het is dan wel heel belangrijk dat wij samen aangeven wat nu het echte beeld is. Het echte beeld is dat de huisarts niet onder het eigen risico valt, dat mensen met een inkomen

lager dan € 19 000 hun eigen risico helemaal gecompenseerd krijgen en dat het daarna verder wordt afgebouwd. Naar ik aanneem zal mevrouw Kooiman dus ook duidelijk maken dat deze punten in de mails rechtgezet zullen worden. Naar ik aanneem zal zij deze mijnheer vertellen dat de huisartsenzorg niet onder het eigen risico valt. Naar ik aanneem zal de SP die geruststelling doorgeven.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Ik kan helaas Ernest niet helemaal geruststellen. Het consult bij de huisarts valt inderdaad niet onder het eigen risico, maar mensen weten dat dit niet het enige is. Ik noem als voorbeeld mijn vriend. Hij zit vandaag ziek thuis. Hij gaat straks naar de huisarts omdat hij een oorontsteking heeft. Wij hopen dat hij van de huisarts een antibiotica-kuurtje krijgt. Dat hoop ik echt, want hij is behoorlijk ziek. De antibiotica-kuur moet hij straks wel zelf betalen. Ik geef toe dat wij dat wel kunnen betalen, maar bijvoorbeeld deze Ernest kan dat niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zegt de SP-fractie toe dat zij Ernest laat weten dat het consult bij de huisarts niet onder het eigen risico valt? Dan is hij in ieder geval op dat punt gerustgesteld.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Ik herhaal wat ik al heb gezegd. Wij hebben alle schrijvers een mail gestuurd waarin wij onder andere schrijven dat een consult bij de huisarts niet onder het eigen risico valt. Wij willen echter de maatregelen uit het Kunduzakkoord die leiden tot verslechtingen, echt niet gaan rechtekken voor mevrouw Voortman. De kosten van de medicijnen vallen immers daadwerkelijk onder het verschrikkelijke Kunduzakkoord. Ernest is hierdoor behoorlijk de pineut.

De **voorzitter**: Helder. Mevrouw Kooiman vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Kooiman** (SP): Ik kom bij Arnoud van Gaal. Hij schrijft dat het eigen risico voor de ggz zal worden uitgesteld. Toch worden volgens hem mensen voor het voldongen feit geplaagd dat zij een verhoogd eigen risico moeten betalen. Gemeenten doen er nu van alles aan om dit financieel op te vangen. Dat betekent dat de gemeenten, die toch al minder te besteden hebben, ook nog eens hun burgers financieel moeten ondersteunen, omdat die burgers de dupe zijn van het overheidsbeleid. Arnoud van Gaal schrijft verder: «De armoede zal wederom toenemen, maar mijnheer Rutte mag nog steeds ontkennen dat armoede in Nederland überhaupt bestaat. Dat doet hij samen met een aantal andere mensen van de VVD. Vertel dat maar aan de armen zelf, aan de voedsel- en de kledingbanken, aan de incassobureaus en aan de deurwaarders. Ik moet zelf nog meer op de kleintjes letten. Ik heb een prima baan binnen de ggz, maar ik heb ook een gezin met drie groter wordende kinderen. Het zijn pubers en tieners. Ik ben een eenverdiener. In mijn eentje breng ik geen twee modale salarissen op. € 350 is weer een stapje dichterbij de € 700 die eerder is genoemd. Dat is gewoon niet op te brengen. Bovendien zal ik altijd maagmedicatie moeten blijven slikken. De vergoeding daarvan staat regelmatig ter discussie. Ik ben mijn eigen risico dus bij voorbaat al kwijt. Dit voelt als zeer onrechtvaardig. De verhoging van het eigen risico maakt uiteindelijk de gezondheidszorg duurder. Het anders organiseren van zorg, het terugbrengen van zorg naar de eerste lijn en de uitbreiding van de wijkgerichte zorg leveren wel geld op. Op het vlak van de wijkgerichte zorg zijn op dit moment enorm veel initiatieven. Helaas wordt er niet op dit soort initiatieven gewacht en moet alles in één keer. Initiatieven worden te weinig gestimuleerd door de overheid en zullen mogelijk onvoldoende voedingsbodem vinden en daardoor niet lang kunnen bestaan.» Ik hoor graag een reactie van de minister op de brief van Arnoud van Gaal.

Ik kom bij een brief van Jacques Wagmans. Hij schrijft het volgende. «Ik vind dat de stijgende kosten van de gezondheidszorg te veel en te gemakkelijk over de rug van de zorgbehoevende burger worden verrekend. Ik vind dat wij als bestuurders meer moeten reflecteren op wat we hebben georganiseerd. Wij moeten dus niet de stijgende zorgkosten op een repressieve wijze verrekenen bij de eindgebruiker. Wij moeten als rechtvaardige zorgverleners op zoek gaan naar de causale verbanden. Het is niet zo dat een stijgende vraag per definitie de belangrijkste oorzaak is van een te hoge prijs. De wijze waarop en de mate waarin wij de gezondheidszorg hebben georganiseerd, is daarvoor mede een oorzaak. Die zijn vooral een redenen om te onderzoeken waar wij met minder geld meer kunnen doen. Dus niet alleen de vraag naar zorg, maar vooral het antwoord op de vraag wat wij hebben georganiseerd, is onderwerp van gesprek. Maatschappen, te dure en exclusieve centralistische inkoop van materialen, de salarissen, inefficiënt gebruik van apparatuur, te hoge en te dure kantoorpanden en te hoge bestuurskosten, verkokering, versnippering, bureaucratie, spreadsheetfundamentalisme, overdreven certificeringseisen, dubbele raden van bestuur, marktwerking met al zijn perverse prikkels: om maar een paar onderwerpen te noemen die in aanmerking kunnen komen voor maatregelen waardoor de kosten zullen afnemen. Het moeten andere tijden worden. Het is tijd om het echt anders te doen. Mensen worden zorgmijders; zie de gevolgen van het verhogen van het eigen risico in de ggz. Mensen wachten te lang met een bezoek aan de gezondheidszorg, waardoor klachten en ziektes verergeren en de burger zich de eerste keer veel zieker meldt dan nodig was geweest. De dan in te zetten zorgsystemen zijn dan langduriger, duurder, intensiever en met meer kans op onherstelbaar verlies van lichamelijke of geestelijke functies. Penny wise, pound foolish.

Daarnaast heeft het een psychologisch effect op de zorg als werkgever. Wij hebben al een groot tekort aan mensen in de zorg. Door de zorg zo te belasten met onherstelbaar effect op de eindgebruiker, wordt de zorg een steeds minder interessante werkgever voor de toekomstige werknemer. Je kunt je voorstellen hoe het motiveert als je steeds maar moet herstellen wat beleidsmakers hebben verklooid. Dat houd je even vol, maar na een tijdje brand je volledig op. Dus ik als werkgever ben zeer verontrust. Inkomensafhankelijk maken van de zorgpremies, daar ben ik een voorstander van. Sterke schouders zijn solidaire schouders. Sterke schouders blijven sterk nadat zij iets hebben kunnen betekenen voor de minder bedeeden. Een goed functionerend economisch huis bouw je op een solide fundering.» Graag krijg ik een reactie van de minister op deze werkgever, Jacques Wagmans.

Ingrid Krommenhoek schrijft: «Het is oneerlijk, niet haalbaar voor mensen met een kleine beurs. Hier kan toch niet over nagedacht zijn? Mijn zonen zijn geboren met een zware vorm van autisme en daardoor 100% arbeidsongeschikt en afhankelijk van de zorg en hulpverlening. Ons gezamenlijk inkomen krijgt dus een kostenpost van € 390 op jaarbasis door de verhoging van het eigen risico. Tel daarbij op dat heel veel medicijnen tegenwoordig voor eigen rekening zijn, fysiotherapie grotendeels uit het zorgpakket is gehaald, het aangepast vervoer minder kilometers geeft om te reizen, de hulpverlening steeds verder wegvalt. Wij kunnen het gewoonweg niet meer betalen om mee te mogen doen in deze maatschappij.» Ik zou graag een reactie van de minister willen op de brief van Ingrid Krommenhoek.

Marianne Pol schrijft in haar brief: «Ik vind een eigen risico nooit goed, omdat het mensen met een klein inkomen altijd extra belast, en nu het zo duur gaat worden al helemaal. Mensen met een flink inkomen die de zorg nodig hebben, kunnen het bedrag wel makkelijker betalen, maar mensen met een kleiner inkomen niet. Bovendien zijn veel chronisch zieken en ouderen hier weer eens extra de dupe van. Denk aan diabetici, astmapatiënten, oogziekten, bloeddruk, eczeem et cetera. Voor ons betekent het dat

wij meer moeite gaan krijgen om rond te komen. Alleen mijn partner heeft een inkomen. Tot voor enkele jaren was dit ruim genoeg om van rond te komen. Wij konden zelfs sparen. Nu komen wij nog maar net rond. Een extra verhoging kunnen we er echt niet meer bij hebben, en dat terwijl wij juist zo trots waren dat wij ondanks onze chronische ziektes nooit ergens een beroep op hoefden te doen. Het is dus belachelijk, schandalig en niet eerlijk. Waar is de solidariteit gebleven? Bovendien denk ik dat veel mensen zich niet meer extra laten bijverzekeren, bijvoorbeeld dat zij strakjes ook niet meer naar de tandarts gaan.» Ik denk dat Marianne Pol een goed punt heeft. Ik zou dan ook graag willen dat de minister daarop reageert.

Ook Ton Jansen vindt het belachelijk. «Als je gezond bent, sta je er niet bij stil over wat voor idiote bedragen wij het eigenlijk hebben. Ook het feit dat hetzelfde bedrag voor iedereen gaat gelden, voelt gewoon niet eerlijk. Wanneer je net in de categorie valt die geen zorgtoeslag krijgt maar wel heel hoge kosten heeft, valt dit zwaar. Ik zou zeggen: voer een inkomensafhankelijke heffing in. Ik ben een chronisch patiënt. Ik heb zowel reuma als diabetes. Deze maatregel houdt in dat ik in januari mijn eigen risico al heb betaald. Omdat ik weet dat ik sowieso jaarlijks aan mijn eigen risico kom, heb ik bij mijn zorgverzekering ervoor gekozen om deze kosten al maandelijks uit te smeren. Dit houdt wel in dat ik maandelijks € 185 betaal aan mijn verzekering. Dit wordt maandelijks meer dan € 200. Vergelijking: toen dit nog het ziekenfonds was, was dit € 53. Het is een verkeerd systeem, ook al omdat de lasten voor iedereen zwaar zijn en niet afhankelijk van het inkomen. Mensen met een inkomen van 0,5 mln. lachen hier gewoon om. Mensen met een modaal inkomen krijgen het alleen maar zwaarder.» Ik vraag de minister om een reactie op de brief van Ton Jansen.

Ook de brief van Trees van Antwerpen wil ik graag voorlezen. Zij heeft deze gestuurd aan Renske Leijten. «Beste Renske, de verhoging naar € 350 eigen risico is belachelijk. Ik ga van een minimum-WAO in november over naar een AOW zonder pensioen. Ik denk dat heel veel mensen met mij het moeten doen met een klein budget. Het lijkt wel of je in dit land eigenlijk alleen maar meetelt als je niks mankeert en als je geld hebt. Het ziet er naar uit dat het vakantiegeld vandaag gewoon naar het eigen risico gaat. Treurig. Ik hoop dat het een en ander teruggedraaid kan worden. Met vriendelijke groet, Trees van Antwerpen.» Deze brief heeft Trees gestuurd aan Renske Leijten, maar ik zou het wel eerlijk vinden als we ook de minister vragen om een reactie.

Ik kom bij de brief van Anita de Ruiter. «Geen eigen risico. Ik kan het wel betalen, maar er zijn veel mensen die erdoor in de problemen komen. Door de particuliere zorgverzekering is zorg te veel commercie geworden. Zorg hoort naar mijn gevoel onder de verantwoording van de regering. Deze dient niet uit te besteden opdat er winsten gemaakt kunnen worden.» Dat is kort en krachtig van Anita de Ruiter. Graag een reactie van de minister op deze brief.

Wouter van Dullink zegt: «Ik jaag het eigen risico bijna in de eerste maand er al doorheen. Dat krijg ik in december weer terug. Dat is het rondpompen van geld. Daardoor staat geen plus achter mijn naam dat ik een eigen risico hoef te betalen. Dat scheelt al weer een hoop administratie. Waar ik mij zorgen over maak, is dat de mensen nu geen zorg gaan vragen omdat ze hun eigen risico niet meer kunnen of willen betalen. Ze wachten tot het te laat is. Dan zijn de kosten dus eigenlijk heel veel meer. Het is heel irritant dat ik eerst geld uitgeef dat ik vervolgens weer terugkrijg. Dat is heel raar. Waar was ons sociaal stelsel? Wat hebben we opgebouwd in al die jaren? Door deze maatregel gaan we naar Amerikaanse praktijken en dat wil ik absoluut niet. Gooi bijvoorbeeld de belasting omhoog, maak benzine duurder, gooi desnoods accijns op cola – er staat tegenwoordig meer cola in de super dan alcohol – maar doe

geen eigen bijdrage in de zorg. Daar blijf je vanaf!» Graag een reactie van de minister op de brief van Wouter van Dullink.

Bastiaan is kort en krachtig. «De daadwerkelijke kosten van de zorg worden niet aangepakt, dus het verhogen van de eigen bijdrage is symptoombestrijding. Dat betekent dus hogere maandlasten, aangezien ik zorg gebruik die meer kost dan de eigen bijdrage. Ik ga er dus € 11 per maand op achteruit.» € 11 lijkt misschien weinig voor velen van ons – wij hebben het met z'n allen in deze Kamer heel breed – maar voor heel veel mensen is € 11 net die paar broden per maand die je nodig hebt. Graag een reactie van de minister op de brief van Bastiaan.

Abra van der Velden schrijft: «Ik vind de maatregel niet prettig. Ik merk nu al bij de € 220 dat ik met bepaalde aandoeningen al langer doorloop, met als gevolg een sterker antibioticum dan eerst noodzakelijk was. Dat is niet slim; dat weet ik. Ik houd aan het eind van de maand € 30 over, na huur, boodschappen en verzekeringen. Ik zou mijn reserves dus aan moeten spreken, die bijvoorbeeld bedoeld zijn voor het geval dat de wasmachine kapotgaat. Ook mijn vakantiegeld gaat al in de reserves. Dit betekent dat mijn vakantiegeld dus deels opgaat aan eventueel ziek zijn. Er zijn legio mensen die niet vooruitkijken en er dus geen reserves op nahouden. Zij hebben een dik jaar nodig om de min weg te poetsen bij de verzekeringsmaatschappij. Als deze maatregel doorgaat, waar houdt het dan op? Ik had gedacht dat bij € 220 per persoon de grens al bereikt was.» Ik wil graag een reactie van de minister op de brief van Abra van der Velden.

De volgende mail is van Yvonne Valk. Zij schrijft het volgende. «Is het niet mogelijk om de premie inkomensafhankelijk te maken? Kunnen niet alle artsen in dienst van het ziekenhuis een normaal salaris krijgen? De meeste managers kunnen gewoon weg uit het ziekenhuis. Ik ben zelf 45 jaar verpleegkundige geweest en de verspilling is enorm. Kunnen we bijvoorbeeld de hogere inkomens afschaffen? Ik heb een kennis die dat inkomen absoluut niet nodig heeft en met het geld elke maand haar broers en zussen mee uit eten neemt. Of kunnen wij bijvoorbeeld de kinderbijslag voor de hoogste inkomens inkomensafhankelijk maken? Wij kunnen alle scholen openbaar maken en de regie bij het ministerie van Onderwijs leggen. Als een demente oudere verpleegd moet worden in een zorginstelling, zou het AOW-pensioen eigenlijk naar die zorginstelling moeten. Sorry, ik zit gewoon mee te denken hoe wij uit deze narigheid moeten komen. Eigenlijk ben ik best wel blij met deze tijd, want nu kun je iets goeds doen en iets veranderen. Ik wens jullie heel veel succes!» Ik wens ook de minister heel veel succes, want ik ga haar weer vragen om een reactie te geven, op de mail van Yvonne Valk.

Ik kom op de brief van Jawat. Hij schrijft het volgende. «Het eigen risico van € 220 is al te veel. Ik houd maandelijks niets over door alle lastenverzwaringen. Als het zo doorgaat, kom ik in financiële problemen en heb ik geen financiële ruimte meer. Een kapot raam, een tegenvaller; ik kan dan niet meer aan mijn financiële verplichtingen voldoen. Ik leef al in stress en kan er niets meer bij hebben; ik kan het er niet bij hebben om mijn huis uitgezet te worden. Haal geld bij de bankensector vandaan. Ik heb hard gewerkt voor mijn geld en de banken hebben mijn zuurverdiende centen verkwanseld.» Ik vind dat een leuke suggestie. Graag krijg ik een reactie van de minister op de mail van Jawat.

N.T. Harmsen schrijft in zijn mail: «In de zorg wordt veel geld uitgegeven aan zaken waarvoor het niet bestemd of bedoeld is. Er moet een parlementaire enquête komen naar de kosten van en uitgaven in de zorg. Met een enquête zou alles goed in beeld moeten worden gebracht. Dan kan er op dit soort zaken bezuinigd worden en hoeft het eigen risico niet omhoog. Ik ben fysiek gehandicapt en moet straks nog veel meer zelf gaan betalen dan nu. Mijn medische kosten zijn de hoogste kostenpost die ik momenteel heb. Verder snap ik niet, hoe dit gecompenseerd zal worden voor de mensen met een lager inkomen, zoals ik.» Graag krijg ik een reactie van de minister op de brief van N.T. Harmsen.

De laatste brief die ik zal voorlezen is van Dieneke Milker. Zij schrijft het volgende. «Het is gewoon asociaal, a-so-ci-aal. Het is volstrekt duidelijk wat een verhoging van het eigen risico betekent. De rijken zullen, net als vroeger, geen centje pijn lijden; in veel gevallen zal dit waarschijnlijk letterlijk en figuurlijk gelden. Goede gezondheidszorg is altijd te koop, behalve dus als je een laag inkomen hebt. Dit land wordt geregeerd door mensen die echt geen flauw idee hebben van de kosten, die zelf geen centje pijn hebben noch hebben gehad. Het is zo langzamerhand godgeklaagd.» Het zijn niet mijn woorden, het zijn de woorden van Dieneke. «Er wordt in de gezondheidszorg ontzettend veel geld over de balk gesmeten. Kijk bijvoorbeeld naar de heel hoge salarissen in de zorg, de onkostenvergoedingen en de plezierreisjes van hoogleraren en specialisten. Het is grof en asociaal, het is een schandaal. Kijk daar eens kritisch naar, voordat de gewone mensen hun recht op goede gezondheidszorg wordt ontnomen. Daarna zijn wij miljarden verder en praten wij verder. Waarschijnlijk is dat niet eens meer nodig, want dan is de oplossing al gevonden.» Graag krijg ik een reactie op de brief van Dieneke Milker.

Dit waren een heleboel brieven. Wees gerust, mijn collega's hebben ook enorm mooie brieven die zij met trots gaan voorlezen.

De **voorzitter**: De heer Van Raak is de volgende spreker van de SP. Wij wachten ook nog op mevrouw Smit die, naar ik goed begrijp, vastzit in de trein. Ik overweeg sterk om na de inbreng van de heer Van Raak te schorsen voor de lunch.

De heer **Van Raak** (SP): Voorzitter. Als je naar een casino gaat, neem je een risico. Neem je ook risico als je naar een ziekenhuis gaat? Dat is eigenlijk mijn enige vraag aan de minister. Wij staan hier namelijk niet om ons eigen verhaal te vertellen. Wij staan hier ook niet om te filibusteren. Wij staan hier omdat dit wetsvoorstel met pek en veren door de Kamer moet en wij van deze dag gebruik willen maken om de minister, de Kamerleden en het land te laten weten wat dit betekent voor mensen. In 48 uur kregen wij 2800 reacties. 100 daarvan waren niet serieus. 100 reacties waren voor de eigen bijdrage. Bij de voorstanders was eigenlijk niemand die vond dat de eigen bijdrage omhoog moet omdat hij minder in het ziekenhuis wilde verblijven. Onder de andere 2 600 mensen die ons hebben gemaïld, was er eigenlijk niemand die het erg vond dat het eigen risico omhooggaat omdat hij graag gratis naar het ziekenhuis wil. Niemand wil gratis naar het ziekenhuis. Niemand gaat gratis naar het ziekenhuis.

Ik heb een aantal brieven voor de minister. Ik zie dat zij lekker aan het meeschrijven is. Dat is hartstikke goed, want dan kan zij straks mooi iedereen een antwoord geven. Mijn eerste brief komt van een mijnheer die ons anoniem het volgende heeft gemaïld: «Mijn moeder is nu 79 jaar. Bij deze leeftijd horen bijna altijd hogere zorgkosten door medicijnen. Voor mijn moeder die nu leeft van de AOW en een aanvullend pensioentje van € 90, betekent dit dat in april of mei het bedrag van het eigen risico al bereikt is. Mijn moeder noemt het vakantiegeld daarom «zorgkostengeld». Het is toch triest dat oudere mensen die niets meer aan de situatie kunnen veranderen, op deze manier gepakt worden. Maak niet alleen de premie, maar ook de eigen bijdrage inkomensafhankelijk», zegt deze anonieme mijnheer. Gevraagd naar de gevolgen zegt hij: «Geen vakantie, bezuinigen op andere uitgaven.» Hij heeft ook een aantal andere tips, zoals «breng in beeld waarom de zorgkosten zo hoog zijn». Ligt dit aan de patiënten of aan de medicijnen, de verspilling, de bureaucratie, de artsen? Waar zit de verspilling eigenlijk? Toch niet bij deze mevrouw van 79? Deze mijnheer schrijft ook: «Belachelijke specialistensalarissen en veel te dure managers. Bij een salarisverhoging willen deze grootverdieners altijd procentueel mee omhoog; als zij echter moeten betalen, dan willen zij dat niet

procentueel, maar gelijk voor iedereen. Belachelijk!» Verder schrijft hij: «Mijn vrouw werkt in de thuiszorg. Vermoedelijk gaat ze volgend jaar belasting betalen over haar reiskosten. Haar dure manager kan kiezen voor een elektrische leaseauto en heeft dan geen bijtelling meer. Ook in de zorg is door de marktwerking de zelfverrijking door het management ontdekt.» Graag ontvang ik een reactie van de minister op dit alles. Een oudere mailde ons. Zij schreef: «Deze maatregel, de verhoging van het eigen risico, is heel erg voor ons als ouderen. Dat ik maandelijks als oudere bijna € 185 aan zorgkosten moet gaan betalen, omdat mijn zorgverzekeraar toestaat om het eigen risico in termijnen te betalen, is heel aardig, maar wel een hele kostenpost. Ziet u het voor zich? € 185 plus andere vaste lasten betalen van een AOW met een klein nevenpensioentje?» Ik vraag de minister om een reactie op het feit dat ouderen die hun eigen risico kwijt zijn, per maand een lastenverzwaring krijgen. René van der Waal noemde het «behoorlijk schokkend». René schrijft: «Het eigen risico is recentelijk al zo verhoogd. Met het ouder worden, nemen helaas de kwalen en kwaaltjes toe. Met het vooruitzicht van het aflopen van mijn arbeidscontract halverwege volgend jaar en het nu niet bepaald voor het oprapen liggen van vacatures, houd ik mijn hart vast: minder inkomen, stijgende kosten, waaronder ook deze geplande verhoging van het eigen risico binnen de gezondheidszorg. Dit is een slecht plan. Ik vraag mij al jaren af waarom niet alles naar rato verrekend kan worden: belastingen, premies, eigen risico's?» Ik hoor graag van de minister of zij dit ook heeft onderzocht.

Gerrit Houterman schrijft het volgende. «Dit is de zoveelste strop om mijn nek. Het heeft tot gevolg dat ik nog minder geld overhoud, elke maand weer. Dit is de zoveelste rekening die als chronisch zieke op mijn schouders valt. Ik kan mijn huis al bijna niet meer uit, omdat mijn scootmobiel is wegbezuinigd. Ik ben aangewezen op een uitkering, aangezien ik nooit meer zal kunnen werken. Ik weet nu al niet meer hoe ik het financieel moet rondbreien, laat staan als straks deze zorgrekening er ook nog eens bijkomt. Simpel gezegd: het leven wordt duurder, uitkering en koopkracht dalen en voorzieningen worden duurder dan wel afgepakt», aldus Gerrit Houterman. Graag hoor ik van de minister hoe zij mensen die financieel in de knel zitten, uitlegt dat zij nog meer moeten gaan betalen omdat zij chronisch ziek zijn.

Henny Karsenberg noemt het te gek voor woorden. «Het is niet alleen het eigen risico, maar de combinatie van eigen risico, eigen bijdrage, premieverhoging, verhoging van de Zvw-bijdrage en dan ook nog liggeld voor het ziekenhuis. Hoe bureaucratisch wil je het hebben?», vraagt Henny Karsenberg. «Voor mij en mijn vrouw betaal ik, vergeleken met twee jaar geleden, per jaar netto € 1310 meer voor alle eerdergenoemde posten samen. Kosten reduceren is prima, maar dan wel efficiënt en effectief en niet zo versnipperd als nu. Ik ben zelf in een ziekenhuis geweest. Als ik dan meemaak hoe bureaucratisch er wordt gewerkt en hoeveel dubbele onderzoeken er worden gedaan, dan word ik daar behoorlijk ziek van», aldus Henny. Graag hoor ik van de minister waarom zij geen voorstellen doet om de bureaucratie aan te pakken, maar wel vindt dat patiënten de rekening van de crisis moeten betalen.

Ik ga verder met de reactie van mijnheer of mevrouw Litjens. «Ik vind het een belachelijk voorstel. Het idee om het zorgstelsel te laten concurreren, heeft totaal verkeerd uitgepakt. Het is er absoluut niet beter op geworden, maar juist slechter. Wie moet dit nog kunnen betalen? Nog meer eigen risico betalen, betekent dat er steeds minder mensen naar de dokter zullen stappen om zich te laten behandelen, om zo de kosten te drukken. Door de economische crisis gaan wij er al op achteruit. Met deze maatregel erbij, betalen de mensen met lagere inkomens, zieken etc., de prijs hiervoor.» De heer of mevrouw Litjens schrijft ook het volgende. «De zorgpremie en het eigen risico moeten inkomensafhankelijk worden gemaakt. Als chronisch zieke heb je al genoeg drama in je leven en daar komt bij dat je

al een groot deel van je werkgelegenheid, en daarmee van je salaris, moet inleveren. Je moet misschien zelfs alles inleveren omdat je niet meer kunt werken. Het is niet erg om te betalen voor zorg die je nodig hebt, maar het moet natuurlijk niet zo onbetaalbaar worden dat je maar van die zorg gaat afzien, omdat je anders je rekeningen niet meer kunt betalen. Persoonlijk zal deze verhoging betekenen dat ik moet gaan kiezen tussen bepaalde zorg behouden of laten vervallen. Ik moet nog meer bezuinigen op andere fronten en ik moet misschien zelfs wel de belangrijke beslissingen, zoals zwangerschap, nog eens goed overdenken. Ik moet nog eens goed overdenken of het daarvoor nu wel de tijd is.» Ik denk dus dat het mevrouw Litjens is. «Volgens mij is het wel hoog genoeg en moet er gewoon wat aan de marktpositie van geneesmiddelen en geneeskundige zorg gedaan worden. Het is toch algemeen bekend dat een lcd-tv voor de huiskamer of operatiekamer ongeveer hetzelfde kost? Waarom betaal je er in de operatiekamer dan het tiendubbele voor? Dit geldt ook voor andere geneesmiddelen», aldus mevrouw Litjens. Graag hoor ik van de minister waarom zij niets aan de geneesmiddelenprijzen doet. Waarom pakt zij de mensen, maar niet de producenten?

Chris Baggerman schrijft het volgende. «Belachelijk! Alsof mensen er vrijwillig voor kiezen om ziek te worden. En dan nog maar niet te spreken van chronisch zieken. Deze hebben vaak al een achterstand op het gebied van arbeid door hun medische beperking. Mensen met minder draagkracht mogen procentueel dus weer het meest gaan bijdragen. Waarom wordt er niet naar draagkracht gerekend, tot een maximum? Het fiscaal loon van het voorgaande jaar zou bepalend moeten zijn voor het eigen risico van het volgende jaar.» Chris stelt dus voor dat het belastbaar loon over 2011 bepalend wordt voor het eigen risico in 2012. «Dit zou middels een aangifte geregeld kunnen worden. Je voert het betaalde eigen risico in en het bedrag dat je op basis van draagkracht te veel hebt betaald, kan dan met een voorlopige aanslag worden uitbetaald.» Het is maar een suggestie van Chris Baggerman. «Voor mijn situatie betekent dit ongeveer € 130 extra. Gelukkig heb ik zelf haast geen ziektekosten, maar mijn partner is chronisch ziek en heeft dus elk jaar het maximale eigen risico zo te pakken. Verhogen van het eigen risico», zegt Chris Baggerman, «is geen besparing; het is puur het verschuiven van de rekening. Het zal de groenteboer ook niet uitmaken of ik of mijn partner betaalt, als hij maar betaald wordt. Dat geldt ook voor de medische wereld. Als de rekening maar betaald wordt, zal het hun een zorg zijn wie het betaalt.» Graag hoor ik van de minister of zij erkent dat het eigen risico de totale zorgkosten niet doet dalen, zoals Chris Baggerman zegt.

De heer Somhorst vindt het ronduit asociaal: de mensen die chronisch ziek zijn, worden hierdoor hard gepakt. En, zegt de heer Somhorst – dat zal de minister aanspreken – hoewel ik zelf een liberale insteek heb, vind ik dit niet kunnen. Daarom vraag ik de minister om extra te luisteren naar de heer Somhorst. Het is het doorschuiven van de zorgkosten in plaats van dat er structureel iets aan verandert, aldus deze liberaal. «Er zal naar mijn mening een onderzoek moeten komen naar waar al het geld dat in de zorg gestoken wordt naartoe gaat. Neem bijvoorbeeld de Wmo-voorzieningen, rolstoelen et cetera. Heeft de minister al ooit eens op Marktplaats gezocht naar een rolstoel of een rollator? Dat zijn prima hulpmiddelen die gerecycled kunnen worden. Het is namelijk niet altijd nodig om voor een persoon een 100% op maat gemaakte rolstoel te gebruiken. En als dat wel nodig is, wat is er dan mis met het gebruik van een tweedehands die weer op maat wordt gemaakt? Dat scheelt in de aanschafprijs.» Rollators zijn natuurlijk helemaal een ramp. Zoals het programma Kassa een keer heeft uitgezocht, zegt de heer Somhorst, zijn er rollators tussen de € 70 en € 370. Waar dit prijsverschil vandaan komt weet natuurlijk niemand, maar wij betalen er wel met z'n allen voor om vervolgens, als oma of moeders overleden is, de dingen op Marktplaats te knallen, aldus de heer Somhorst – hij heeft een liberale insteek – om er nog even iets aan te verdienen.

Rollators et cetera zouden teruggegeven moeten worden aan de verstrekende organisaties en er moet op worden toegezien dat deze weer worden ingezet voor nieuwe hulpbehoevenden. Maar dat schijnt in Nederland allemaal niet te kunnen. Je krijgt dus een zwarte handel in hulpmiddelen, terwijl aan de andere kant de legale handel steeds duurder en duurder wordt, aldus de heer Somhorst. Wat het in onze situatie doet – ik woon samen met mijn vriendin en die heeft een Wajong, aldus de heer Somhorst – weet ik niet. Ik weet alleen dat mijn vriendin er nog verder op achteruitgaat en dat ik nog meer moet bijspringen. Dit doe ik natuurlijk met alle liefde. Maar als ik zie wat er allemaal misgaat in de zorg en wat niet te rijmen is met de kosten die wij eraan hebben, vraag ik mij af: waarom een verhoging van het eigen risico. Dat vraagt de heer Somhorst aan de minister. Graag hoor ik van de minister waarom zij niet de verspilling aanpakt, maar wel de mensen die al ziek zijn de rekening presenteert. Voorts wil ik graag de erkenning, aldus de heer Somhorst, dat de zogenaamde compensatie via de zorgtoeslag voor deze mensen niet is weggelegd. Kan de minister hierop reageren?

Francine vindt het belachelijk: pak eerst de enorme papierwinkel eens aan die sinds de invoering van de dbc's is ontstaan. Ik heb een baan in de ggz, zegt Francine, in de ondersteunende diensten. Ik zie mijn collega's vooral nog achter een computer zitten. Rapporten beslaan een steeds groter deel van hun taak. Er is veel minder tijd voor de cliënten, aldus Francine, die werkt in de ggz. Zorginstellingen worden geconfronteerd met een steeds grotere administratieve druk. De financiële afdelingen worden steeds groter en daar zitten dure jongens, zo vertelt Francine de minister. Mijn moeder is 82, chronisch ziek en heeft alleen AOW. In januari maakt zij haar hele eigen risico op. Daar kiest zij niet voor, zij mankeert gewoon van alles. Dat betekent dat zij direct een derde van haar inkomen in die maand kan overmaken naar de zorgverzekering. En wat krijgt zij ervoor terug? Steeds minder. Ik hoor graag hoe de minister hierop reageert.

Ik snap dat er iets moet gebeuren om de zorg betaalbaar te houden, zegt Henk Struis. Maar om dan de kosten direct bij de patiënten te brengen, vind ik te gek voor woorden. Ik heb een probleem met mijn schildklier en moet daarom regelmatig naar het ziekenhuis en slik medicijnen. Het is voor mij geen – Henk herhaalt: geen – optie om dit niet te doen, want dat gaat ten koste van mijn gezondheid. Geen keuze, waarom dan wel een risico?

Daarnaast heeft mijn vrouw, aldus Henk, sinds vorig jaar een glutenallergie. Ook hiervoor moet ze regelmatig naar een specialist, en zalfjes voor als het niet goed gaat. Dat betekent in ons geval dat we € 700 per jaar aan zorg kwijt zijn, bovenop een premie van € 2 500, dus voor de zorg zijn we gezamenlijk € 3 200 kwijt, anderhalf keer mijn maandsalaris. En dat met een studerende vrouw, dat is best veel geld, aldus Henk. Als ik dan terugdenk aan tien jaar terug, toen betaalde ik € 600 per jaar voor mij alleen. Als ik dat doorreken naar mijn huidige situatie voor mij alleen, dan betekent dit een stijging van € 1000 per jaar, een mooi percentage van 267. Kan de minister aangeven hoeveel mensen met een chronische ziekte de afgelopen jaren procentueel meer zijn gaan betalen?

Wim Kemperman zegt: ik zal beginnen met mijn eigen situatie. Fulltime werknemer bij een multinational: Philip Morris Holland BV. Bijdrage van mijn werkgever is € 45 per maand. Mijn vrouw werkt parttime, 24 uur, als teamleider in de gezondheidszorg bij de Zorggroep Rijnmond. We hebben een jaarinkomen van ongeveer € 85 000. Niets te klagen, dus, aldus Wim Kemperman, zolang we nog ontslagbescherming hebben, natuurlijk. We gebruiken beide medicijnen, dus onze eigen bijdrage zijn we ieder jaar al kwijt. Momenteel is het voor ons dus niet «leuk», zegt Wim, maar wel betaalbaar. Daarbij krijg ik ongevraagd nog ieder jaar € 50 netto terug voor medicatiegebruik. Dat bedrag heb ik helemaal niet nodig en ik schenk dit ook aan een goed doel. Maar ik kan heel veel voorbeelden geven, aldus Wim Kemperman, van mensen voor wie het niet meer

betaalbaar is. Zij gaan niet meer zo snel naar de huisarts of specialist, en dan zijn de kosten bij bijvoorbeeld een spoedopname nog vele malen groter. Die waarschuwing aan de minister komt van Wim Kemperman. Wim kan het zelf makkelijk betalen, maar kijkt ook om zich heen. Dat vraag ik de minister ook te doen: kijk ook om u heen naar al die mensen die dat niet kunnen. Erkent de minister dat mensen die werken en meer inkomen hebben dan 110% op geen enkele wijze gecompenseerd worden?

Ron Adriaans zegt: deze maatregel treft iedereen, maar met name die mensen die het nu al moeilijk hebben. Het probleem van de stijgende kosten in de gezondheidszorg wordt hiermee niet opgelost, aldus Ron, in ieder geval niet op de lange termijn. Juist een langetermijnvisie is hierin zeer belangrijk. De verhoging naar € 350 is kortzichtig en onacceptabel, aldus Ron Adriaans. Gelukkig heb ik het goed, zegt Ron. De verhoging naar € 350 kan ik nu nog wel opvangen, maar waar houdt de bezuinigingsdrift van deze neoliberalen op? Hopelijk na de komende verkiezingen. Met enige regelmaat lees ik over de winsten welke onder andere de verzekeringsmaatschappijen en de farmaceutische industrie maken. Deze winsten lijken ieder jaar groter te worden. Een deel van deze enorme winsten zou toch kunnen worden gebruikt, vraagt Ron Adriaans. Ik wil daarom een reactie van de minister hierop.

Henk Wieland zegt: het voorstel is volkomen absurd en betekent feitelijk dat de overheid de fatsoenlijke burger die medische hulp nodig heeft, volkomen negeert ten faveure van de keuzes die de medische elite maakt. Binnen de medische wereld, dus ziekenhuizen, artsen, maatschappen en verzekeraars, is nog zeer veel te winnen wat efficiency betreft. Het is in ziekenhuizen niet nodig om elke twee jaar nieuwe apparatuur te kopen omdat deze mooier glimt. De oude gaat dan veelal ongebruikt de kelder in. Er zijn talloze voorbeelden, en de overheid moet dwingender zijn om de kosten te beheersen of niet af te wentelen op de burger. Persoonlijk heb ik, zegt Henk, last van nierinsufficiëntie. «Dat betekent concreet dat ik vier keer per jaar het ziekenhuis bezoek en zeer veel medicijnen moet slikken. Gemiddeld gesproken heb ik in de maand maart mijn eigen bijdrage al betaald. De verzekeraar houdt dat in één keer in. Tevens is mijn vrouw reumapatiënt. Voor haar geldt feitelijk hetzelfde. Ook zij dient medio maart/april haar volledige eigen bijdrage aan de verzekeraar over te maken. Momenteel is dit dus € 440, die wij in maart gereserveerd moeten hebben. Dit wordt volgens de huidige plannen € 700. Dit is voor ons niet realiseerbaar, en een klein bankroet dreigt dan ook. Wellicht mag ik de betaling uitstellen, zodat ik met ons vakantiegeld de eigen bijdrage wel kan betalen.» Is de minister er tevreden over dat mensen hun vakantiegeld moeten inzetten om het eigen risico te betalen? Was dat de bedoeling van deze wet?

Dan Joris Verbakel. Dit lost het probleem niet op van de hoge kosten in de zorg, zegt ook Joris. «De zorg moet efficiënter gaan werken. Een voorbeeldje: ik laat in ziekenhuis A een röntgenfoto maken van mijn rug en ga in ziekenhuis B naar een orthopeed, want ik kan hier twee maanden eerder geholpen worden. Ik moet dan opnieuw in ziekenhuis B foto's laten maken. Dubbele kosten en natuurlijk de tijd voor mij en mijn baas, omdat ziekenhuizen blijkbaar niet goed communiceren.» Het is vervelend, maar ik zal er niet echt last van hebben, zegt Joris Verbakel, maar iedereen die nu al moeite heeft om rond te komen, kan dit echt niet gebruiken.

Joris is een van de vele mensen die ons mailde en zei: mij raakt het niet meteen; het raakt mij wel, maar ik kan het wel aan. Maar al die andere mensen niet. Hier zie je dat in Nederland onder de bevolking veel solidariteit is, veel bereidheid om voor elkaar te zorgen. Dat is iets dat heel erg opviel uit deze vele mails die ik kreeg. Dat is een groot verschil tussen de regering en de Kamer aan de ene kant en de bevolking aan de andere kant. Wij doen net alsof mensen vooral aan zichzelf denken en denken: als ik maar minder hoeft te betalen, dan zal het allemaal wel. Ikke, ikke en de rest kan stikken. Dat is een beleid dat 25 jaar door de regering is

gepromoot. Individualisme, competitie, kortetermijndenken, dat hebben wij 25 jaar lang bij mensen erin gepompt: denk vooral aan jezelf. Het mooie dat wij hier vandaag zien in deze duizenden mails die wij hebben gekregen, is dat dat niet is gelukt. Liberalen en neoliberalen hebben het geprobeerd, maar het is niet gelukt. Er is nog veel solidariteit onder de Nederlanders. Er is veel behoefte om voor elkaar te zorgen, om een land te maken waar de verschillen niet groter, maar kleiner worden, een land dat niet harder en asociaal wordt, maar sociaal en mooier. Dat is ook een belangrijk onderdeel van het debat van vandaag, om nu eens niet de ministeries, de bureaucraten, de zogenaamde zorgdeskundigen aan het woord te laten, maar de echte zorgdeskundigen, de mensen die zorg nodig hebben, de mensen die zorgen voor hun bureaus, de mensen die willen zorgen voor elkaar.

De heer of mevrouw Van Strien noemt het te zot voor woorden. «Ik moet gaan overleven, levenslang heb ik al gekregen. Dat wordt nu levenslang en € 350 extra. Met woord «levenslang» bedoel ik dat ik al levenslang heb gekregen omdat ik chronisch ziek ben. En waar is Robin Hood? Pak dan ook onmiddellijk de graaicultuur in de gezondheidszorg aan. Meer handen voor de patiënt, meer oren voor de patiënt, minder graaiers aan de top van de gezondheidszorg.» Eerlijk zullen wij alles delen, dat gebeurt nu zeker niet in Nederland, aldus C.M.J. van Strien, die ook zegt: wat het voor mij voor gevolgen heeft, ik kan het niet goed overzien, ik leef momenteel bij de dag als chronisch zieke. Zij zegt wel: SP, ga zo door. Dat zullen wij dan ook doen, met Marja.

Marja zegt: «Het is een onfatsoenlijke inhumane en zeer zorgwekkende maatregel, die ertoe zal leiden dat medische zorg voor grote, snel toenemende groepen burgers, met minimale tot modale inkomens onbereikbaar wordt gemaakt. Dit kan niet waar zijn in een beschaafd, ontwikkeld land als het onze, dat nota bene altijd de mond vol heeft over mensenrechten in andere landen, terwijl velen zich hier al geen zorg meer kunnen veroorloven.» Sedert mijn echtgenoot op 50-jarige leeftijd bij de gemeente werd wegbezuinigd, ontslagen, zegt Marja, bevindt ons gezin zich in een situatie waarin geen geld meer is voor medische zorg, duurder dan enkele tientjes. «Zelfs dan betekent dit al rekeningen laten liggen, geen gebruik kunnen maken van openbaar vervoer, geen kleding kunnen kopen, levensmiddelen, zoals fruit, vlees etcetera niet meer kunnen, niet meer voldoende kunnen kopen, nergens meer heen kunnen. Bij ziekte of letsel staan wij nu al voor de keuze om ons te laten behandelen, waarbij een schuld wordt opgebouwd en wij moeten bezuinigen op eten of kleding, of het risico nemen op een zelfherstel, zonder medische behandeling en medicatie. Het is een moreel en ethisch volstrekt onaanvaardbaar, inhumane dilemma dat een land als Nederland onwaardig is.» Wij maken ons erg veel zorgen over de toekomst, zeggen Marja en haar echtgenoot.

Monique de Groot. Zij zegt: «Als ik in één keer € 350 plus de premie moet betalen, ben ik blut. Dan heb ik geen geld meer om te eten of andere rekeningen te betalen. € 220 was al een te hoge drempel. In mijn geval – en dat geldt voor alle chronisch zieken en gehandicapten – krijg je dat in één keer op je bordje. Aangezien we net genoeg geld hebben om rond te komen, was € 220 al te veel.» Nu willen ze dat verhogen naar € 350. Ik voorspel grote maatschappelijke problemen. Ziet de minister die ook? Of heeft zij die niet gezien? Kan de minister zich voorstellen dat voor mensen als Monique die verhoging heel groot is? Voor ons zou dat een relatief kleine verhoging zijn, zeker voor de minister, maar voor Monique niet. Andra. Andra is werkzaam in een maatschappelijk crisisopvangcentrum en ziet, niet als patiënt maar als hulpverlener, hoe hoog de drempel wordt met het eigen risico. Zij ziet mensen die psychische hulp nodig hebben maar die niet kunnen krijgen, omdat ze het niet meer kunnen betalen. Hierdoor blijven ze in een vicieuze cirkel ronddraaien en kosten ze de maatschappij uiteindelijk alleen maar meer geld, want ze krijgen niet de

kans om hun problemen aan te pakken. Het arbeidsperspectief daalt hiermee ook. Ik vind het schrijnend. Ik wil met Andra aan de minister vragen of zij het daarmee eens is. Zorgen we er met dit soort maatregelen juist niet voor dat mensen minder eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen? Het is een maatregel waarmee wordt beoogd, vanuit ideologisch oogpunt, om mensen meer eigen verantwoordelijkheid te geven. Zorgt dit soort maatregelen er niet voor dat mensen juist minder eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen en minder zorg kunnen krijgen en daardoor hun eigen leven minder in eigen hand kunnen nemen? Ik hoor graag een reactie van de minister.

Rob Brons vindt het te gek voor woorden. In plaats van te bezuinigen door effectiever en efficiënter met de beschikbare middelen om te gaan, wordt de stijging van kosten in de gezondheidszorg neergelegd bij de burger. Ik ben dat met Rob eens. Kijk nu toch eens waar de verspilling zit! Verder zegt Rob: hoewel wij er zelf niet voor gekozen hebben, zijn we allebei ernstig ziek. Dit gaat dan om Rob en zijn partner. «Dit betekent dus dat we volgend jaar gegarandeerd € 700 kwijt zijn in plaats van € 440. Dat is voor ons een kostenstijging van meer dan 50%. Weer € 21 per maand minder te besteden! Concreet betekent dit dat ik waarschijnlijk de muzieklessen van mijn kinderen niet meer kan betalen.» Heeft de minister er rekening mee gehouden dat dit soort maatregelen ook gevolgen heeft voor het gezin? Was dat de bedoeling van deze maatregel? Wat het de bedoeling dat mensen die chronisch ziek zijn, hun kinderen niet meer naar muzieklles kunnen sturen?

Mevrouw Spaan vindt het schandalig. Echt waar, ik heb er geen woorden meer voor. Maar gelukkig heeft mevrouw Spaan die wel. «Ik kan nu al bijna die € 220 moeilijk betalen. Ik moet een tot twee keer per jaar naar het ziekenhuis voor een uitstrijkje. Moet ik dat dan maar niet doen, en dan bijna zeker weten dat de baarmoederhalskanker weer terugkomt en dat ik er dan te laat bij ben? Willen ze het zo hebben? Mag ik voor mijn eigen gezondheid niet meer naar de specialist? Ik weet echt wel dat de gezondheidszorg duur is, maar waarom kan het in andere Europese landen wel betaalbaar zijn? Ik denk echt dat we weer terug moeten naar het aloude ziekenfonds. Of de hogere inkomens gaan meer betalen.»

Ik vind dat een ontzettend goed idee van mevrouw Spaan. Dat ziekenfonds, wat was daar eigenlijk mis mee? Kan de minister nog eens uitleggen wat er nu precies allemaal mis was met het ziekenfonds? En waar komt dat ziekenfonds eigenlijk vandaan? Was dat ooit bedacht door ambtenaren? Was dat ziekenfonds ooit bedacht door managers? Was dat ziekenfonds ooit bedacht door ondernemers? Of was dat ziekenfonds bedacht door arbeiders die in de fabriek moesten werken en niet naar de dokter konden. Als zij ziek werden, konden ze hun gezin niet onderhouden. Zij dachten: als we nu van onze laatste centen elke week een cent apart zetten, dan kunnen we naar de dokter. Dan worden we weer gezond en kunnen we ons gezin onderhouden. Is dat niet de basis van het ziekenfonds? Is dat niet het ziekenfonds van de mensen? Is het ziekenfonds niet van de mensen? Is het niet zo dat het ziekenfonds van ons is afgepakt door neoliberalen en dat het aan managers is gegeven die daar nu dikke winst mee moeten maken, ook als ze lid zijn van de Partij van de Arbeid? Ze moeten er dikke winst mee maken, zij kopen van ons zure arbeidersgeld dikke auto's en dikke huizen. Weet de minister waar het ziekenfonds vandaan komt? Kan zij nog eens uitleggen waarom het ziekenfonds nu zo slecht was?

De **voorzitter**: De heer Van der Veen komt ons even bijpraten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil een kleine historische aanvulling geven. Het ziekenfonds komt niet alleen van de arbeiders, het ziekenfonds komt ook van de ondernemers en het ziekenfonds komt ook van artsen en

hulpverleners. Dat is dus wat breder dan alleen van de arbeiders. Dit wellicht ter onderbouwing van uw verdere betoog.

De heer **Van Raak** (SP): De ziekenfondsen zijn begonnen in de kroeg, waar mensen zeiden: Jan is ziek en kan niet naar het werk. Mensen brachten toen geld bijeen, en dat was al heel wat. Iedereen leverde elke week een cent in en iemand beheerde dat dan. Die persoon kon er echter zomaar met de pot vandoor gaan. Daar is het idee van de ziekenfondsen begonnen; niet bij bedrijven, maar bij arbeiders, want die hadden daar belang bij. Ik vind het heel raar dat de PvdA zo ver van haar verleden is afgedreven dat zij dat niet meer weet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan mij voorstellen dat het politiek onaangenaam is als historische correcties meteen naar de politiek worden vertaald. Ik kan de heer Van Raak echt aanraden om eens te lezen over de oorsprong van de ziekenfondsen. Die ligt niet alleen bij de arbeiders, maar ook bij ondernemers – Stork, Philips en andere – en artsen. Ik geef dit alleen maar aan om de kennis te verdiepen. Misschien kan de heer Van Raak dan iets genuanceerder daarop reageren. Overigens ben ik het zeer eens met zijn verdere betoog over het ziekenfonds, dat uiteindelijk wel van mensen was. Daar kom ik vanmiddag op terug.

De heer **Van Raak** (SP): Dank u wel. De geschiedenis begint echter niet op het moment dat sociaaldemocraten instituties bedenken. Dat is niet het begin van de geschiedenis. De geschiedenis begint op het moment waarop socialisten zich verenigen. Dat gebeurde ver voor de instituties. Arbeiders zaten vaak in het café bij elkaar en besloten uit solidariteit om hun laatste centen bij elkaar te leggen. Dat was het begin van de ziekenfondsen. Die heetten toen nog niet zo, maar alles wat ontstaat, ontstaat eerder dan de instituten. Dat het later is geïnstitutionaliseerd, had heel goede redenen. Dat het later is verkocht, is een diepe schande.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kom uit een milieu waarin drank, in die tijd, gezien werd als iets heel slechts. Dat het ziekenfonds is ontstaan uit initiatieven van arbeiders in de kroeg is echt niet waar. Er waren meerdere redenen om dat tot stand te brengen. Die waren breder dan de vereniging van de socialisten. Het waren wel organisaties en instituties die gebaseerd waren op wat mensen zelf wilden en op zelforganisaties. Ik denk dat dat is wat de heer Van Raak probeert over te brengen.

De heer **Van Raak** (SP): Dan zijn wij het ontzettend met elkaar eens. Ik ben daar blij om want dan kunnen wij samen gezellig verder. Het is gebaseerd op zelforganisatie. Wie hebben zichzelf georganiseerd? Mensen. Het is een grof schandaal dat wat mensen ooit zelf hebben georganiseerd, opgebouwd en betaald, is afgepakt door managers, bestuurders en winstmakers. Dat is een grove schande. Als ik dan toch persoonlijk een vraag mag toevoegen, dan leg ik deze graag voor aan de minister.

Ik ga weer snel terug naar waar het vandaag om gaat. Mijn fractie ontving het volgende anonieme bericht over de verhoging van het eigen risico: «In één woord: schandalig. Als je de pech hebt hard medicijnen nodig te hebben voor een psoriasis-aandoening, dan ben je de eerste drie maanden al ruim door dat bedrag heen. Het is niet alleen deze maatregel. Er is een categorie mensen die onder een bepaalde loongrens valt en nu overal de pineut mee zijn. Door ziekte ontvang ik WAO, een gedeelte loon en een stukje uitkering van een arbeidsongeschiktheidsverzekering die ooit is afgesloten. Belastingtechnisch zit ik niet goed, waardoor ik elk jaar voor een kleine € 1 350 wordt aangeslagen. De gemeentebelastingen gaan omhoog, evenals de ziektekostenverzekering. Zodra het vakantiegeld binnenkomt, is het weg. Daar moet ook nog eens geld bij. Uiteindelijk

vraag ik mij af waarom ik met alle geweld wil blijven werken. Het kost mij nu alleen maar geld. Als ik op den duur toch niet ontslagen word; ik verlies zoveel huidschilfers dat mijn werkgever genoodzaakt is om extra schoon te maken na mijn werkuren. In mijn functie als telefonisch receptioniste kan ik mij niet veroorloven om te zeggen: vergeet die zalven. Ik wil nog enigszins representatief kunnen overkomen op mijn werkplek en deze ook aanvaardbaar schoon houden.» Heeft de minister aan dit soort gevolgen gedacht? Was het de bedoeling van dit wetsvoorstel dat deze mevrouw misschien moet stoppen met werken? Ik heb geen lening, zo zegt ze, geen schulden, val net buiten allerlei toelagen dus de rek is er zo langzamerhand wel uit. Ik citeer: «Waar wel op bezuinigd kan worden, vind ik, is op medicijnen. Ik heb bij ondervinding gemerkt dat er medicijnen worden voorgeschreven door een arts. Deze medicijnen blijken achteraf niet te werken, waardoor er weer een ander recept wordt uitgeschreven. Wat ik begrepen heb, is dat de medicijnen die overbodig zijn en teruggebracht worden naar de apotheek, vernietigd worden, terwijl het nog afgesloten verpakkingen zijn met een houdbaarheidsdatum tot bijvoorbeeld 2014. Deze zijn reeds betaald, of door middel van een eigen bijdrage of via de zorgverzekering. Mijn mening is dat misschien niet alle medicijnen, maar een heel groot gedeelte ervan niet hoeft te worden vernietigd maar weer netjes in de apotheekladen kan voor hergebruik. Is er niet een systeem denkbaar, zoals het heffen van statiegeld? Ik zie soms mensen zakken vol terugbrengen naar een apotheek met medicatie, verband of whatsoever dat niet gebruikt is. Zou dat niet een kostenbesparing kunnen zijn?» Misschien is dat een mooie suggestie voor de minister.

Wiebe Giebels: «Het idee van verzekeren is dat je maandelijks geld betaalt zodat, wanneer er iets is, je dat met de verzekering kunt betalen. Toch?» Dit vraagt Wiebe Giebels en dat vraag ik dan ook maar aan de minister. «Dit systeem werkt alleen maar omdat het verplicht is, anders zou een groot deel afhaken. Waarom zou ik maandelijks betalen wanneer ik twee jaar achter elkaar toch zelf voor alle kosten moet opdraaien? Begrijp me niet verkeerd: ik ben een voorstander van een verplichte zorgverzekering, maar ik denk dat er beter kan worden gekeken naar efficiënt en eerlijk omgaan met zorg in plaats van steeds meer geld wegschrapen bij de burger. Maak bijvoorbeeld verschil in een duidelijke keuze en geen invloed op de situatie hebben» – dat vond ik ook een goede suggestie – «en kijk hoe je de gezondheid van mensen kunt verhogen zodat een deel minder zorg nodig heeft. Beter voorkomen dan genezen.» Laat dat nu ook altijd het adagium van onze woordvoerder Renske Leijten zijn. «Doordat ik sober leef en nog steeds vastzit op mijn kamer van 11 m² terwijl ik al drie jaar geleden met een master ben afgestudeerd, zullen de kosten voor mij nog een groot probleem worden. Wel raak ik er terughoudend van. De kosten zijn de afgelopen jaren flink gestegen, helemaal toen het hele zorgstelsel werd veranderd. Ik vraag mij af waar al dat geld is gebleven.» Dat was nog eens een goede vraag van Wiebe Giebels. Net afgestudeerd, maar wel haarfijn doorhebben hoe het zit. Waar is al dat geld gebleven, minister?

Marinus Bijl: «Het is een van de maatregelen in de zorg die de zorg voor mensen met een chronische aandoening, gehandicapten, mensen met een psychosomatische ziekte, zwakken, ouderen en mensen met een smalle beurs ontoegankelijk maakt. De zorgkosten worden afgewenteld op deze doelgroepen. De zorg wordt alleen betaalbaar voor mensen die een goede baan hebben en niets mankeren. Er zijn andere kosten, zoals de premie van zorg en dan ook nog een eigen bijdrage voor ligdagen. Ik heb helaas ook een chronische ziekte. Deze maatregel betekent dat ik geen aangepaste schoenen meer ga kopen. Gelukkig heb ik nog een paar waar ik jaren op vooruit kan. Een paar schoenen: € 1200. Ik ga niet meer naar de revalidatiearts. Ik heb een WAO-uitkering en zou dus keihard getroffen worden door deze maatregel. Ik ben verpleegkundige. Momenteel heb ik

een flexcontract bij het ziekenhuis. Ik werk naar vermogen, zo'n vier dagen in de maand. Ik weet hoe je kunt bezuinigen in ziekenhuizen en waar de geldstromen naartoe gaan: dure mri-scans in elk ziekenhuis en prachtige ICT-projecten, niet meer analoog maar alles digitaal. Het liefst heeft elk ziekenhuis ook zijn eigen systeem; duur! Iedereen moet daarop geschoold worden. Alles moet groter in de gezondheidszorg.» Alles moet groter. Marinus weet dat dat niet beter en goedkoper is.

«Specialisten hebben topsalarissen. P&O-medewerkers zijn nu HR-medewerkers met dito salarissen. Het middenkader is zo groot geworden binnen grote ziekenhuizen. Overhead is belangrijker dan handen aan het bed. Dit zijn middelen die van gehandicaptenzorg en geestelijke zorg af worden gehaald. Zorg is een heilig huisje van vele grootverdieners binnen de zorg. Bezuinig en gooi al die grootverdieners eruit. Laat de verpleegkundigen en artsen hun werk doen.» Dat is dus een roep vanaf de werkvloer, zo zeg ik tot de minister.

Een anonieme melding: «Ik ben het met jullie eens dat de regering eerst wat moet doen aan de stijgende kosten, de steeds duurder wordende medicijnen, de frauduleuze nota's van specialisten, dokters en apothekers, de graaicultuur van heel veel mensen die op een hogere positie zitten en het komen halen bij Jan met de pet die altijd al de dupe is en steeds minder overhoudt. Veel minder geld sturen naar andere landen. We hebben het nu zo hard nodig in ons eigen land», zegt deze anonieme melder. «Mijn man zit nog altijd met de gevolgen van een chemokuur die hij kreeg in 2005–2006 ten gevolge van acute leukemie, een ziekte waar je niets aan kunt doen. Hij heeft daar blijvende schade van overgehouden: een tekort aan weerstand en veel te weinig bloedplaatjes doordat zijn beenmerg niet meer volledig is hersteld. Gelukkig heeft hij deze ziekte wel overleefd, maar hij moet nog altijd diverse malen per jaar naar het ziekenhuis voor controle. Ook moet hij om de maand aderlaten omdat hij een te hoge concentratie ijzer in het bloed heeft. Dus die € 350 ben ik dan wel kwijt voor hem. Zelf heb ik MS en slik ik medicijnen voor hoge bloeddruk en diabetes type 2. Dus ook ik kom een heel eind in de eigen bijdrage per jaar. Nog even en dan moeten wij gewoon premie betalen en ook een groter deel van onze zorg zelf betalen. Jammer als je ziek wordt.» Zowel premie betalen als zelf betalen, was dat de bedoeling van deze wet, zo vraag ik de minister.

Ed Clarijs schrijft: «Ik vind het echt schandalig om ouderen en zieken de rekening te laten betalen. Er is al veel verborgen armoede bij ouderen, die ook al minder pensioen krijgen en deze lasten dus niet meer kunnen dragen. Mijn ouders hebben altijd erg hard gewerkt voor hun gezin. Dit verdienen ze niet nu hun gezondheid ze in de steek laat. Een grof schandaal. Stop deze bende en laat ze het geld halen waar het zit. Wij zijn tweeverdieners en kunnen dit eenvoudig missen, maar het wordt ieder jaar toch lastiger, ook nu met het ontslag van mijn vrouw. Het is echt te gek om deze verhoging bij kwetsbare zieken en ouderen door te voeren. Deze groep kan zich slecht laten horen. En de dikke salarissen van de directie van ziekenhuizen houden maar aan, en geblunder met oplopende kosten. Stop deze waanzin!»

Een anonieme melding: «Ik ben tegen deze maatregel. Het oplossen van het geldtekort wordt weer gelegd bij de zieke of oudere mensen die veel medicijnen nodig hebben. Voor mijn situatie betekent dit dat ik doordat mijn man chronisch ziek is weer gestraft word voor het gebruik van medicijnen en ziekenhuis. Daarnaast heb ik een zoon die achttien jaar wordt en die ook veel zorg en medicijnen nodig heeft. Hij wordt dus met deze duurdere maatregel meteen geconfronteerd.»

De **voorzitter**: Mijnheer Van Raak, ik heb een praktische vraag aan u. Hoe lang denkt u nog bezig te zijn?

De heer **Van Raak** (SP): Ik denk dat ik over een kwartier klaar ben, misschien twintig minuten.

De **voorzitter**: Dan schors ik even voor twee minuten, op verzoek van de minister.

De heer **Van Raak** (SP): Dat lijkt mij heel wijs, voorzitter.

De **voorzitter**: Dan kunt u even ademhalen en de benen strekken.

De heer **Van Raak** (SP): De minister moet zo veel opschrijven.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: Er zit weer een opgeluchte minister in vak-K. De heer Van Raak gaat ons begeleiden richting de lunch. Het woord is aan hem.

De heer **Van Raak** (SP): Voorzitter. Ik heb hier de mail voor me van een anonieme melder. Hij schrijft het volgende. «Je betaalt via je salaris al behoorlijk veel aan de zorg. Bovendien moeten we al uitgebreid verzekerd zijn om de meeste kosten te laten dekken. Volgend jaar zal de premie ook wel weer omhooggaan. Waar ligt de grens van wat mensen nog kunnen hebben? Ik snap dat we allemaal moeten meebetalen. Maar als we de medicijnuitgave eens anders organiseerden door niet alles tegelijk mee te geven? Dat zou volgens mij al leiden tot veel besparingen. Mensen hebben schrikbarend veel in hun medicijnkast liggen en heel veel wordt niet gebruikt. Bovendien worden volgens mij veel onderzoeken onnodig gedaan. Mijn man zit al veertien jaar in deze molen. We hebben nu ontdekt wat hij heeft. Wat dat allemaal niet heeft gekost! Men is erg in het eigen vakgebied bezig, en niet met de patiënt. Daardoor wordt de patiënt te lang aan het lijntje gehouden. Mijn man kan nu, na vijftien jaar, een redelijk bestaan opbouwen met een pilletje dat ons € 20 per maand kost. Dit had veel eerder gekund. Het geld wordt daadwerkelijk over de balk gegooid. Hopelijk kunt u iets betekenen voor de mensen die dit niet kunnen betalen. Ik ben nu nog in de positie dat ik dit nog kan betalen, maar hoe lang dat nog duurt, dat weet ik niet. Ik heb een gezin met twee studerende kinderen.»

Een student schrijft anoniem het volgende. «Ik vind het de grootst mogelijke streek om de zorgkosten op deze manier nog verder bij de burger te leggen. Ernstig zieken, die vaak al moeten leven van een laag loon of een uitkering, moeten nu € 130 meer betalen. Vaak moeten zij dit in één keer betalen. Dit komt in de praktijk neer op geld lenen. Zij moeten dus geld lenen voor zorgverlening. Dat is toch te gek voor woorden? Waar is onze verzorgingsstaat gebleven? Ik ben een uitwonende student die nu twaalf tot zestien uur per week moet werken om rond te komen. Als ik, net als in de afgelopen jaren, steeds aan het volledige eigen risico kom zonder dat ik daar zelf iets aan kan doen, dan betekent dit dat ik € 130 extra kosten zal hebben. Dan zal ik elke maand een beetje moeten bijlenen. In termijnen afbetalen bij de zorgverzekeraar zit er immers natuurlijk niet in. Bovendien zal de premie waarschijnlijk ook weer stijgen en de dekking minder worden. Dit is dus dubbelop dubbelop. Van alle kanten wordt er in mijn portemonnee gegraaid, maar er komt nauwelijks meer iets bij. Als straks de studiefinanciering eraf gaat en de langstudeerboete erbij komt, kan het zelfs zijn dat ik terug moet naar mijn ouders. Dat is toch een onwerkbaar situatie? Dus, niet doen», zegt deze student. «De overheid moet de economie stimuleren tijdens een crisis. Zij moet de boel niet alleen nog maar erger maken. Blijf uit de portemonnee van de mensen met de lage inkomens. Zij worden hierdoor het hardst geraakt.» Ik hoor graag een reactie van de minister op deze noodkreet van een student. Ik

hoor graag een reactie op dit bericht over wat een en ander voor studenten betekent.

Ik heb hier nog een anoniem bericht. «Momenteel ben ik werkloos. Dit ben ik al drie jaar. In het verleden zat ik in de zakenwereld. Daar kon het niet op. In de afgelopen drie jaar heb ik veel meegemaakt. Het is niet niks om aan de kant te worden gezet en een handicap over te houden na een ongeval. Als daarbij ook nog eens reuma komt, wat het functioneren belemmert, kun je je lol wel op. De verhoging vind ik geen bezuinigingsmaatregel. Ik vind dat hiermee misbruik wordt gemaakt van een situatie. De verhoging scheidt onderscheid tussen mensen.» Het gaat hierbij dus om een melding van een zakenman die ziek is geworden en daardoor in de grootst mogelijke problemen is gekomen. Dat bewijst dat deze maatregel voor iedereen desastreus kan uitvallen. Deze oud-zakenman schrijft ook nog het volgende. «€ 220 is momenteel nog te betalen. Als het € 350 wordt, wordt het al krappert met een WW- en WIA-uitkering. Mijn partner zal dan moeten bijspringen. Als je beschikt over meer vermogen en een hoger inkomen, is dit niets meer en niets minder dan het betalen van meer premie. De lasten zijn dan voor iedereen op een gelijk niveau. Het is wel van belang om dit in goede banen te leiden, want er zijn altijd slimmeriken die proberen te ontkomen en creatief te werk te gaan.» Ik hoor graag een reactie van de minister.

Gé Schuurmans noemt het voorstel voor verhoging van het eigen risico «schandalig». Ziekenhuisdirecteuren en leden van een raad van toezicht, specialisten en apothekers verdienen volgens hem over de rug van zieke mensen. Gé Schuurmans heeft onlangs kanker gehad. Alle nazorg valt niet onder de basisverzekering. Hij schrijft: «Met mijn inkomsten, op een sociaal minimum is het heel moeilijk om de aanvullende premies te betalen. Straks moet ik nog meer betalen. Ik moet wekelijks fysiobehandeling voor de lymfe hebben, maar dat kan ik niet betalen. Het is dus wachten op oedeem, en dan wordt het weer wel vergoed, ziekenhuisopnames et cetera, maar wel veel duurder voor de zorgverzekering.» Dat is ook een vraag die ik aan de minister wil stellen. Mensen met een ziekte in een beginfase gaan misschien door deze maatregel niet naar de dokter. Als de ziekte dan verergert, zijn zij veel duurder. Die duurdere behandeling wordt wel vergoed, want dan ben je zeker. Is het dan niet veel wijzer om ervoor te zorgen dat de huisarts een betere poortfunctie kan vervullen en dat in ziekenhuizen juist mensen die beginnend ziek zijn, preventief worden geholpen?

Wendy Bos. Ik vind het belachelijk en egoïstisch, aldus Wendy. «Wij moeten steeds meer betalen en er wordt tevens steeds meer uit het zorgpakket gehaald. Dat noem ik niet bepaald «compenseren.»» Ik ben student, aldus Wendy, dus leef van de studiefinanciering en een bijbaan. «Mijn ouders hebben niet bepaald een hoog inkomen, dus die kunnen mij financieel niet zo veel steunen. Als ik een ongelukje krijg of ziek word, betekent dit dat er een grote kans is dat ik mijn eigen risico niet kan betalen. En als ik dat wel kan, dan heb ik geen geld meer over om de normale rekening van mijn zorgverzekering te betalen. Hierdoor kom ik in de schulden terecht. Hier komt ook nog eens bij dat ik vaak al sowieso niet meer naar de dokter toe ga als ik iets heb, omdat ik weet dat ik de eventuele rekeningen die daarvan kunnen komen, niet meer kan betalen. Compenseer dan op zijn minst in de zorgverzekering zelf, want hoe meer er uit het pakket gehaald wordt, des te meer wij al zelf moeten betalen en des te meer mensen ernstig ziek worden, in de schulden raken en uiteindelijk alsnog duurder worden voor de overheid.» Was de bedoeling van deze maatregel om mensen in de schulden te storten, vraag ik de minister.

Linda Bonin. «Als het voor de komende jaren het probleem zou oplossen, zou ik het beter te verteren vinden. Echter ben ik bang dat wij over twee jaar weer opnieuw een verhoging door de strot gedrukt krijgen. Ik geloof wel dat er door de vergrijzing steeds meer mensen van de zorg gebruik

gaan maken, maar dat dit de oorzaak van het probleem is, geloof ik niet», zegt Linda. «Kosten in de zorg moeten allemaal op een rij gezet worden, ook de lonen en declaraties van specialisten, en er moet een speciale werkgroep opgezet worden om dit aan te pakken en een oplossing voor de toekomst te vinden.» Een mooie suggestie van Linda voor de minister, dacht ik. Linda vertelt nog meer: «Ik ben een werkende gescheiden vrouw met twee studerende kinderen. Ik heb een salaris van € 1450, geen alimentatie, de kinderen geen studiefinanciering. Vaders inkomen wordt bij het mijne opgeteld», zegt Linda. «Dit houdt in dat de kinderen van mijn bijbaantje moeten leven en de boeken betalen. Daarom moet ik de zorg betalen, wat een behoorlijke belasting is. Als het eigen risico dan ook naar € 350 gaat, betekent dit voor mij een eigen risico van € 1050. Waar is het einde? Dit is niet de oplossing», zegt Linda Bonin. Ik vraag aan de minister waarom zij het hiermee niet eens is.

Karin Smit-Bos zegt: «Deze maatregel is niet te rechtvaardigen. Het gevolg is dat zorg voor veel mensen financieel te grote problemen geeft. Het beoogde doel, zorg betaalbaar te houden, is niet realistisch, aangezien er niet meer geld opgehaald moet worden, zeker niet bij degenen die het al niet meer kunnen betalen, maar er gekeken moet worden waar de onnodige kosten gemaakt worden. Naar mijn bescheiden mening», zegt Karin, «is die ontstaan door de privatisering.» Is de minister het met Karin eens? Karin zegt ook nog: «Ik kan het wel betalen, omdat ik een modaal inkomen heb. Ondanks het feit dat ik door mijn astma veel medicijnen nodig heb, ben ik gelukkig in staat om te werken, maar ik maak me ernstig zorgen over de ouderen en zieken in onze samenleving die niet zo bevoorrecht zijn als ik.»

Ik zei het al: wij hebben heel veel mails gekregen van mensen die ziek zijn of chronisch ziek zijn en die door deze maatregel worden getroffen, maar ook heel veel van mensen die het volgende zeggen. Ik kan het betalen, maar ik wil dit niet in Nederland. Dit is mijn samenleving, zeggen die mensen. Ik wil als burger ook inspraak hebben over de manier waarop wij onze samenleving inrichten en onze zorg inrichten. Ik wil gewoon niet dat wij de zorg op zo'n manier inrichten. Dit zeggen mensen die afstand nemen van hun eigen positie en kijken naar de samenleving, naar het algemeen belang, naar wat ons samenhoudt en bindt. Zij zeggen: ik wil niet dat Nederland zo wordt. Daarnaast zegt Karin: «Zorg in Nederland kan wel betaalbaar en voor iedereen toegankelijk zijn als we eens zorgen dat de uitgaven naar de zorg gaan en niet naar allerlei nevenactiviteiten.» Monique de Groot zegt: «Als ik een keer € 350 plus de premie moet betalen, ben ik blut. Genoeg geld om te eten of andere rekeningen te betalen heb ik dan niet.» Volgens mij had ik deze al gehad. Als dat niet zo is ... Ja, deze had ik al gehad.

De **voorzitter**: Deze kwam ons inderdaad bekend voor.

De heer **Van Raak** (SP): Het is mooi dat iedereen goed oplet wie allemaal geweest zijn!

Voorzitter. Ten slotte Marian Toepoel. «Dit is in- en triest. Mijn dochter en een halfzus hebben beiden sinds drie maanden borstkanker. Ze zijn al geopereerd en hebben al 24 dagen bestraling gehad. Morgen begint de chemokuur. Al die vervoerskosten worden niet vergoed. Ze hebben een pruik besteld en moeten beiden honderden euro's bijbetalen. Ze hebben een vracht aan medicijnen. Ze moeten beiden na de chemo hun eierstokken en borsten laten verwijderen. Het is financieel niet te behappen. Om deze ziekte vraagt niemand, maar je wordt financieel wel helemaal uitgekleeft. Daar zit je dan samen met ieder twee kleine kinderen. Ik vind dat je dubbel gestraft wordt als je echt ziek bent. Voor mijn dochter is dit financieel een nachtmerrie. Ze rijdt zich een slag in de rondte naar verschillende ziekenhuizen en wordt dan ook aan de pomp met haar neus op de feiten gedrukt. De benzine is namelijk ook niet meer

te betalen. Je kunt beter zelf uit het leven stappen. Dan kost het niets meer en heb je lekker nergens meer weet van.»

Mensen worden bang, bang omdat we in een samenleving terecht komen waarin we niet meer voor elkaar zorgen, waarin ze zich geïsoleerd voelen, alleen voelen. In zo'n wereld willen zij niet leven, in zo'n samenleving willen zij niet leven. Behalve alle concrete opmerkingen die zijn gemaakt en alle persoonlijke verhalen die zijn verteld, gaat het er vooral om dat mensen zeggen dat zij dit niet willen. Ze zeggen: dit kunnen jullie in de Tweede Kamer wel bij elkaar verzinnen, maar dit willen we niet; in zo'n land willen wij niet wonen.

De vergadering wordt van 13.28 uur tot 14.15 uur geschorst.

Voorzitter: Arib

Mevrouw **Smits** (SP): Voorzitter. Ik wil graag voorlezen wat Annelies Pol te zeggen heeft over de verhoging van het eigen risico: «Ik vind deze bezuinigingsmaatregel belachelijk. Volgend jaar wordt mijn man 65. Hij is nu in de VUT. Wij moeten dus al een maand zelf overbruggen, wat op zich al belachelijk is. Mijn man is daarbij chronisch ziek, maar komt opeens vanaf vorig jaar niet meer in aanmerking voor een eenmalige bijdrage. Hij moet dus het totale eigen risico betalen. Deze rekening komt meestal in juni en dat is nu precies de maand die wij zelf moeten overbruggen. Ik heb al gevraagd aan onze ziektekostenverzekeraar of het mogelijk is om iedere maand iets meer te betalen voor de ziektekosten, zodat het eigen risico niet in een keer betaald hoeft te worden. Maar dan kan niet. Als ik dan pech heb, komt mijn eigen risico gelijk met dat van mijn man. Waar moet ik dit alles van betalen? Mijn suggestie is om verzekeraars te verplichten voor ziektekosten een regeling te treffen, zodat diegenen die altijd ieder jaar aan het eigen risico zitten, deze in maandelijkse termijnen kunnen voldoen.» Ik ben met de concrete suggestie van mevrouw Pol begonnen en ik zou het waarderen als de minister daar antwoord op geeft.

Alephar zegt: «Ik ben sinds 2007 volledig arbeidsongeschikt en na vier zware rugoperaties, en nog een paar in het verschiet, en het gebruik van veel medicatie zit ik meestal voor eind maart al aan het verbruik van mijn eigen risico. Van de jaarlijkse vergoedingen via de belasting van € 800 aftrek voor chronisch zieken is weinig meer over en de toeslag via het CAK wordt minder. Straks nog € 7,50 per dag in het ziekenhuis betalen. Omdat ik na vijftien jaar ellende met mijn rug en weinig hoop op perspectief depressief ben, moet ik ook nog eens € 200 betalen voor de psycholoog, wat ik dus maar niet doe. Het wordt tijd dat alles wat zorg betreft uit de vrije markt wordt gehaald en dat iedereen naar inkomen wordt aangeslagen voor ziektekosten.» Dat is een intelligente suggestie van Alephar. Ik zou graag willen dat de minister daarop reageert. Alephar zegt ook: «Nivelleren en resocialiseren zou voor ons land geen luxe zijn. Dankzij rechts Nederland, dat nu nog steeds haar vingers aan het aflikken is, leeft iedereen voor zichzelf en solidariteit is een vies woord geworden. Maak dat de zorg weer bij de overheid komt, dat er naar inkomen wordt betaald en dat de zorg efficiënter wordt ingedeeld: minder bureaucratie, minder managers, minder onnodige tussenpersonen, meer kansen en geld voor opleiding en omscholing. Dan kan het eigen risico veel minder worden. Ziek worden doe je niet zelf. Ik heb ruim 35 jaar gewerkt, waarin weken van 60 uur eerder regel dan uitzondering waren. Het was zwaar werk en nu zit ik met de gevolgen.»

Nicole zegt het volgende. «Ik vind dat deze en vorige regeringen inderdaad rekeningen doorschuiven naar burgers. Mijn moeder is al 32 jaar fysiotherapeut en via haar weet ik dat er in de zorg op vele vlakken bezuinigd kan worden. Een voorbeeld: mijn moeder is getraind in het herkennen van situaties in het huis van ouderen die blessures kunnen veroorzaken; zij is een soort schakel tussen de thuiszorg en de arts. Dat is

erg nuttig en kan veel geld besparen. Er wordt echter nog nauwelijks gebruik van gemaakt. Ga eens praten met de mensen op de vloer. Zij kunnen jullie vele suggesties aanreiken, waardoor er veel geld bespaard kan worden zonder het verlies van goede zorg.»

Nicole is 29 en heeft een chronische schildklierziekte. «Ik zal mijn levenlang medicijnen moeten blijven slikken. Ik werk fulltime, heb een vaste baan, spaar veel, blijf doorleren en help mee in de maatschappij, maar ik moet meer belasting betalen. Met mijn salaris kom ik niet van mijn studentenkamer af omdat ik de huur van een tweekamerappartement niet kan betalen en ik nu al veel moet gaan sparen voor mijn pensioen, terwijl volgens de berichten niet eens zeker is of ik mijn pensioen uitbetaald zal krijgen. Moet ik nu ook nog meer en meer ziektekosten gaan betalen? Ik handel juist, maar word voor mijn gevoel juist daarom steeds gekort.» Strookt dit met het rechtvaardigheidsgevoel van de minister? «Ik werk al drie jaar op de universiteit en ik heb daar gezien hoeveel geld er door de overheid verspild wordt. Ik zal een voorbeeld geven. De marketingafdeling van de bedrijfskundefaculteit heeft de afgelopen jaren 2,5 mln. uitgegeven aan een campagne waar tot op de dag van vandaag meer dan 60% van de studenten niets van snapt. Die 2,5 mln. is weggegooid geld. Niemand wordt daarop aangesproken. In mijn team werkt een vrouw die al 40 jaar op de universiteit werkt, maar momenteel nergens meer voor ingezet kan worden en ook niet ontslagen wordt. Dat is weer € 50 000 per jaar. Houd toch eens op met bezuinigen op basis van de peilingen, de volgende dag. Kijk naar je eigen achtertuin en stel daar orde op zaken. Ik durf te wedden dat de minister daar zo veel kan besparen, dat er geen extra bezuinigingen nodig zijn. Kom uit de ivoren toren, ga naar de werkvloer en vraag daar waarop bezuinigd kan worden. Dat is niet het eigen risico.»

Bea Koopmans schrijft het volgende. «Mensen gaan straks niet meer naar een arts, omdat zij bang zijn om doorverwezen te worden naar het ziekenhuis. Als je daar binnenstapt, is je eigen risico al opgebruikt. Artsen moeten niet zo veel medicijnen voorschrijven en moeten bij herhalingsrecepten de patiënt één keer per jaar of één keer per halfjaar op het spreekuur laten verschijnen om te kijken of de medicijnen hun werk hebben gedaan. In mijn omgeving zie ik mensen van midden 50 die 8 tot 12 soorten medicijnen per dag slikken, soms al jarenlang. Specialisten in het ziekenhuis moeten de nota eerst laten ondertekenen door de patiënt en dan pas doorsturen naar de verzekeraar, opdat te controleren is of de behandelingen die worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar inderdaad zijn uitgevoerd. Mensen met een laag inkomen worden met de rug tegen de muur gezet en straks uitgesloten van zorg. Misschien gaan zij dan eerder dood, maar dat vindt de minister wel goed met het oog op de vergrijzing. Is dat de bedoeling van de verzorgingsstaat?» Dat hoor ik ook graag van de minister.

Rick schrijft: «Alleen als het nodig is om de kosten te dekken, zou ik het doen, maar als er een betere oplossing is, zou ik die kiezen.» Dat vind ik nou verstandig van Rick, want die oplossingen zijn er; dat weet de minister ook. «De zorgverzekering zou ik inkomensafhankelijk maken», zo suggereert Rick zelf. «Wie meer inkomen heeft, betaalt dan ook meer. Hij of zij moet natuurlijk wel netto meer overhouden, maar toch meer betalen dan iemand met een lager inkomen. Dan kan iedereen de maatregel accepteren en is deze eerlijk voor iedereen.»

Gerard mailde ons het volgende. «Alleen al het idee om zomaar, zonder meer, het eigen risico te verhogen naar € 350 maakt de bedenkers rijp voor opname in een psychiatrische instelling. Dan kunnen zij gelijk ondervinden hoe het is om een eigen bijdrage te hebben. Maar voor mensen zoals ik, die door omstandigheden van € 50 in de week moeten leven, is dat een kapitaal dat zij nooit op kunnen brengen. Ik houd mijn hart uit voorzorg vast om te voorkomen dat ik daarvoor moet worden opgenomen. Waar houdt men rekening met het stapelingseffect? Want

wat te denken van de eigen bijdrage die men bijvoorbeeld voor de hulpmiddelen moet betalen? Mijn hoortoestellen moeten worden vervangen, maar daar heb ik geen geld voor. Het rechtse beleid heeft bepaald dat horen een luxe is en dat je daarvoor moet betalen. Pech, als je daar geen geld voor hebt en als jij als patiënt aan de zijlijn van de maatschappij komt te staan. Dan heb ik het nog niet eens over het deel van de medicijnen dat ik eigenlijk moet gebruiken, maar niet kan gebruiken, omdat ik de eigen bijdrage voor deze medicijnen niet meer kan betalen. Nu zijn dit weliswaar geen levensreddende medicijnen, dus ik kan er zonder, maar eigenlijk is het te gek voor woorden dat medicijnen die goed voor mij zijn, mij worden onthouden op basis van mijn inkomsten.» Gerard zegt tegen de SP: «Wellicht ben je verbaasd dat ik de bovenstaande zaken niet kan betalen, maar wel een pc heb en een internetabonnement. De verklaring daarvoor is simpel. Vrienden vonden het te gek voor woorden en wilden toch met mij kunnen communiceren en hebben mij een pc gegeven. Zo kan ik toch nog contact met de buitenwereld blijven maken.» Wat zegt de minister tegen Gerard?

Hans schrijft: «Het verhogen van het eigen risico is een ordinaire, kostenverhogende maatregel. Op deze wijze wordt de premie die maandelijks betaald moet worden extra verhoogd met bijna € 30 buiten de jaarlijkse premiestijgingen om. In mijn situatie betekent dit dat ik voor drie personen € 90 per maand meer kwijt ben aan ziektekosten, buiten de verwachte premiestijgingen om.» Hans doet een concrete suggestie. «Het wordt tijd dat de bureaucratie in de gezondheidszorg wordt aangepakt. Ook zou men kunnen bezuinigen door niet telkens de huisarts in te schakelen voor herhaalrecepten. De apotheker kan die ook controleren. Nu moet een patiënt steeds bellen. De bureaucratie in de gezondheidszorg en in de maatschappijen van artsen moet worden aangepakt. Dat kan ook tot een verdere reductie van de kosten leiden. En de macht van de verzekeringsmaatschappijen moet worden aangepakt en tot slot de marktwerking want de marktwerking heeft nog niets opgeleverd voor de patiënt.» Graag krijg een reactie van de minister op de suggesties van Hans.

Mark vindt de verhoging van het eigen risico naar € 350 schandig. «Alsof een ziekte een winstgevendende bezigheid moet opleveren voor anderen.» Voor hem persoonlijk betekent dit niets, maar hij protesteert uit solidariteit vanuit de grond van zijn hart. Hij schrijft: «Geachte leden van het parlement. Wij kiezen steeds vaker voor winst. Het gaat steeds vaker over de winstmarge op kankerpatiënten, diabetici, psychoten, chronisch zieken, mensen voor wie wij zouden moeten zorgen. Zorgen is iets anders dan aan die mensen verdienen. Ziekenhuizen en verzorgingshuizen maken winst. Artsen verdienen tonnen per jaar. Zorgmanagers rijden in steeds grotere auto's. U begrijpt dat wij zieke medemensen hier niet voor kunnen laten opdraaien. Zorgen voor een ander doe je uit menselijkheid en niet uit economische overwegingen. Wij kunnen ons niet voorstellen dat u hier anders over denkt, geachte leden van het parlement. Wij verwachten dan ook dat u tegen de verhoging van het eigen risico stemt en danken voor uw menselijke stem.» Ik waardeer het als de minister hierop reageert, maar ik kan mij vooral ook voorstellen dat dit een oproep is aan de Kamerleden.

Arnoud schrijft: «Mensen gaan minder snel naar de huisarts. Dit leidt tot gevaarlijke gezondheidssituaties die voorkomen hadden kunnen worden door tijdig ingrijpen. Gezien het feit dat mensen met lagere inkomens over het algemeen in een minder goede gezondheidstoestand verkeren dan mensen met een hoger inkomen, geeft dat in die groep extra risico's. De kosten zullen uiteindelijk dus hoger worden in plaats van lager.» Verder hebben wij zojuist afgewend dat het extra eigen risico voor de ggz uitgesteld zal worden, waardoor de mensen toch voor het voldongen feit worden gesteld dat zij een verhoogd eigen risico gaan betalen. Gemeenten doen er van alles aan om dit financieel mee op te vangen. Dit

betekent dat de gemeenten die toch al minder te besteden hebben, ook nog eens hun burgers financieel moeten ondersteunen, omdat zij de dupe zijn van dit overheidsbeleid. De armoede zal wederom toenemen, maar premier Rutte mag samen met een aantal anderen van de VVD nog steeds ontkennen dat armoede in Nederland überhaupt bestaat. Vertel dat maar eens tegen de armen zelf of tegen de voedsel- en de kledingbanken, de incassobureaus en de deurwaarders.

Arnoud schrijft ook het volgende. «Voor mijn eigen situatie betekent het dat ik nog meer op de kleintjes moet letten. Ik heb een prima baan binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar ben met een gezin met drie groter wordende kinderen, pubers, eenverdiener. In mijn eentje breng ik niet twee modale salarissen op. € 350 is weer een stapje dichterbij de € 700 die eerder genoemd is. Dat is niet op te brengen. Bovendien slik ik levenslang maagmedicatie, waarvan regelmatig ter discussie staat of die al dan niet vergoed zal worden. Ik ben mijn eigen risico bij voorbaat al kwijt en dat voelt als zeer onrechtvaardig. Verhoging van het eigen risico maakt de zorg uiteindelijk duurder. Het anders organiseren van de zorg, het terugbrengen van de eerstelijnszorg naar de eerste lijn in plaats van de tweede lijn, het uitbreiden van de wijkgerichte zorg, waar op dit moment enorm veel initiatieven zijn, levert wel geld op. Helaas wordt daar niet op gewacht en moet alles in één keer. Initiatieven krijgen te weinig stimulans van de overheid en zullen mogelijk niet voldoende voedingsbodem krijgen om lang te blijven bestaan.»

Het was mij een eer om dit hier als volksvertegenwoordiger te mogen vertellen.

De voorzitter: Het woord is aan de heer Van Gerven van de SP-fractie. Ik zie dat hij een boek bij zich heeft.

De heer Van Gerven (SP): Mevrouw de voorzitter. Ik heb inderdaad een boek meegebracht.

Ik heb de hele ochtend naar alle bijdragen en verhalen zitten luisteren. Ik moest daardoor aan de jaren zeventig denken, toen ik in Nijmegen Medicijnen studeerde. Het eigen risico was toen een hot item, net zoals nu. Het lijkt mij goed om eens te bekijken wat zich eind jaren negentig afspeelde.

Ik ga voorlezen uit een gezaghebbend boek, getiteld Om welzijn of winst. Dat boek gaat over honderd jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid. Daarbij wordt een heel duidelijk een relatie gelegd met wel of geen eigen risico en het bestaansrecht van ziekenfondsen.

De heer Mulder (VVD): Ik neem aan dat de SP alle e-mails inmiddels heeft voorgelezen en dat er niet meer volgen. Ik heb daar namelijk een vraag over. De SP heeft vanochtend een aantal e-mails voorgelezen. Ik heb daar met grote belangstelling naar geluisterd, maar het viel mij op dat er ook een paar misverstanden in die e-mails stonden. Er wordt bijvoorbeeld gesuggereerd dat de kosten van de huisarts onder het eigen risico vallen. Er wordt bijvoorbeeld gesuggereerd dat wij geen inkomensafhankelijke premie hebben, maar die hebben wij wel degelijk. De Zorgverzekeringswet is namelijk inkomensafhankelijk. Een deel van de zorg wordt uit belastingopbrengsten betaald en de belastingen zijn inkomensafhankelijk. De ABWZ is inkomensafhankelijk. Waarom maakt de SP in dit debat gebruik van deze ongerustheid; waarom neemt zij de ongerustheid van mensen niet weg? Nu de SP deze e-mails een-op-een voorleest, zonder de onjuistheden eruit te halen, exploiteert zij eigenlijk de angstgevoelens van mensen. Waarom doet de SP dat?

De heer Van Gerven (SP): Het is het bekende verhaal dat de boodschapper de schuld krijgt. Ik stel voor dat de VVD dadelijk eens uitlegt waarom een eigen risico van € 350, een straf op ziekte, noodza-

kelijk is. Kom niet aan met het verhaal dat het huidige systeem inkomensafhankelijk is, want dat is slechts zeer ten dele waar. De VVD is verantwoordelijk voor de marktwerking in de zorg, voor de invoering van de nominale, vaste premies die niet inkomensafhankelijk zijn. De € 100, € 110, € 120 of € 130 per maand – het eigen risico stijgt namelijk elk jaar – moet iedereen betalen. Natuurlijk zegt de VVD dan: wij hebben de zorgtoeslag en wij compenseren dat. Maar u compenseert dat slechts ten dele en misschien voor de allerlaagste inkomens, maar de middeninkomens zijn de pineut. Dat laten de cijfers bij het huidige wetsvoorstel ook zien.

De heer **Mulder** (VVD): Ik kom in mijn eigen termijn terug op datgene wat de VVD vindt. Ik constateer dat de SP de minister beschuldigt van bangmakerij, maar vervolgens al die ongerustheid, die voor een deel onterecht is, in al die mails niet benoemt, sterker, die hier zelfs neerlegt en daarmee vergroot. Waarom doet de SP dat? Welk belang heeft de SP erbij om dit soort misverstanden in stand te laten?

De heer **Van Gerven** (SP): Nogmaals, wij vergroten niet. Wij laten geen misverstanden in stand. Wij melden slechts hoe de mensen erover denken en dat zij zich grote zorgen maken over de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zij hebben gezien dat vanaf 2006, toen het nieuwe marktwerkingstelsel in de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd, hun premies met wel 60% zijn gestegen, dat honderdduizenden mensen de premies niet meer kunnen betalen en dat zij daarvoor een boete krijgen van 30% bovenop de nominale premie. Dat is de werkelijkheid. Dat vertellen die mensen hier. Als u goed geluisterd hebt, hebt u aan de bijdrage van mevrouw Kooiman kunnen horen hoe het zit met het vraagstuk van de huisartsen. Mensen gaan naar de huisarts, moeten dan vaak naar de apotheker of naar het ziekenhuis en krijgen alsnog de rekening gepresenteerd.

De heer **Mulder** (VVD): Als je als volksvertegenwoordiger een mail krijgt van mensen die denken dat de huisarts onder het eigen risico valt, constateer ik dat je twee dingen kunt doen. Je zegt het hier tegen de minister of je stuurt de mededeling terug dat dat niet het geval is. Dan doe je je werk als volksvertegenwoordiger. Zo kun je al die misverstanden, die onterecht zijn, herstellen. Als je dat niet doet als volksvertegenwoordiger, sta je hier gewoon te verzaken.

De heer **Van Gerven** (SP): De VVD loopt hier nu te roepen dat de huisarts niet onder het eigen risico valt. Laat het toch de VVD zijn en laat het toch de minister van Volksgezondheid zijn die juist de huisarts ook onder het eigen risico willen brengen. Of is het niet zo, vraag ik aan de geachte afgevaardigde van de VVD, dat als het de VVD ligt ook de huisarts onder het eigen risico zou moeten vallen en dat dit door vertegenwoordigers van de VVD is gezegd?

De heer **Mulder** (VVD): Ik kan rustig zeggen wat de VVD wil ...

De **voorzitter**: U komt nog aan de beurt.

De heer **Mulder** (VVD): Dat zal ik ook doen. Het gaat erom dat de SP doelbewust misverstanden in stand laat en niet reageert naar die mensen, maar die misverstanden hier neerlegt en daardoor de indruk wekt dat het ook echt zo is. Dan verzaak je als volksvertegenwoordiger, niet alleen de heer Van Gerven, maar de SP helemaal.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de heer Van Gerven verder gaat met zijn betoog.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ga verder met mijn betoog, maar ik constateer nog even dat de VVD er een voorstander van is om ook de huisarts onder het eigen risico te brengen.

Dat brengt mij op de geschiedenis van het eigen risico. Wij kijken naar de ambtsperiode van mevrouw Els Veder-Smit, een roemruchte voorgangster van minister Schippers en erelid van de VVD, om het in de goede context te kunnen plaatsen van de jaren zeventig. Terugziende op de ambtsperiode van mevrouw Veder-Smit zullen velen niet in de eerste plaats denken aan haar omvangrijke wetgevende arbeid. Eerder gaan de gedachten aan haar uit als diegene die hardnekkig poogde het eigen risico in de ziekenfondsverzekering in te voeren. Dat is haar bijzonder kwalijk genomen. Bij herhaling werd gedemonstreerd en dikwijls kwamen er betogers naar het departement in Leidschendam om haar protestbrieven aan te bieden en luidkeels blij te geven van hun ongenoegen over de voorgenomen beperkingen. Het moet gezegd: mevrouw Veder hield zich dan niet verborgen, maar pakte een megafoon en sprak de betogers toe. Het was haar sterke punt met iedereen in gesprek te blijven. Als het echter ging om het eigen risico, lag er een wereld van verschil tussen de vertegenwoordigers van de regering en de mensen die demonstreerden. Een eigen risico werd door brede groepen niet geaccepteerd. Veder-Smit, je pakt de zwakken, zong eens de zanger van een punkband op het Binnenhof. Zo werd het inderdaad door velen gezien.

In het kader van Bestek «81 dacht de regering aanvankelijk aan een eigen bijdrage op niet-klinische verstrekkingen van 100 gulden per gezin per jaar en een tientje per dag – jawel, daar komt «ie – voor ziekenhuisverpleging. Het laatste werd beargumenteerd met de opmerking dat wie in een inrichting verbleef, toch de kosten voor voeding uitspaarde. Waar heb ik dat vaker gehoord? Voor de bijbetaling van 100 gulden was eigenlijk geen ander argument te horen dan dat het tot een aanzienlijke kostenbesparing zou leiden van in totaal zo'n 560 mln. gulden. NVV en CNV lieten weten, tegen de maatregel te zijn, omdat de laagstbetaalden extra hard zouden worden getroffen. De Vereniging van Nederlandse ziekenfondsen, VNZ, zei ernstige bezwaren te hebben, maar toonde zich wel bereid tot een kritische doorlichting van het ziekenfonds- en AWBZ-pakket. Ook zou het verplichte verzekeringsstelsel moeten worden doorgelicht. De VNZ vond het namelijk onjuist dat men door bijbaantjes tegen een zeer geringe premie – Anbeek noemde het een habbekrats – verplicht verzekerd kon zijn.

Half oktober 1978 debatteerde de Tweede Kamer over de kwestie. De oppositie was mordicus tegen. Maar ook de regeringspartijen hadden bezwaren. Zo zag het CDA niets in de 100 gulden. Ik zeg het maar tegen de huidige vertegenwoordiger van het CDA. Dat lijkt ons in strijd met het beleid, de eerstelijnszorg te ontzien, zei woordvoerder Lubbers. Het resultaat van de discussie was wat mistig. De Kamer nam een scherp afwijzende motie van Dolman van de Partij van de Arbeid inzake de 100 gulden aan, maar een motie van dezelfde woordvoerder om ook het tientje af te wijzen, haalde het niet. Wel werd een wollige motie van Lubbers van het CDA aangenomen, die het eigen risico van 100 gulden afwees, maar ruimte liet voor de regering om met een gewijzigd voorstel te komen voor een bijbetaling voor ziekenhuisverpleging. Lubbers zei wel iets voor bijbetaling te voelen als daaraan een zekere begrenzing werd verbonden. Hij greep ook nu terug op de door de VNZ geopperde gedachte om de stofkam door het ziekenfondspakket te halen en het verzekerdenbestand.

Minister Albeda, die namens de regering antwoordde, kondigde aan dat het kabinet het voorstel voor een eigen risico terugtrok. Wel zou de Ziekenfondsraad om advies voor alternatieven worden gevraagd, want de voorgenomen herziening moest doorgaan. De Ziekenfondsraad, door de regering om advies gevraagd, vond een tientje eigen bijdrage per verplegdag te veel. Een bijdrage van vijf gulden zou misschien wat

anders liggen. Aan een andere uitspraak daarover waagde de raad zich niet. De FNV- en CNV-vertegenwoordigers in de raad hadden de grootste mogelijke bezwaren tegen het voorstel om deze opvatting als advies aan de staatssecretaris kenbaar te maken. Daarvoor hield de Ziekenfondsraad te veel slagen om de arm. Men sprak zich immers niet uit over de wenselijkheid van een bijdrage van vijf gulden. De raad besloot daarom met de vakbewegingstemmen tegen, niet van een advies, maar van een voorlopig tussentijds bericht te spreken. Wat de vakbondsmensen vreesden, gebeurde prompt. Mevrouw Veder liet weten dat met ingang van 1 april 1979 vijf gulden per verpleegdag moest worden bijbetaald. Bovendien zou de in bepaalde gevallen in de AWBZ geldende bijdragevrije periode worden teruggebracht van twaalf naar drie maanden. VNZ, FNV, CNV en de hele pers hadden voor dit besluit geen goed woord over. Het al eerder ontstane verzet kreeg vorm in de oprichting van tal van actiegroepen. Deze werden gecoördineerd door de Landelijke initiatiefgroep Stop het eigen risico. Dan kijk ik met name naar mevrouw Voortman. Als zij haar klassieken kent, weet zij wie de founding fathers van Stop het eigen risico waren. In ieder geval speelde de CPN daar een heel belangrijke rol in.

De groep, die meer dan 110 000 handtekeningen verzamelde, kreeg na enige aarzeling ook de steun van de VNZ. De lagere VNZ-functionarissen mochten deelnemen aan de door Stop het eigen risico georganiseerde grote landelijke demonstratieve bijeenkomst in Den Haag. De weerstand was zo groot, dat Van Agt nog voordat het debat plaatsvond, de terugtocht aanvaardde, en afstand nam van het vijfguldenplan. Het is niet het neusje van de zalm zei hij tegen de pers. Hij noemde het niet ondenkbaar dat het plan van de staatssecretaris de eindstreep niet zou halen. Dat zien we tegenwoordig wel vaker. Veder-Smit besloot de maatregel uit te stellen. Ze wilde een algemeen Kamerdebat over de beheersing van de kosten. Kort na dit besluit, op 30 maart 1979, kwam de staatssecretaris met een nota «Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling». Uit de nota bleek dat de regering van de ziekenhuisbijdrage afzag. Nu werd overwogen om een eigen bijdrage aan ziekenfondsverzekerden te vragen voor – jawel – geneesmiddelen, voor fysiotherapie en voor poliklinische specialistische hulp. Het ziekenhuistientje was nu een verwijstientje geworden. Ook werd gedacht aan een eigen bijdrage voor ziekenvervoer en plastische chirurgie en aan het vragen van een bijbetaling bij bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie. De bijdragevrije periode voor de AWBZ zou worden teruggebracht van twaalf tot zes maanden in plaats van de eerder geplande drie maanden.

De Ziekenfondsraad stelde de voorbereiding van het uit te brengen advies in handen van de al eerder ingestelde commissie-Rang, genoemd naar haar voorzitter prof. Rang. In de raadsvergadering van 27 september werd het advies vastgesteld. Dit zag er als volgt uit. Invoering eigen bijdrage per verwijskaart ad 10 gulden: afwijzend advies met 5 stemmen voor en 23 stemmen tegen. Invoering van een eigen bijdrage van 50% van de kosten tot ten hoogste 3000 gulden bij niet strikt noodzakelijk te achten plastische chirurgie: 17 stemmen voor, 9 tegen. Invoering eigen bijdrage van 50 gulden per dertig dagen tot een maximum van 100 gulden per kalenderjaar voor taxivervoer en openbaar vervoer alsmede afschaffing van vergoedingen voor lokaal taxivervoer en openbaar vervoer binnen een straal van 15 km: 18 stemmen voor, 10 tegen. Bij fysiotherapie per behandeling naast oefentherapie of massage ten hoogste één applicatie ten laste van het ziekenfonds: instemmend advies. Bij bevalling in het ziekenhuis bijbetaling van 30 gulden per dag, ook als het gaat om een medische indicatie: 21 stemmen voor, 7 tegen.

De FNV en het CNV bleven bezwaar maken tegen het voornemen van mevrouw Veder om de kosten in de gezondheidszorg terug te dringen door het invoeren van een eigen risico. Gevreesd werd dat mensen met

lage inkomens daardoor in moeilijkheden zouden komen en soms zelfs zouden afzien van het tijdig inroepen van medische hulp. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen verzette zich tegen het invoeren van het verwijstientje, maar ging met de overige voorstellen akkoord. Alleen de vakbondsvertegenwoordigers in het VNZ-bestuur waren tegen. De VNZ ontkende dat zij een ommezwaai had gemaakt. Opgemerkt werd dat ten tijde van de discussie over de betaling van het verhuistientje of -vijfje al was uitgesproken dat de ziekenfondsen bereid waren tot kritische heroverweging van het verstrekkingspakket. Welnu, daar ging het om en dat was een acceptabele zaak.

In het VNZ-maandblad «Inzet» werd het allemaal uitgelegd. Het ging erom, de koopkracht van Jan Modaal door een stabiele premie te beschermen. Dat zelfs een kwaliteitskrant als het NRC Handelsblad er blijk van had gegeven, dat niet te begrijpen, vond de VNZ jammerlijk maar niet zo verwonderlijk. De meeste kranten hadden, niet gehinderd door een al te grote kennis van achtergronden, de Veder-Smit-plannen negatief benaderd.

Enkele ziekenfondsen daarentegen, met name Ziekenzorg Amsterdam en Azivo Den Haag namen een ander standpunt in. Zij stelden zich achter de opvatting van de vakbeweging en van de initiatiefgroep «Stop het eigen risico». Het door de VNZ ingenomen genuanceerde standpunt werd onjuist geacht. Het stond vast, zo meenden ook beide ziekenfondsen, dat een eigen risico vooral de laagstbetaalden zou treffen. En het stond ook vast dat bijvoorbeeld op medische indicatie bevallende kraamvrouwen in feite het slachtoffer werden van een onvoldoende krachtige houding van de ziekenfondsen. Het was immers al lang bekend dat in veel ziekenhuizen de betiteling «medische indicatie» ten onrechte werd gebruikt. Dit ten profijte van de verzekerde, maar ook van ziekenhuis en specialist. In plaats van daar in te grijpen lieten de ziekenfondsen nu de vanwege echte medische noodzaak opgenomen kraamvrouwen in de steek. En was ook de situatie bij de fysiotherapie niet bekend.

De Ziekenfondsraad had zelf al bij de circulaire van 20 juni 1975 met zoveel woorden de ziekenfondsen gewaarschuwd voor in die sfeer heersende misstanden. In het door het uniebestuur destijds unaniem aanvaarde rapport van de eigen instellingen was daar nogal eens de aandacht op gevestigd en was met zoveel woorden gezegd dat alleen loondienst een oplossing kon geven. In plaats van daarvoor te ijveren, zo schreef Azivo in zijn jaarverslag 1979, blijven de ziekenfondsen echter voortgaan met het verrichtingensysteem. «Als dat dan uiteindelijk onbetaalbaar dreigt te worden, ziet de patiënt, de verzekerde, zijn rechten teruggedrongen.» Wij schrijven 1979.

Bij het eigenrisicocodebat in de Ziekenfondsraad kregen de raadsleden voor de eerste maal te maken met actievoerders. De publieke tribune was te klein om hen te bergen. Zij hadden zich met borden en spandoeken in de vergaderzaal verspreid. Een enkel lid wilde dat niet accepteren, maar de voorzitter vond dat de actievoerders wel wat ruimte mocht worden gegund. Die voorzitter was voormalig NVV-secretaris H. Berends die in 1978 De Kort was opgevolgd. Mevrouw Veder-Smit besloot de adviezen van de Ziekenfondsraad op te volgen, althans waar die de beperkingen van verstrekking bij fysiotherapie, plastische chirurgie en kraamzorg betroffen. Per 1 januari 1980 zou de nieuwe regeling van kracht worden. Ten aanzien van het ziekenvervoer wilde de staatssecretaris nader advies van de Ziekenfondsraad over eventuele invoering van de zogenoemde «hardheidsclausule». Zo spoedig mogelijk na 1 januari zou dan het eigen risico voor ziekenvervoer worden ingevoerd.

Overeenkomstig het advies van de Ziekenfondsraad besloot mevrouw Veder af te zien van haar voornemen tot het vragen van bijbetaling van een tientje voor de verwijkskaart naar de specialist. In een naar de Kamer gezonden nota legde de staatssecretaris haar beleidsplannen ter discussie voor. De aldus gewijzigde plannen bleken niet voldoende om de tegen-

stand tegen het eigen risico weg te nemen. De protesten werden sterker. De initiatiefgroep Stop het eigen risico kreeg de steun van een steeds groter aantal, belangrijke, maatschappelijke organisaties. Daaronder vielen de FNV, de samenwerkende bejaardenorganisaties, het Consumentencontact en de invalidenbond ANIB.

De Vereniging van Nederlandse ziekenfondsen deed aan de acties niet langer mee. Deze was tegen een eigen risico voor huisarts en apothekershulp en tegen een ziekenhuis- of verwijstientje, maar had weinig moeite met bijbetaling voor ziekenvervoer, plastische chirurgie en kraamzorg. Voor de plaatselijke ziekenfondsen was het soms wat moeilijk. Dikwijls werden zij benaderd met het verzoek om mee te werken aan acties tegen het eigen risico. Gelet op de opstelling van de VNZ werd dat op een enkele uitzondering na geweigerd.

Voorafgaand aan het Kamerdebat vond op 6 november 1979 in Den Haag een demonstratie plaats tegen het eigen risico. Het Haagse ziekenfonds Azivo verleende daaraan actief medewerking. Dat hielp overigens niet veel. De Tweede Kamer gaf mevrouw Veder het groene licht voor het vragen van eigen bijdragen. Van een geestdriftige stemming was echter bepaald geen sprake. De oppositiepartijen wilden niets weten van de plannen en de regeringspartijen steunden de staatssecretaris, maar lieten merken dat met enige tegenzin te doen. De acties duurden ook na het Kamerdebat voort. Mevrouw Veder kreeg op haar departement 60 000 briefkaarten aangeboden. Alleen al Azivo had er onder zijn leden 15 000 verzameld waarmee werd geprotesteerd. In een vergadering van de Ziekenfondsraad waarin de uitvoeringsbesluiten aan de orde kwamen, verschenen weer actievoerders. Het waren er dit keer zo veel dat enige wanorde ontstond. Dat was reden voor de raad om in het gebouw bepaalde veiligheidsvoorzieningen te laten aanbrengen.

Uiteindelijk werd op 1 april een eigen bijdrage ingevoerd voor de plastische chirurgie, voor zover de behandeling uitsluitend dient ter correctie van een onvolkomenheid die binnen de normale variatiebreedte van het normale uiterlijk is gelegen. Zo werd dat toen genoemd. De bijdrage werd gesteld op 50% van de kosten tot een maximum van € 3000. Het eigen risico kwam er echter niet, door de weerstand en de acties van de mensen in de jaren zeventig. Ik heb dit vrij uitvoerig voorgelezen met de bedoeling om de mensen die nu het debat voeren te laten zien hoeveel gelijkenis er is met het debat dat toen werd gevoerd. Er zijn verschillende dingen veranderd, maar één ding is gelijk gebleven, namelijk het standpunt van de VVD. Die partij is gebleven bij de gedachtegang van Els Veder-Smit, het erelid van de VVD. Zij dacht dat in de jaren zeventig. Haar nazaten denken er nog steeds zo over. Dat is dus niet veranderd. Ik zie echter dat het standpunt ten opzichte van het eigen risico bij een aantal partijen wel is gewijzigd. Ik vraag hen om toch nog eens na te denken of het niet wijs is om eerst de kiezer maar eens te laten spreken alvorens verder te gaan met het behandelen van dit wetsvoorstel en de maatregel van het verhogen van het eigen risico van € 220 naar € 350.

De heer **Mulder** (VVD): Ik dank de heer Van Gerven voor zijn compliment aan het adres van de VVD. Ik complimenteer hem graag terug, want ook de SP is van standpunt veranderd. In het verkiezingsprogramma staat namelijk dat zij het eigen risico in de zorg niet wil verhogen, maar juist fors verlagen. Er staat echter niet bij dat zij het naar nul wil verlagen. Ook de SP is nu dus zover dat er een eigen risico moet zijn, 40 jaar na de VVD.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat klopt niet. De SP is een tegenstander van het eigen risico en wil het afschaffen ...

De heer **Mulder** (VVD): In uw eigen verkiezingsprogramma staat «fors verlagen»! Er staat nergens «afschaffen»!

De heer **Van Gerven** (SP): Rustig, rustig. Geachte afgevaardigde van de VVD, rustig nu maar. Er staat wat u hebt voorgelezen ...

De heer **Mulder** (VVD): U gaat nu al uw eigen verkiezingsprogramma ...

De **voorzitter**: Nee, nee.

De heer **Van Gerven** (SP): Luister, het is een conceptverkiezingsprogramma waarin staat dat de SP het eigen risico fors wil verlagen. Dat betekent dat het ook nul kan worden. Wij kijken naar de realiteit; wij zitten met een enorme crisis. Het principe staat echter keihard overeind: wat de SP betreft komt er geen eigen risico. Als een meerderheid van de Kamer dat wil, komt er geen eigen risico en wordt het eigen risico dat nu bestaat, afgeschaft.

De heer **Mulder** (VVD): Het is goed om te zien dat de SP nu alweer haar eigen verkiezingsprogramma wijzigt. Ik ben even heel precies. Er staat: «fors verlagen». Kan het of moet het wat de SP betreft naar nul?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij laten het nu doorrekenen door het CPB en wij zetten alles op een rijtje. Wij hebben heel veel wensen. Wat de SP betreft gaat het als het enigszins kan naar nul, want wij zijn tegen het eigen risico.

De heer **Mulder** (VVD): Ik kan mijn compliment dus handhaven, want de SP zegt niet dat het naar nul moet maar dat het, als het enigszins mogelijk is, naar nul kan. Het moet dus niet naar nul; dat is helder. Het kost 40 jaar maar dan komt u toch een heel klein beetje achter de VVD aan en ziet u dat wij 40 jaar voorlopen op de SP.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee. Wat de SP betreft gaat het eigen risico naar nul zodra dat kan. Daarvoor hebben wij een meerderheid van de Kamer nodig.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik dank de heer Van Gerven hartelijk voor zijn interessante historische exposé. Ik vind het mooi dat eigenlijk alleen bevestigd wordt dat wij hier met een onderwerp bezig zijn dat al heel lang speelt en waarmee wij al heel lang worstelen. Wij hebben al heel lang gekeken naar mogelijkheden om de kosten van de zorg een beetje binnen de perken te houden. Ik vraag de heer Van Gerven of hij, naast de parallel dat het in de jaren zeventig niet lukte en hij hoopt dat het nu ook niet lukt, ook iets anders ziet. Ziet hij niet dat er in die 40 jaar heel wat is veranderd op het vlak van demografie, emancipatie van patiënten, kostenbewustzijn en ontwikkeling van de zorg?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik constateer dat in bepaalde kringen al in 1966 werd gezegd dat de zorg onbetaalbaar zou worden. In VVD-kringen is dat altijd een mantra geweest: minder collectief regelen, meer overlaten aan het individu en kijken wat er allemaal uit het pakket kan. Dat is niets nieuws; dat horen wij al 50 jaar. Wat zijn evenwel de feiten? De feiten zijn dat de kosten van de gezondheidszorg in Nederland gemiddeld zijn, vergelijkbaar met die in andere West-Europese landen. Wij hebben een goed pakket, alleen lopen wij aan tegen het feit dat de premies steeds verder oplopen en niet voldoende inkomensafhankelijk zijn. De premies moeten meer solidair worden gemaakt. Dan verdwijnt het probleem van de onbetaalbaarheid waarmee nu al honderdduizenden mensen worden geconfronteerd. Er zitten 300 000 mensen in een boetesysteem. Zij betalen nog eens 30% bovenop hun vaste nominale premie. Als wij zo doorgaan met het verhogen van het eigen risico, voorspelt de SP dat dit aantal fors

zal groeien met naar schatting honderdduizenden mensen. Het zal niet afnemen, zoals de minister in haar antwoord schreef.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Van Gerven zegt dat wij eigenlijk nog in dezelfde situatie zitten, want ik vroeg hem expliciet of hij geen verschil ziet. Wij hebben niet alleen een kleine groep mensen die misschien vindt dat de eigen bijdrage kan worden verhoogd. Alom in de zorg, in de gehele sector, is men daar inmiddels van overtuigd. Dat moeten wij inderdaad niet alleen doen met het verhogen van de eigen bijdrage, dat wil ik de heer Van Gerven nageven. Wij moeten ook de verspilling in de zorg aanpakken en wij moeten naar de salarissen in de zorg kijken, van managers, specialisten en noem maar op. Dat moet allemaal ook gebeuren. Wij moeten het echter allemaal doen, dat is het heel vervelende van de huidige situatie. Ik zou heel graag met de SP zeggen: wij blijven gewoon doorgaan, iedereen mag alles hebben wat hij nodig heeft en wat hij wil. Daar zijn wij echter de fout mee ingegaan. Wij zijn heel veel dingen gaan vergoeden die misschien op dat moment niet zo nodig waren. Het is heel belangrijk om het kostenbewustzijn bij patiënten en cliënten te vergroten.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat het een misvatting is dat er patiënten zijn die denken dat de zorg niets kost.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat zeg ik niet.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, maar er wordt heel vaak gezegd dat het kostenbewustzijn van mensen vergroot moet worden. Wat de regering heeft gedaan, is het invoeren van een eigen risico. Waar heeft dat toe geleid, de invoering van een eigen risico van eerst € 170 en nu € 220? Dat heeft er alleen maar toe geleid dat een collectieve rekening van ongeveer 1,3 mld. is verschoven naar een particuliere betaling. Dat heeft niet geleid tot een daling van de uitgaven. Nee, het is een cosmetische rekening, op papier, van collectief naar privaat. De mensen moeten het echter wel gewoon betalen.

De SP heeft in haar inleiding al gevraagd waarom wij de artsen niet in loondienst brengen, voor bijvoorbeeld een ministersalaris. Ik doel dan op de vrijgevestigde specialisten. Dat zou 0,5 mld. kunnen opleveren. Dat is niet afgesproken in het Kunduzakkoord.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Daar wordt onderzoek naar gedaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Er had ook voor gekozen kunnen worden om de Wet geneesmiddelenprijzen aan te scherpen. Dat levert 300 mln. op. Samen is dat die 800 mln. die wordt bezuinigd over de rug van de patiënt heen. Waarom zetten wij dan niet die koers in? Wij zijn het er allemaal over eens dat er bespaard kan worden in de zorg, maar wentel de rekening niet af op de patiënt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb net al gezegd dat dit niet het enige is, maar dat wij het niet alleen kunnen redden met de maatregelen die de SP voorstelt. Ik stel ook vast dat de SP geen goed alternatief heeft om die enorme kostenstijging in bedwang te houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat D66 stelt, klopt niet. D66 was overigens indertijd ook tegen het eigen risico. Ik wil mevrouw Dijkstra toch ook wel even die spiegel voorhouden. D66 is in dat opzicht toch ook wel wat veranderd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): In 40 jaar verandert deze partij, inderdaad.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, maar ik constateer dat slechts. Niet elke verandering, zeg ik tegen de woordvoerder van D66, is een vooruitgang. De SP stelt voor om wat goed is te behouden.

D66 zegt dat de SP geen alternatieven heeft. Vorig jaar was Emile Roemer in debat met minister-president Rutte. Hij heeft een grote stapel rapporten meegenomen met onze alternatieven. De kern van de alternatieven van de SP is tweeledig. Het eerste is: laten wij de betaling van de zorg inkomensafhankelijk maken, dus inkomensafhankelijke premies. Het tweede is: laten wij het verrichtingenstelsel afschaffen, en zo het persoonlijke particuliere belang dat een aantal artsen en hulpverleners heeft om meer te produceren. Laat artsen in loondienst werken zodat de oneigenlijke prikkels om veel omzet te maken waardoor de zorg onnodig duur wordt en te veel zorg wordt geboden die niet nodig is, verdwijnen.

De **voorzitter**: Is dit nog steeds een antwoord op de vraag van mevrouw Dijkstra, mijnheer Van Gerven?

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, maar het is ook een afronding.

De **voorzitter**: Oké, graag.

De heer **Van Gerven** (SP): Als wij het op die manier doen, krijgen wij de zorg die nodig is met een fatsoenlijke rekening in plaats van een onnodige rekening. Het stuit mij tegen de borst dat men altijd alleen naar de economen luistert als men er in geldkwesties niet uitkomt. Altijd kiest men dan de gemakkelijke weg in de vorm van de verkleining van het pakket en het verhogen van het eigen risico. Dat is simpel, want daarbij kan men gewoon een streep zetten. Dan zijn de boekhouders weer tevreden. Laten wij ons met z'n allen echter eens gaan inzetten voor iets waardevols, namelijk het recht op zorg voor iedereen. Dank u, voorzitter.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van Gerven had het over de rapporten die de SP heeft geschreven. Die partij heeft vorig jaar ook een alternatief bedacht voor de invoering van het eigen risico. Zij heeft dit alternatief ook laten doorrekenen door het Centraal Planbureau. Weet de heer Van Gerven nog wat de conclusie was van het Centraal Planbureau? Weet hij nog wat het CPB over dit alternatief schreef? Ik controleer hem, want ik heb wat het CPB hierover schreef, hier voor mij op papier staan.

De heer **Van Gerven** (SP): Gaat uw gang, mijnheer Mulder.

De heer **Mulder** (VVD): Nee, ik vraag aan de heer Van Gerven om het mij te zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Gaat uw gang, mijnheer Mulder.

De heer **Mulder** (VVD): Dan zal ik zelf zeggen wat die conclusie was. Het CPB schrijft dat het plan van de SP uiteindelijk leidt tot verlaging van de werkgelegenheid en daarmee tot lagere belastinginkomsten. Die plannen van de SP zijn dus allemaal slecht voor de economie. Wij hebben juist een sterke economie nodig om al de mooie voorzieningen die wij in dit land hebben, op een solidaire manier in stand te kunnen houden. Alle plannen van de SP gaan ten koste van de economische groei, ten koste van het verdienvermogen van Nederland en daarmee dus ook ten koste van de voorzieningen. Daartoe leiden de plannen van de SP.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben daarover gediscussieerd met het CPB. Wij hebben aan het CPB gevraagd: wilt u voor ons uitrekenen wat onze plannen betekenen voor de premies van de mensen? Wat kwam er

uit die berekening? Er kwam uit dat driekwart van de mensen erop vooruit zou gaan. De mensen met een inkomen van boven de pakweg € 80 000 zouden er geleidelijk aan wat meer op achteruitgaan. Zij zouden wat meer moeten bijbetalen in het kader van de solidariteit. Wij denken dat het gerechtvaardigd is om deze mensen te vragen om de schandvlek op te lossen die ontstaat doordat mensen die heel weinig verdienen grote problemen krijgen met de betaling. Het gaat hierbij om honderdduizenden mensen die nu eigenlijk veroordeeld zijn tot langdurige schuldhelpverlening en een betaling elke maand van € 30 tot € 50 boete. De SP bestrijdt dus de visie van het Centraal Planbureau. Zij bestrijdt het dat haar plan slecht zou zijn voor de economie. Mevrouw Leijten heeft in onze inleiding betoogd dat wij willen investeren in de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is beschaving. Het is ook economie. In de gezondheidszorg kunnen banen worden geschapen. Een gezonde samenleving leidt tot gezonde werknemers en medewerkers. Daar heeft iedereen profijt van. Dat is goed voor onze economie. De SP is niet van de club die vindt dat alles kapot moet worden bezuinigd, ook onze economie.

De heer **Mulder** (VVD): De SP zegt nu eigenlijk: we hebben een plan, maar we geven het CPB de schuld omdat het ons plan afkeurt. De SP doet daarmee hetzelfde als een voetbalteam dat verliest en de scheidsrechter de schuld daarvan geeft.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, het CPB keurt ons plan niet af. Het trekt alleen op het punt van de werkgelegenheid andere conclusies dan de SP doet.

De **voorzitter**: Dank u wel. Het woord is nu aan mevrouw Dille. Zij voert het woord namens de PVV-fractie.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Mijn fractiegenoten gaan tot het uiterste om de besluitvorming over het Europees noodfonds uit te stellen. Op dezelfde manier ga ik tot het uiterste om de verhoging van het eigen risico helemaal van de baan te krijgen. Ik wil in ieder geval dat de besluitvorming daarover wordt uitgesteld tot na de verkiezingen. Het verhogen van het eigen risico is namelijk niet nodig, daar er ook gekozen kan worden voor andere, meer rechtvaardige maatregelen. Bovendien past het een demissionaire regering niet om dit soort radicale beslissingen er nu doorheen te drukken. Straks zijn er verkiezingen. Het is aan de burger om zijn stem hierover te laten horen. Het zou getuigen van respect voor de democratie om op de stem van de burger te wachten. De gehaaste besluitvorming over belangrijke zaken als het verhogen van het eigen risico, is te danken aan Brussel en staat haaks op de anders zo zorgvuldige behandeling van wetsvoorstellen in dit parlement. Om wel zorgvuldige behandeling te betrachten, om met alternatieve maatregelen te komen en om een pas op de plaats te maken voor maatregelen die straks onomkeerbaar zijn en die zo diep ingrijpen in onze samenleving als het gaat om solidariteit en betaalbaarheid, benut ik mijn parlementaire recht om hierover een dag, desnoods twee dagen of nog langer, te debatteren met de Kamer en de minister. Onze demissionaire minister wil zo nodig dat mensen thuis aan de keukentafel gaan praten over de kosten in de gezondheidszorg. Welnu, dan neem ik het voortouw door eerst hier, in het parlement, de discussie met de minister aan te gaan, want hier worden tenslotte de beslissingen genomen over de kosten die de mensen aan de keukentafel moeten gaan bespreken. Het getuigt van weinig respect voor onze democratie als de minister vervolgens reageert met: het vertraagt, maar het houdt de maatregel niet tegen. Dat is een liberale minister, die het volk vertegenwoordigt, onwaardig. Maar goed, zij is dan ook inmiddels demissionair.

Niemand kan ontkennen dat aan dit wetsvoorstel de eisen van Brussel ten grondslag liggen. Zonder Brussel hadden wij dit debat niet eens. Dan hadden wij geen verhoging van het eigen risico en al die andere lastenverzwarende maatregelen, maar konden wij onze eigen zorgvuldige afwegingen maken welke hervormingen in de zorg noodzakelijk zijn. De Kunduzmaatregelen, zoals verhoging van het eigen risico, zijn namelijk niet bedoeld als hervormingen om de kosten in de hand te houden, maar zijn ordinair lastenverzwaringen voor de burger, met name voor de chronisch zieken en de ouderen, om een gedeelte van de crisis te betalen. Niet snijden in eigen vlees, maar liever de bijl zetten in de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten, dat is de keuze van de Kunduzcoalitie. Daar kan mijn fractie niet mee akkoord gaan. Laat die 40 mld. voor het ESM maar hier. Dan bereiken wij het noodzakelijke evenwicht en hebben wij 14 mld. extra te besteden aan onze gezondheidszorg en onze ouderen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Herkent mevrouw Dille de volgende uitspraak? «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 van uit werd gegaan.»

Mevrouw **Dille** (PVV): Ja, deze uitspraak herken ik. Die is door een collega gedaan tijdens een periode dat wij in een soort van gedoogconstructie zaten. Toen moesten er inderdaad wel eens compromissen gesloten worden. Nu zijn wij daar vrij van, en dus kunnen wij weer het ware PVV-geluid laten horen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is goed dat de PVV weet dat zij nog twee jaar geleden blij was met de verhoging. Ik heb vaak discussies met de PVV gevoerd over maatregelen die zij steunde toen deze minister nog missionair was. Toen werd altijd gezegd: wij moeten ook vervelende maatregelen treffen. De verhoging van het eigen risico was een van de maatregelen, en daar was de PVV blij mee. Sterker nog, twee jaar geleden, of liever gezegd één jaar geleden – wat ik voorlas dateert van 27 november 2011 – sloot de PVV nog helemaal niet uit dat het nodig was om in de toekomst het eigen risico verder te verhogen. Ik vraag dus toch graag: wil de echte PVV nu opstaan?

Mevrouw **Dille** (PVV): Hier staan wij.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dus in verkiezingstijd zegt u: het eigen risico moet bevroren worden. Vervolgens wordt het verhoogd, en bent u daar blij mee en sluit u verdere verhogingen niet uit. Nu is het weer verkiezingstijd en nu zegt u ...

Mevrouw **Dille** (PVV): Heel misschien gaat de SP nog meemaken dat zij ook een keer regeringsverantwoordelijkheid zal dragen. Wij hopen het natuurlijk niet, maar het zou zomaar kunnen gebeuren. Dan zou het ook weleens kunnen gebeuren dat mevrouw Leijten wat compromissen moet sluiten op enig niveau. Het is nu eenmaal niet anders. Dat is inderdaad vaak heel erg vervelend, maar om aan de knoppen te kunnen zitten is het af en toe nodig. Daar moet je inderdaad keuzes in maken. Dat zal mevrouw Leijten vast wel gaan merken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat snappen wij heel erg goed. Als je water bij de wijn moet doen, moet de wijn nog wel drinkbaar blijven. Maar nu heb ik het over deze veer die de PVV gelaten heeft. Een jaar geleden was de collega van mevrouw Dille nog blij met de verdere verhoging van het eigen risico. Ik stel vast dat het wel erg grote woorden zijn die mevrouw

Dille nu weer gebruikt, want eigenlijk sloot zij een jaar geleden nog niet uit wat nu de Kunduzcoalitie heeft gedaan.

Mevrouw **Dille** (PVV): Het «blij» staat wel in het teken van: blij dat wij andere, vreselijkere dingen konden voorkomen. Zo simpel is het.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik sluit aan bij de vorige vraag. De afspraken binnen de Kunduzcoalitie zijn niet altijd even stevig. Dat hebben wij ook gemerkt met de forensentaks. Ik stel daarom een vraag aan mevrouw Dille om te weten hoe duurzaam de maatregelen zijn. Bij de vorige begroting heeft de PVV er bijvoorbeeld mee ingestemd om steun bij stoppen met roken, dieetadvisering en nog een paar andere dingen uit het pakket te halen. In het Kunduzakkoord wordt dat weer teruggedraaid. Hoe kijkt mevrouw Dille daar tegenaan?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik kan nu het antwoord geven, maar het komt dadelijk terug in mijn betoog. Wij zijn ontzettend blij dat die dingen geschrapt waren. Wij vinden het te belachelijk voor woorden dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid niet nemen en dat wij moeten gaan betalen voor antirookprogramma's.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In het missionaire kabinet – dat was vorig jaar – is het pakket aan de orde geweest. Met instemming en gedoogsteun van de PVV is toen een aantal zaken uit het pakket gehaald dat nu door de Kunduzcoalitie weer wordt teruggedraaid. Hoe consistent en duurzaam is de PVV? Kan het zijn dat de PVV alsnog voor die maatregelen kiest waar zij in de gedoogsituatie voor was?

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV is in ieder geval niet duurzaam, want van dat woord gruwelen wij. Wij zijn er wel voorstander van dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen en vinden dat antirookprogramma's niet in het pakket thuishoren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In die zin hebt u moeite met wat hier voorligt?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ja.

Voorzitter. De Kunduzcoalitie creëert een samenleving die de verzorgingsstaat voorbijgaat, waarin patiënten bestempeld worden als mensen die het net niet gered hebben. Ziek zijn heb je vooral zelf in de hand. Mocht je toch ziek worden of oud en gebrekkig, dan moet je niet zeuren, want dan had je je leven maar beter moeten inrichten. Patiënten zijn verworpen tot een risico en een schadepost voor de rest van de samenleving. De solidariteit in de zorg is aan het verdwijnen. Het verhogen van het eigen risico versnelt dit proces. Waarom? Omdat het hoge eigen risico voornamelijk de mensen treft die het huidige eigen risico moeten betalen en die dit nauwelijks op kunnen brengen. Dat zijn de mensen met een handicap of chronische ziekte. Het zijn onze ouderen die gebrekkig en dement worden. Voor ouderen stijgen de zorgkosten als het eigen risico stijgt. Ze gaan minder naar de dokter en gaan minder medicijnen gebruiken. Als gevolg daarvan worden ze vaker in het ziekenhuis opgenomen en wordt het remeffect en de daarmee beoogde besparing tenietgedaan. Een hoog eigen risico voor ouderen of mensen met een chronische ziekte leidt dus per saldo niet tot lagere ziektekosten.

De koopkracht krijgt door het Kunduzakkoord forse klappen te verwerken. Dat bleek vorige week uit de langverwachte doorrekening van het akkoord. Het CPB voorspelt voor 2012 een koopkrachtverlies van 2% tot 2,25% voor gepensioneerden. Daar komt in 2013 nog eens 0,25% bij voor alle 65-plussers met een klein aanvullend pensioen. Ouderen worden onevenredig hard getroffen door de effecten van het Kunduzakkoord. Het

akkoord bevat bovendien nauwelijks maatregelen die ervoor kunnen zorgen dat de koopkracht van ouderen op peil blijft. Je zult maar met z'n tweetjes van je AOW moeten rondkomen. Aan het begin van het jaar kun je gelijk € 700 neerleggen omdat je last hebt van reuma of diabetes en medicijnen moet kopen. Bij ziekenhuisopname komt er opeens liggeld bij, zogenaamd omdat je thuis kosten uitspaart. Het verzekerde pakket wordt steeds kleiner en voor de aanvullende verzekering word je geweigerd of moet je meer premie betalen. Hoe gaan onze ouderen dat redden? Precies! Ze gaan het niet redden. Daarom moet dit vreselijke Kunduzakkoord van tafel.

Dat we niets opschieten met lastenverzwaringen maar dat we naar hervormingen toe moeten, blijkt eveneens uit de cijfers van het CPB. Daaruit blijkt namelijk dat in 2017 het eigen risico naar € 935 moet om de kosten van de zorg op te vangen. Weet het CPB wel dat er veel mensen zijn in Nederland die niet eens zo veel geld per maand binnen krijgen? Verhogen van het eigen risico is echt de verkeerde oplossing, maar natuurlijk wel de gemakkelijkste weg om geld op te halen. De vijf Kunduzpartijen hadden natuurlijk ook geen tijd om gedegen na te denken over hervormingen, want er moest snel een pakket aan maatregelen op tafel liggen om de geldhonger van Brussel te stillen. Maar haastige spoed is zelden goed. Daarom moeten we deze besluitvorming uitstellen tot na de verkiezingen, zodat ook de burger in Nederland zijn stem hierin kan laten horen en we vervolgens de juiste keuzes kunnen maken. De verhoging van het eigen risico levert de Kunduzcoalitie 800 mln. op. Dat is een groot bedrag. Hoe groot is het in verhouding met andere maatregelen? Uit het onlangs verschenen rapport van het interdepartementaal beleidsonderzoek naar umc's blijkt dat een combinatie van maatregelen een besparing van 425 mln. kan opleveren bij de academische ziekenhuizen. Ik zeg: doen! Dat is al de helft. Kom maar op met die maatregelen! Dit umc-voorbeeld laat zien dat er binnen de zorgsector meer mogelijkheden tot besparingen zijn. Mijn fractie pleit ervoor om die eerst te benutten. Er gaat meer dan 60 mld. om in de zorg. Daarop kunnen wij besparen door niet-effectieve behandelingen te schrappen, door verspilling van medicijnen tegen te gaan, door minder managers aan te stellen en door efficiënter gebruik te maken van hulpmiddelen, om maar wat te noemen. Hiermee is echter tijd gemoeid en deze regering heeft geen tijd, want er moet zo nodig een akkoord naar Brussel. Daarom mogen de zwakkere groepen nu de zwaarste lasten dragen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik zou graag van mevrouw Dille horen hoeveel koopkracht een AOW'er met alleen een AOW-inkomen zou verliezen als het Catshuisakkoord was doorgegaan.

Mevrouw **Dille** (PVV): Net als u ben ik ontzettend blij dat het Catshuisakkoord niet is doorgegaan. Wij hebben geweigerd daar onze handtekening onder te zetten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit is het vluchtgedrag dat wij kennen van de PVV. Het zou min 2% zijn geweest. AOW'ers zouden enorm gebloed hebben als het Catshuisakkoord erdoor was gekomen. Geen akkoord zou ook slecht hebben uitgepakt, maar dit akkoord pakt het beste uit voor mensen met alleen een AOW-inkomen. Het koopkrachteffect is namelijk plus 1%.

Mevrouw **Dille** (PVV): Zoals u al zei: 0,2% is voor de PVV totaal onaanvaardbaar. Fijn dat u dat even benadrukt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het Lenteakkoord pakt dus het beste uit voor mensen met alleen een AOW-inkomen.

Mevrouw **Dille** (PVV): Droomt u maar verder.

Zoals mijn collega vijf jaar geleden al zei: ziek zijn is geen keuze, het overkomt je. Ergens beseft iedereen dat een ongeluk of een ziekte je op elk moment kan overkomen en dat dit niet te vermijden is. Daarom was er nooit veel animo voor een vrijwillig eigen risico in de zorg. De particuliere ziektekostenverzekeringen van vroeger kenden een vrijwillig eigen risico en daar werd veel vaker gebruik van gemaakt. Dat kwam omdat de premiekorting die je kreeg bij een hoger eigen risico vaak hoger was dan het eigenrisicobedrag. De premiekorting die je nu krijgt bij een vrijwillig eigen risico is veel lager. Pas als de premiekorting uitstijgt boven de verwachte eigen betaling is het aantrekkelijk om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico onder de nieuwe wet is echter gemaximeerd, omdat door de aanwezigheid van risicoverevening zorgverzekeraars geen hogere premiekorting mogen geven in ruil voor een vrijwillig eigen risico. Hierdoor heeft het vrijwillig eigen risico in het nieuwe zorgstelsel nooit gewerkt.

Er is sprake van een additioneel effect op het nemen van een vrijwillig eigen risico. Dat is van sociaaleconomische aard, namelijk het opleidingsniveau. De kans dat iemand met een hoog opleidingsniveau een vrijwillig eigen risico heeft, is na correctie voor gezondheidsverschillen significant groter – de kans is ruim twee keer zo groot – dan de kans dat iemand met een laag opleidingsniveau een vrijwillig eigen risico heeft. Samengevat: gezondere en hoger opgeleide mensen nemen eerder een vrijwillig eigen risico dan minder gezonde en lager opgeleide mensen. De gemiddelde zorgkosten van verzekerden met een vrijwillig eigen risico zullen lager zijn dan die van verzekerden zonder vrijwillig eigen risico. Al met al leidt dit tot weinig besparing op de zorgkosten, want het betreft voor het merendeel gezonde mensen. Het verplicht eigen risico daarentegen treft ongezonde populaties.

Opdat mensen zich ervan bewust worden dat de zorg niet gratis is, heeft elk land wel een systeem van eigen bijdrage. Het uitgangspunt daarbij is dat de eigen bijdrage een remmende werking heeft op het gebruik van zorg. Het verlegt een deel van de collectieve kosten naar de private burger. Deze eigen bijdragen moeten dan zo evenwichtig mogelijk verdeeld worden en niet alleen bij de patiënten terechtkomen. Overigens deden de eigen bijdrage of het eigen risico niet hun intrede bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Zij bestonden al lang daarvoor. Enkele voorbeelden hiervan zijn de medicijnknaak uit 1983 en het zogenaamde specialistengeeltje uit de periode 1988–1990. Ook minister Borst kondigde in 1996 een systeem van eigen bijdrage aan in de sfeer van doelmatigheid en efficiency. Overigens werd in 2006 niet gestart met het eigen risico, maar met de no-claimkorting, die echter al gauw ter discussie kwam te staan. De regeling hield in dat verzekerden die jaarlijks voor minder dan € 250 aan zorgkosten hadden, het verschil tussen hun zorgkosten en die € 250 terugkregen.

De remmende werking bleek echter een fiasco en werd in de maatschappelijke discussie gezien als onrechtvaardig. Chronisch zieken en gehandicapten hadden namelijk vanwege hun gezondheidssituatie, waar zij uiteraard niet om gevraagd hadden, nooit aanspraak op een teruggave. Het was een aantasting van het solidariteitsbeginsel, dat uitgaat van de bereidheid van de gezonde mens om mee te betalen voor de wat ongezondere mens via zijn nominale premie. Dit werd als een onhoudbare situatie gezien en dus werd in 2008 het verplicht eigen risico ingevoerd. Het eigen risico is een variant op de eigen bijdrage. Een eigen risico is in feite een 100% eigen bijdrage die gemaximeerd is tot een bepaald bedrag. Het eigen risico heeft twee doelstellingen: een remeffect op het zorggebruik en een verschuiving van een deel van de collectieve lasten naar privaat. Bij de invoering in 2008 betaalden wij met z'n allen naast de zorgpremie en de belastingheffing via het eigen risico ook nog eens 1,8 mld. aan de financiering van de zorg. Dit aandeel wordt nu nog eens

verdubbeld. De zorgkosten die een gemiddeld gezin betaalt, zijn daarmee opgelopen tot bijna € 14 000 op jaarbasis. Dat is dan nog zonder het eigen risico en zonder eigen bijdragen. Wij kunnen hier dus nog eens rustig € 1000 bovenop leggen. In totaal is een gezin met twee verdieners op jaarbasis dus ongeveer € 15 000 kwijt aan zorgkosten. Dit komt neer op ongeveer 21% van het inkomen.

Op mijn papier staat een erg ingewikkeld rekensommetje. Ik lees het met liefde voor. Ik stel vast dat er inderdaad mensen zijn die daar behoefte aan hebben. Zvw nominale premie: $2 \times € 1222 = € 2444$; Zvw inkomensafhankelijke premie: $2 \times € 1671 = € 3342$; AWBZ inkomensafhankelijke premie: $2 \times € 4000 = € 8000$; eigen risico: $2 \times € 350 = € 700$; overige eigen betalingen: € 300. Conclusie: totaal € 14 786. Ik wil hiermee duidelijk maken dat de zorgkosten fors zijn en veel harder zijn gestegen dan beloofd bij de introductie van ons nieuwe zorgstelsel. In zes jaar tijd zijn de kosten voor de zorg met bijna 50% toegenomen. In plaats van dat alles beter en goedkoper werd, is het alleen maar duurder geworden. Dit ligt niet alleen aan de vergrijzing van de bevolking. Het komt ook doordat er medisch steeds meer kan en doordat er dure diagnostiek wordt ingezet voor het vaststellen van diagnoses. Bovendien wordt er dure techniek ingezet bij operaties. Dat willen wij ook, want hierdoor leven wij langer en hebben wij een betere kwaliteit van leven. Wij kunnen ons echter afvragen of nieuwe behandelingen, technieken en medicijnen wel altijd nuttig en zinnig zijn. Deze discussie moet in de komende jaren gevoerd worden. In plaats van een hervormingsagenda voor de kostenbeheersing van de zorg op te stellen, komt de Kunduzcoalitie alleen maar met een nog verdere verhoging van het eigen risico. Er kleven enkele nadelen aan het eigen risico die ik nu even zal opnoemen. Ten eerste: negatieve gevolgen voor de volksgezondheid. Het eigen risico kan namelijk drempels vormen die mensen van het gebruik van noodzakelijke gezondheidszorg weerhouden. Ten tweede: aantasting van de solidariteit tussen de zieke en gezonde mensen. Gezondheid en ziekte zijn willekeurig en evenredig over de bevolking verdeeld. De solidariteit zal begrensd worden als zorggebruikers de zorg gedeeltelijk zelf moeten betalen. Ten derde: aantasting van de toegang tot zorgvoorzieningen. Dit kan leiden tot financiële drempels bij de toegang tot zorgvoorzieningen. Vooral de laagste-inkomensgroepen moeten in verhouding tot hoge inkomensgroepen meer uitgeven voor zorgvoorzieningen. Ten vierde: indirecte toename van selectiemogelijkheden. Verzekeraars kunnen onderdelen van verzekeringspolissen door middel van eigen betaling onaantrekkelijk maken voor personen met hoge risico's.

Naast deze nadelen is er ook een aantal negatieve effecten. Ten eerste: het inhaaleffect. Verzekerden die hun eigen betaling volledig hebben benut, gaan zich gedragen als volledig verzekerden, waardoor de zorgconsumptie zal toenemen. Ten tweede: het anticipatie-effect. Verzekerden die weten dat zij het maximum aan eigen betaling zullen bereiken, gaan zich gedragen als volledig verzekerden, waardoor de zorgconsumptie zal toenemen. Ten derde: het uitsteleffect. Verzekerden die aan het eind van een periode in een keer zo veel ziektekosten maken dat het bedrag aan eigen betaling wordt overschreden, zullen ziektekosten uitstellen tot aan het begin van een nieuwe verzekeringsperiode. In dat geval kunnen zij namelijk gedurende een langere periode van een volledige verzekering genieten en ongeremd zorg consumeren.

De afweging tussen de doelstelling en de nadelen van het eigen risico is een taak van de overheid. De overheid weegt de belangen van alle partijen zo goed mogelijk af, zodat uiteindelijk een verbetering van de welvaart mogelijk wordt. Dat gebeurt nu echter niet. Iedereen gaat er nu op achteruit: de ouderen, de chronisch zieken en de gehandicapten het meest. Deze demissionaire minister houdt de mensen voor dat de zorg in de toekomst niet meer betaalbaar is. Ik zeg tegen de demissionaire

minister dat de zorg helemaal niet meer betaalbaar is door het doorvoeren van deze verhoging van het eigen risico.

Ik kom bij de merkwaardige constructie die de Kunduzcoalitie heeft bedacht om de minima voor het eigen risico niet te compenseren via de Compensatie eigen risico (Cer), de maatregel die hier speciaal voor in het leven in geroepen is, maar via de zorgtoeslag. Deze regeling heeft niets met het eigen risico te maken, maar was bedoeld om tegemoet te komen aan de hoge kosten van de zorgpremie. Zij was ingesteld om voor de vroegere ziekenfondspatiënten de overgang naar de nieuwe Zorgverzekeringswet te verzachten.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de voorwaarden voor de compensatie van het eigen risico vastgesteld. Om in aanmerking te komen voor de Cer 2012 moet men volgens de Zorgverzekeringswet voldoen aan een of meer van de voorwaarden die ik nu allemaal zal oplezen.

1. «U krijgt geneesmiddelen voor bepaalde aandoeningen. Er wordt gekeken naar de gedeclareerde medicijnen in de jaren 2010 en 2011. Het gaat om specifieke stoffen die voorkomen op de lijst die het ministerie van VWS voor deze regeling heeft opgesteld. Van deze geneesmiddelen met een specifieke stof moeten er in 2010 en 2011 meer dan 180 standaard dagdoseringen aan u zijn geleverd.»
2. «U bent onder behandeling voor bepaalde aandoeningen bij een ziekenhuis of een medisch specialist. Er wordt gekeken naar bepaalde behandelingen in de jaren 2009 en 2010. De behandelingen zijn ingedeeld in een zogenaamde diagnose kostengroep (DKG). Het gaat om behandelingen die voorkomen op de lijst die het ministerie van VWS voor deze regeling heeft opgesteld.»
3. «U verblijft langdurig in een AWBZ-instelling. U verbleef minstens een halfjaar aan één stuk in een instelling op basis van de AWBZ. Het gaat om een verblijf van 1 januari 2012 tot en met 1 juli 2012.»

Het is op zich een prima regeling, hoewel je vraagtekens kunt plaatsen bij de lijst met geneesmiddelen die relevant zijn voor de compensatie van het eigen risico.

Ik ga verder met de zorgtoeslag, een tegemoetkoming in de kosten van de zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen. De zorgtoeslag is dus te vergelijken met bijvoorbeeld de huurtoeslag, die bedoeld is als tegemoetkoming voor het betalen van de huur. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. De zorgtoeslag heeft niets te maken met het gebruik van zorg. Ook als je in 2013 helemaal niet ziek bent, geen medicijnen bij de apotheek haalt en niet naar de polikliniek van het ziekenhuis gaat, heb je op basis van je inkomen nog recht op zorgtoeslag. De zorgtoeslag wordt niet door het ministerie van VWS geregeld, het gaat allemaal via de Belastingdienst. De Belastingdienst zegt: «Zorgtoeslag is een tegemoetkoming in de kosten van uw zorgverzekering. Met de toeslag kunt u een deel van de nominale premie voor uw zorgverzekering betalen.» Ik herhaal: «Met de toeslag kunt u een deel van de nominale premie voor uw zorgverzekering betalen.» Zorgtoeslag heeft dus alles te maken met de zorgpremie en niet met het eigen risico.

Mijn fractie heeft de minister vorige week gevraagd waarom de zorgtoeslag wordt verhoogd voor het compenseren van het verhogen van het eigen risico. Het antwoord luidde dat de regering ervoor heeft gekozen om zieken met een lager inkomen te compenseren via de zorgtoeslag. «De maatregel wordt evenwichtig over de zorggebruikers verdeeld in de zin dat de laagste inkomens volledig ontzien worden en naarmate het inkomen stijgt er meer betaald moet worden.» Mensen dit klopt niet. Niet alleen zieken met een lager inkomen worden gecompenseerd, ook gezonde mensen met een lager inkomen krijgen nu een hogere zorgtoeslag. Waarom zouden gezonde mensen ter compensatie van de verhoging van het eigen risico – dat hoeven zij niet betalen, want zij

maken dit niet op – alsnog automatisch een verhoging van hun zorgtoeslag krijgen?

Hoezeer ik mensen met een lager inkomen de zorgtoeslag ook gun, zij hebben geen recht op deze verhoging. Compensatie moet alleen gelden voor mensen die gebruikmaken van de zorg. Ik wil van de minister weten of deze maatregel juridisch wel klopt. Het betreft namelijk een compensatie voor kosten die niet gemaakt zijn. Overigens begrijp ik de maatregel wel. Het is een noodgreep van de Kunduzcoalitie om de verhoging van het eigen risico er doorheen te drukken en gunstig te laten afsteken. Via de Cer was dit voor 2013 niet te verwezenlijken, maar wel via de zorgtoeslag. Deze constructie heeft nog een voordeel, hoewel ik eerder zou spreken van misleiding en gegoochel met cijfertjes.

De meerkosten die nu gemoeid zijn met hoge zorgtoeslag – die meerkosten bedragen 560 mln. – behoren nu niet tot de uitgaven van het budgettaire kader zorg, maar komen voor rekening van de Belastingdienst. Denk maar even na: een ingrijpende maatregel als de verhoging van het eigen risico – die levert netto slechts 240 mln. op, namelijk een opbrengst van 800 mln. minus de kosten van compensatie ter waarde van 560 mln. – is immers niet te verkopen aan de burger die daarvoor een eigen risico van € 350 moet gaan betalen. Ik vind het gewoon bedrog. Het ministerie van VWS sleept 800 mln. besparing binnen, waaraan alle burgers moeten meebetalen door een hoger eigen risico. Daar bovenop moeten de burgers ook nog eens meebetalen aan de kosten van de compensatie van mensen die misschien niet eens gebruikmaken van de zorg. Om dit onrecht ten opzichte van mensen die afhankelijk zijn van de Cer nog te vergroten, wordt de tegemoetkoming volgens de Cer volgend jaar niet verhoogd. Deze mensen worden daardoor benadeeld. Er is dus geen sprake van een evenwichtige verdeling van de lasten. Opnieuw constateer ik dat de Kunduzcoalitie de lasten voor zieke mensen verzwaart. Omdat deze constructie allerminst rechtvaardig is, heb ik hierover nog de volgende vragen aan de minister.

Is de zorgtoeslag wel het juiste instrument om deze belachelijke verhoging van het eigen risico te compenseren? Waarom vindt er geen compensatie via de Cer plaats van het eigen risico? Is voor deze regeling gekozen om de kosten van de uitvoering te verleggen, zodat deze niet ten laste komen van het BKZ? Klopt het dat de laagste inkomens volledig gecompenseerd worden door middel van een verhoging? Is het zo dat deze groep in onze samenleving de meeste zorg vraagt of zijn er ook andere groepen die veel zorg vragen? Wordt hier niet voorbijgegaan aan het doel van het eigen risico, namelijk een rem op de zorgvraag? Vindt de compensatie plaats aan het begin van het jaar zoals in de huidige zorgtoeslagregeling? Wordt er daadwerkelijk gekeken naar zorggebruik? Indien dat het geval is, wordt er dan ook teruggevorderd aan het eind van het jaar. Indien dit niet het geval is, hoe rechtvaardig is deze maatregel dan? Wat zijn de extra administratieve lasten en uitvoeringskosten van deze maatregel? Wat zegt dat over de solidariteit van dit stelsel? Is het zo dat voor het bedrag van € 220 compensatie plaatsvindt via de Cer voor de overige € 115 via de zorgtoeslag? Waarom is er gekozen voor deze bezopen constructie? Is dit juridisch getoetst? Is dit niet een verkaptte vorm van een inkomensafhankelijk eigen risico? Waarom wordt de Cer niet verhoogd nu het eigen risico stijgt?

Mede door de toegenomen kosten kunnen steeds meer mensen hun zorgpremies niet meer betalen. Het aantal wanbetalers is enorm en stijgt almaar. Er is nu een ingewikkeld systeem opgetuigd om de wanbetalers aan te pakken, maar veel heeft dat nog niet opgeleverd. Het lijkt onuitroeibaar en het kost de samenleving zo'n 0,5 mld. per jaar. In 2011 vroegen bij zorgverzekeraar UVIT 4000 mensen per maand om een betalingsregeling. Menzis meldde onlangs hetzelfde. Toch beweert deze minister dat er geen substantiële stijging van het aantal wanbetalers wordt verwacht. Bij zo'n bewering wil ik dan graag een gedegen onder-

bouwing, want ik verwacht samen met een heleboel andere partijen uit het veld die stijging wel. Overigens zijn er geen cijfers bekend over mensen die hun eigen risico niet betalen, want zij worden niet geregistreerd. Misschien wordt het tijd dat wij dat wel doen om er inzicht in te krijgen hoeveel mensen door de verhoging van het eigen risico in financiële problemen komen. De opmerking van de demissionaire minister dat mensen alvast rekening kunnen houden met hoge zorgkosten en daarom geld opzij kunnen zetten, getuigt van weinig realiteitszin. Ik hoef alleen maar het koopkrachtplaatje van de AOW erbij te halen om aan te tonen dat de ruimte om te sparen er gewoon niet is.

In 2005 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet een mijlpaal genoemd door voormalig minister Hoogervorst. Ik zet de hoogtepunten van de nieuwe wet op een rij. Het onderscheid tussen het ziekenfonds en particulier verzekerden verdwijnt. De basisverzekering is gelijk aan het huidige ziekenfondspakket. Kinderen tot achttien jaar zijn gratis meeverzekerd. Om de kosten voor burgers te beperken komt er een zorgtoeslag. Burgers kunnen jaarlijks van verzekeraar wisselen. De verzekeraars moeten iedereen tegen dezelfde premie het basispakket aanbieden. Dit moet risicoselectie, het weren van mensen met een zwakke gezondheid, voorkomen. Naast de verplichte basisverzekering kan de burger zich aanvullend verzekeren voor extra medische hulp. Voor deze premie, evenals voor de eigen bijdrage en het eigen risico, is er geen toeslag. Verzekeraars moeten scherper met elkaar concurreren. Verder onderhandelen zij met de zorgaanbieders over de tarieven en de kwaliteit van de medische hulp. Zij kunnen lagere prijzen of extra service afdwingen omdat ze niet meer met elk ziekenhuis een contract hoeven af te sluiten. Ik zag twee belangrijke doelstellingen bij de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet: het maken van een einde aan het onderscheid particulier en ziekenfonds en een basispakket gelijk aan het toenmalige ziekenfondspakket voor de gehele bevolking. Typerend voor de invoering was de klassieke vraag van elke zorgverlener: bent u ziekenfondsverzekerd, of particulier? Dit had niet alleen betrekking op de financiële afhandeling, maar ook op de behandeling. Immers, het open spreekuur bij de huisarts zat altijd vol ziekenfondspatiënten, en de particulier verzekerden konden 's middags op afspraak komen. Dus: ja, ik was blij dat deze tweedeling in de zorg verdween.

Echter, met het steeds kleiner wordende basispakket en de steeds uitgebreidere aanvullende pakketten, waarbij de verzekeraars overgaan tot medische selectie of bepaalde patiëntengroepen uitsluiten voor de aanvullende verzekering, tenzij tegen een veel hogere premie, zie ik de tweedeling in de zorg weer terugkomen. In plaats van dat de overheid hier iets aan doet, versterkt ze deze tweedeling nog meer door de invoering van een nog hoger eigen risico, invoering van eigen betalingen en verkleiningen van het pakket. De tweedeling in de zorg raakt dus in een versnelling dankzij deze maatregelen.

In 2010 wisten we al na de evaluatie dat er geen remmende werking uitgaat van het eigen risico, dat de totale zorguitgaven niet veranderen door het eigen risico, dat huisartsen in hun voorschrijf- of verwijsgedrag geen rekening houden met het eigen risico en dat de uitvoeringskosten van het eigen risico hoger zijn dan verwacht.

Een jaar later werd de tweede fase van deze evaluatie gepubliceerd, waarin de conclusies in lijn waren met het voorgaande. Voor 2012 geldt het bovenstaande dus nog steeds. Samenvattend kunnen we concluderen dat de Zorgverzekeringswet een aantal instrumenten bevat om de risicosolidariteit veilig te stellen respectievelijk te versterken: acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en risicoverevening. Niettemin bestaan er loopholes die de beoogde risicosolidariteit op termijn aantasten.

De regeling voor het behoud van inkomenssolidariteit staat onder druk. Aanleiding voor de Zorgverzekeringswet, zo staat in het SER-advies uit

1999, is om te komen tot een stelsel dat bestand is tegen toekomstige ontwikkeling. In het licht van de vergrijzing moet dit genoeg solidariteit kunnen organiseren. Hoe staat het daarmee? Ons zorgstelsel wordt immers gedragen door de bereidheid van de gezonde burgers om te betalen voor het gebruik van gezondheidszorg door de zieke burger. Het spreekt voor zich dat we allemaal meebetalen aan de zwangerschap van de buurvrouw, of aan de verzorging van de demente moeder, of aan de kankerbehandeling van een ziek kind. Als jezelf plotseling iets overkomt of je krijgt een ongeluk, dan wil je ook dat die zwangere buurvrouw aan jouw kosten meebetaalt, zoals die demente bejaarde via de premie nog bijdraagt aan de zorgkosten van ons allemaal. Dat is namelijk altijd de basis geweest van ons zorgstelsel, en dit was ook het uitgangspunt bij de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Hoogleraar Martin Buskens zegt het volgende over solidariteit: collectiviteiten blijken voor zorgverzekeraars prima instrumenten te zijn om marktactiviteiten te ontplooiën in de richting van aspirant-verzekerden met een gunstig risicoprofiel. Zo biedt Agis fikse kortingen aan aspirant-verzekerden die aangeven een profiel te hebben op Hyves. Deze zorgverzekeraar weet natuurlijk heel goed dat deze site vooral onder jongeren een hip imago heeft. Maar zolang sprake is van een collectieve verzekering en een maximale korting op de basisverzekering die niet hoger is dan 10% wordt hierin geen probleem gezien. Maar bij andere constructies van onder andere CZ en Zilveren Kruis Achmea zijn geen collectiviteiten betrokken. Het betreft hier het herverzekeren van het eigen risico van de basisverzekering, wat buiten het bereik van de Zorgverzekeringswet ligt. Het herverzekeren van het eigen risico gebeurt door het nemen van een soms wel zeer goedkope aanvullende ziektekostenverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar. Die verzekering is een rechttoe, rechtaan schadeverzekering. Daarop is niet de Zorgverzekeringswet van toepassing, maar wel het reguliere verzekeringsrecht van het BW. Dat recht verzet zich niet tegen aan het schadeverzekeringsbedrijf inherente praktijken als premie-differentiatie en risicoselectie. Zo sluipt dit toch ons zorgstelsel binnen. Nu zullen jonge, gezonde mensen vrij gemakkelijk een dergelijke aanvullende verzekering kunnen nemen, maar voor chronisch zieke, doorgaans ongezonde ouderen ligt het anders. Als ze al niet geweigerd worden, dan zullen ze meer dan waarschijnlijk toch een premie moeten betalen die aanmerkelijk hoger ligt. Het prijsniveau van de vijftigplusverzekeringen die de zorgverzekeraars in kwestie aanbieden, ligt alvast beduidend hoger. De chronisch zieken of minvermogende oudere heeft dus niet in dezelfde mate toegang tot een aanvullende ziektekostenverzekering waarmee, als het erop aankomt, klaarblijkelijk ook noodzakelijke gezondheidszorg bekostigd zal moeten worden. Bovendien gaan de gezonde burgers die gebruik maken van de hierboven besproken constructies minder bijdragen in de kosten die gemaakt worden voor de zorgbehoeftigen. Hierdoor worden de lasten gedragen door minder schouders en drukken die lasten dus meer op de schouders van diezelfde zorgbehoeftigen.

Dit proces is al aan de gang en de Kunduzmaatregelen sturen dit nog meer in de verkeerde richting. Er is nu duidelijk sprake van een lastenverschuiving naar de zieke patiënt. Je bent ziek, knap het zelf maar op. Kom je in het ziekenhuis te liggen, dan betaal je maar € 7,50 per dag. Ook van de ouderen wordt een actieve bijdrage aan de samenleving verwacht. Zowel zieken als ouderen moeten blijven participeren. De AOW wordt voor ouderen een worst case scenario. Het basispakket biedt alleen nog maar een minimum aan zorg. Eigenlijk ben je te beklagen als je daarvan afhankelijk bent. Je levensloop bepaal je toch zelf. Anders heb je pech. Het is kortzichtig om een samenleving na te streven waarin ziekte of ouderdom als een calculeerbaar risico wordt beschouwd waartegen je je moet indekken. We wilden af van de situatie waarin we particulieren en ziekenfondspatiënten hadden. Nu krijgen we mensen met een basispakket

en mensen met een aanvullende verzekering. De tweedeling is weer helemaal terug, met daarbij mogelijkheden tot premiedifferentiatie en risicoselectie.

Toch handhaaft deze demissionaire minister de stelling dat alle zorgmaatregelen in het Kunduzakkoord betrekking hebben op hervorming en efficiënte zorgverlening, waarbij de verhoging van het eigen risico het kostenbewustzijn van de burger dient te verbeteren. Maar hoe ik het ook bekijk, ik zie niets van die hervormingen. Dat verhogen van het kostenbewustzijn middels het eigen risico is een lachertje. Het lijkt er meer op dat een stelletje onzorgvuldige, bureaucratische boekhouders in zeer korte tijd een flinterdun akkoord in elkaar hebben gedraaid waarvan ze de gevolgen niet kunnen overzien. Van dit amateuristisch in elkaar gedraaide akkoord zullen echter wel een heleboel mensen last krijgen in 2013. Daarom is het een absolute noodzaak dat wij dit hier tegenhouden.

Nu, vijf jaar na het in werking treden van de wet, moet geconstateerd worden dat er sprake is van een voortdurende stijging van de zorguitgaven. Deze uitgaven leiden tot forse premie- en andere kostenstijgingen bij de consument. Ook is de dekking van zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering versoberd en zijn er problemen met de betaalbaarheid en de houdbaarheid van het stelsel. Dit roept toch dringend de vraag op of de wet wel aan haar doelstellingen voldoet of aanpassing behoeft.

Ik ga over naar de voorhangprocedure in artikel 124 van de Zorgverzekeringswet. Ik constateer meteen dat de zo hoog in het vaandel staande hervormingsmaatregelen van FC Kunduz ook op de pakketmaatregelen slaan. Allereerst noem ik het opnieuw ordinaire bezuinigingen en lastenverzwaringen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik hoor graag even van mevrouw Dille welke hervormingsvoorstellen zijn doorgevoerd toen de PVV het kabinet nog gedoogde.

Mevrouw **Dille** (PVV): Zoals u weet, is een aantal goede aanzetten gegeven, onder andere de aanzet om ervoor te zorgen dat zorginstellingen geen last hebben van allerlei belachelijke regels en bureaucratische onzin. Voor de rest hebben wij nog een aantal oplossingen die later in mijn betoog terugkomen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb het over concrete hervormingen. De enige wijzigingen die ik me kan herinneren van de PVV, waren de IQ-maatregel en het bijna geheel afschaffen van het persoonsgebonden budget. Die maatregelen hebben we gelukkig kunnen terugdraaien.

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik weet natuurlijk niet of het geheugen van mevrouw Voortman haar in de steek laat, maar er zijn natuurlijk wel heel duidelijk concrete stappen gezet om de zorg betaalbaar te maken, bijvoorbeeld de stap om ervoor te zorgen dat allerlei therapieën die gewoon niet bewezen effectief zijn, niet meer betaald worden. Er zijn dus de nodige maatregelen genomen. Maar ik zal dadelijk ook nog ingaan op een aantal nieuwe maatregelen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Welke therapieën dan? Ik hoor dan graag concrete voorbeelden.

Mevrouw **Dille** (PVV): Met name op het gebied van gedragsbeïnvloedende therapieën zijn er veel therapieën waarvan wij denken: daar moet de belastingbetaler niet voor gaan opdraaien. Die werden tot voor kort altijd klakkeloos betaald. Ik heb zelfs een therapie gezien waarbij werd uitgegaan van klankschalen. Dan werd je chakra meer geopend en zou je

minder last hebben van depressiviteit. Laten wij het er maar op houden dat wij dat onzin vinden. Wij willen terug naar de basiszorg.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb niet echt concrete voorbeelden gehoord van grote PVV-hervormingen in de zorg. Dan moet ik concluderen dat die er niet zijn. Ik ben blij dat we in ieder geval af zijn van de IQ-maatregel en de bezuiniging op het PGB.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog. In 2010 is de gewogen gemiddelde ligduur in Nederlandse ziekenhuizen verder gedaald. De gewogen gemiddelde ligduur in alle Nederlandse ziekenhuizen was in 2010 3,17 dagen. Dit betekent een daling van 4,5% ten opzichte van 2009. Nederland kent al de kortste ligduur van alle landen om ons heen. Een efficiencyslag valt hier dus helemaal niet te halen. Kortom, de demissionaire minister kan onmogelijk volhouden dat het introduceren van een eigen bijdrage van € 7,50 per ligdag is ingegeven vanuit een hervormingsmaatregel dan wel vanuit een efficiencyoogpunt. Ik kom bij de volgende maatregel: de procentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen. De maximale vergoeding voor hoortoestellen wordt vervangen door een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Ik stel opnieuw de vraag of dit een hervormingsmaatregel of een efficiencymaatregel is. Ik ben ervan overtuigd dat de big business in de hoortoestellenbranche moet worden aangepakt. Daarover zijn al meerdere malen Kamervragen gesteld. Zoals het voorstel er nu ligt, is een van de consequenties dat ook mensen met een kleine beurs voor hoortoestellen moeten gaan betalen. Nu helpen audiociens 30% van hun klanten zonder bijbetaling. Het gaat om een twee jaar oud voorstel van het CVZ dat destijds is gepresenteerd als budgetneutraal maar nu 27 mln. aan besparing moet opleveren. Boer & Croon berekende destijds dat het voorstel leidt tot een stijging van de kosten. Die lopen in vijf jaar op met 80%; van 105 mln. in 2010 tot 189 mln. in 2015, als gevolg van de te verwachten groei van het aantal oudere slechthorenden en de in het voorstel opgenomen verruiming van aanspraken. Heeft de minister harde afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars die de beoogde besparing van 27 mln. moeten gaan realiseren? Of kunnen wij deze besparing nu al naar de prullenbak verwijzen?

Het is betreuenswaardig dat maatregelen voor stoppen met roken worden teruggedraaid zodat deze weer voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking komen. Het basispakket is bedoeld voor noodzakelijke zorg en stoppen met roken valt daar niet onder. Het past prima in het aanvullende pakket. Waarom moeten mensen die willen stoppen met roken honderden euro's vergoed krijgen voor nicotinepleisters? Zij besparen toch al fors doordat zij geen sigaretten meer kopen? Niemand heeft hen gedwongen om te gaan roken. Dat was hun eigen keuze. Het is ook hun eigen keuze om daarmee weer te stoppen. Het is prima als rokers ermee stoppen, maar laat hen dat vooral zelf betalen. De overheid heeft in het verleden veel geld uitgegeven aan stoppen met roken, met programma's, campagnes en organisaties, en wat blijkt uit de stukken? Het aantal rokers is met 1% toegenomen. Het werkt niet. De overheid zou zich daarom moeten beperken tot alleen voorlichting. De antirooklobby Stivoro heeft flink uitpakke en kan tevreden zijn met het resultaat. Mijn fractie is dat echter niet. Hoeveel subsidiegeld heeft Stivoro in de lobbypraktijken gestopt?

Vorig jaar zei de demissionaire minister tijdens een algemeen overleg nog het volgende over roken: «Niets is zo lucratief, zowel voor je eigen gezondheid, die van je omgeving en je eigen portemonnee, als stoppen met roken. Ik zie echt niet in waarom je buurman, die niet rookt, eraan mee moet betalen. Het spijt mij wel, maar ik zie het niet in. Ik zie ook niet in dat al mijn vrienden en kennissen, die ruim boven de twee ton zitten, op kosten van de zorgverzekeraar moeten stoppen met roken. Ik vind dat

echt heel treurig. Als je stopt met roken, levert je dat heel veel geld op. Een pakje sigaretten kost meer dan € 5. Een pakje per dag, zeven pakjes per week: reken maar uit, daar word je hartstikke rijk van. Je wordt er ook veel gezonder van. Ik spreek uit ervaring. Ik kan het iedereen aanraden. Ik ben vier jaar geleden gestopt. Bij wat er in een basispakket zit, gaat het ook over dit soort afwegingen. Moeten wij dit met zijn allen financieren?» Mijn fractie is het hartstikke eens met deze wijze woorden. Het oordeel van de minister was toen nee, en mijn fractie was het daarmee eens. Zij is het daarmee nog steeds eens, maar deze minister en haar partij doen een ongelooflijke knieval voor de Kunduzclub door 180 graden te draaien. We gaan weer met zijn allen het stoppen met roken financieren. Dat is onzinnig want stoppen zonder hulp is eerder regel dan uitzondering. 90% van alle mensen die stoppen met roken doet dat zonder enige vorm van hulp.

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Dille, wij moeten instemmen met het vergoeden van kosten voor stoppen met roken. Dat doen wij met grote tegenzin. Wij zijn in deze positie gekomen door u. Waarom bent u weggelopen uit het Catshuis?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik zal het nog een keer uitleggen. Wij zijn weggelopen omdat sprake was van een vreselijk akkoord waaronder wij onze handtekening niet konden zetten. De zwakste mensen werden daarmee gepakt, eigenlijk net als met het Kunduzakkoord. Het is jammer dat de VVD niet weggelopen is.

En wat zei de demissionaire minister vorig jaar juni over de dieetadviesering? Ik citeer uit de toelichtingsbrief die zij na het algemeen overleg over het pakketadvies naar de Kamer stuurde: «Als onderdeel van de behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening kan de behandelaar advies geven over het bij de aandoening gewenste eetpatroon, met bijvoorbeeld het advies bepaalde voeding te vermijden, niet te vet te eten enzovoort. Dan is er geen sprake van dieetadviesering zoals diëtisten die plegen te bieden, maar van de meer algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten. Dit valt onder de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden en blijft ook in 2012 verzekerde zorg. Dieetadviesering is voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Het gaat om de meer specialistische, op de toestand van het individu toegesneden, advisering en begeleiding. Nog anders gezegd: het gaat om dieetzorg zoals diëtisten die plegen te bieden.» De minister gaat verder met: «Per 1 januari 2012 is specialistische dieetadviesering niet langer een verzekerde prestatie ten laste van de zorgverzekering. Uitzondering daarop vormt dieetadviesering die wordt gegeven als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan COPD, diabetes of die een vasculair risico heeft. In die gevallen zal dieetadviesering per 2012 nog wel onder de verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet vallen. Het onderscheid tussen dieetadviesering en algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten licht ik toe aan de hand van het voorbeeld ketenzorg bij diabetes. De zorgstandaard Diabetes stelt als kwaliteitsparameter voor goede diabeteszorg de eis dat een nieuwe diabeet in jaar één naar de diëtist gaat (voor een advies over voeding en eetgewoonten, toegesneden op zijn persoon en fysieke toestand). Aan de begeleiding, die daarna nodig is bij het uitvoeren van het door de diëtist opgestelde plan, wordt de eis van inschakeling van de diëtist niet gesteld. Het is goed voorstelbaar dat die begeleiding wordt overgedragen aan een andere zorgfunctionaris. In dit voorbeeld komen dus zowel de specialistische dieetadviesering zoals diëtisten die plegen te bieden en de meer algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten zoals huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, voor. De voorgenomen maatregel per 1 januari 2012 aanstaande

betekent in het geval van ketenzorg bij COPD, diabetes en vasculair risicomanagement dat de zorg zoals diëtisten die plegen te bieden nog wel wordt vergoed en de meer algemene advisering en begeleiding ook. De specialistische dieetadvisering in de niet-ketenzorg context is vanaf 1 januari 2012 geen verzekerde prestatie meer onder de Zvw. Het is uiteraard aan verzekeraars om hierop in te spelen, maar wij hebben bij het nemen van de pakketmaatregel meegewogen dat er een gerede kans is – het gaat om een duidelijk afgebakende aanspraak – dat de dieetadvisering onderdeel gaat uitmaken van de aanvullende verzekering.» Dat is opnieuw een standpunt waar mijn fractie achter kon staan. Zij heeft dat ook steeds verdedigd en zal dat, in tegenstelling tot deze demissionaire minister en haar liberale partij, ook blijven doen.

Als er één pakketmaatregel had moeten worden teruggedraaid, dan is dat wel die ten aanzien van de maagzuurremmers. Wij hebben er vorig jaar mee ingestemd onder voorwaarde dat de effecten zouden worden gemonitord. Er hebben ons inmiddels berichten bereikt dat de maatregel niet uitpakt zoals hij bedoeld was. Chronisch gebruik zou voor vergoeding in aanmerking blijven komen. «Chronisch gebruik» wil zeggen dat iemand langer dan zes maanden maagzuurremmers slikt. Wij zien echter dat mensen met reuma die NSAID's slikken, afhankelijk zijn van hun op en neer gaande ziektebeeld. Het komt dus voor dat zij soms maandenlang geen NSAID's slikken en dan weer maanden achtereen wel. Deze reumapatiënten zouden volgens ons toch onder de chronisch gebruikers moeten vallen en hun maagzuurremmers zouden wel moeten worden vergoed. Er heeft ons nog een ander bericht bereikt. Er zijn combinatiemiddelen op de markt, bijvoorbeeld een NSAID samen met een maagzuurremmer. Deze combinatiemiddelen worden wel volledig vergoed. Ze zijn uiteraard duurder maar worden nu opeens veel vaker voorgeschreven. Dat is natuurlijk niet de bedoeling geweest van de maatregel om maagzuurremmers uit het pakket te halen. Kortom, deze pakketmaatregel van vorig jaar zou nog eens grondig moeten worden geëvalueerd en misschien herzien.

Tot zover de voor ons niet te verteren pakketmaatregelen, die er nu via deze voorhang ook gelijk maar even doorgejaast worden. Het is al met al bijzonder jammer om te moeten constateren dat deze demissionaire minister uiteindelijk niet het lef heeft gehad om te zeggen «handen af van de zorg» maar in plaats daarvan is gezwicht voor al die verschrikkelijke linkse hobby's van de Kunduzcoalitie. Er zijn namelijk heus maatregelen denkbaar waarbij wel is nagedacht over de positie van onze ouderen en chronisch zieken en die daarnaast besparing opleveren. Mogelijke oplossingsrichtingen zoals het afschaffen van de zorgtoeslag, het verlagen van de zorgpremie en het verschoven eigen risico, worden door het kabinet op voorhand afgewezen. Daarmee laat het kabinet niet alleen kansen liggen om knelpunten en problemen aan te pakken die een succesvolle stelselwijziging in de zorg belemmeren, maar ook om besparingen op de collectieve uitgaven te realiseren. Is het evenwichtig dat bijna het hele Kunduzpakket vooral in het vlees van de burger snijdt en de overheid eigenlijk spaart? Is het evenwichtig dat je liggeld voor het ziekenhuis moet betalen terwijl zonnepanelen extra worden gesubsidieerd? Het antwoord is natuurlijk: nee, dat is helemaal niet evenwichtig. Het is ook niet acceptabel. Als de Staat per jaar meer geld uitgeeft dan hij binnenkrijgt, moet de Staat de tering naar de nering zetten. Bij Kunduz is de balans volledig mis. Van de 12 mld. in het Kunduzpakket, worden de burgers voor 8,5 mld. getroffen met netto lastenverzwaringen. Slechts 1 mld. komt voor rekening van de overheid.

Maar Kunduz heeft nog wat extra's in petto voor onze ouderen. Volgens het Kunduzpakket is dat: extramuraliseren zzp 1 tot en met 3 voor nieuwe gevallen per 1 januari 2013. Nu snapt niemand thuis natuurlijk wat daarmee wordt bedoeld. Ik zal zeggen wat Kunduz daarmee bedoelt, namelijk dat wordt begonnen met het afschaffen van de verzorgings-

huizen. Vanaf 2013 komen hoogbejaarden die slecht ter been zijn, die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en die ook niemand meer hebben om voor hen te zorgen er gewoon niet meer in. Wat zegt Kunduz? Die mensen houden thuis alle zorg die zij ook in het verzorgingstehuis hebben. Wie gelooft dat? Kan dat wel? Wordt de burger hier niet enorm voor de gek gehouden?

Volgens de omschrijving van zzp 1 tot en met 3 kunnen die mensen vaak niet meer thuis wonen. Sommige groepen – wij spreken hier vaak over mensen van 80 jaar en ouder – hebben zelfs dag en nacht zorg nodig. En wat zegt Kunduz? Lost u het maar zelf op, verkommer maar, vereenzaam maar, vervuil maar, modder maar aan. U blijft thuis, want dat is het beste voor u. Ook als het niet meer gaat – je zult maar 80 zijn, niemand meer thuis hebben en het verzorgingshuis in willen omdat je te ziek bent om thuis te blijven – zegt Kunduz: alles wat u hebt opgebouwd na de oorlog, breken wij in een paar dagen af. Asocialer kan het niet.

Op 12 september zal de kiezer nee zeggen tegen dit Kunduzpakket, net zoals die nee zal zeggen tegen het ESM-verdrag en de dictaten van Brussel. Op 12 september worden wij weer baas in eigen huis, worden wij weer baas in eigen land. Ik en mijn fractie kunnen daar niet op wachten. Dit waren de woorden van mijn fractievoorzitter in het debat over het Kunduzakkoord. Ik kan mij daar volledig bij aansluiten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wij hebben het vandaag helemaal niet over de zzp's 1 tot en met 3, want dat zijn maatregelen in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Die gaat over de langdurige zorg, waaronder ook de ouderenzorg valt. Toch wil ik mevrouw Dille er even met klem op wijzen dat er geen enkele sprake is van het in enige dagen afbreken van de hele ouderenzorg. Het enige wat er gebeurt, is dat wij gaan kijken of mensen die zelf over het algemeen ook veel liever thuis behandeld worden inderdaad thuis kunnen worden behandeld, zodat zij niet naar een instelling hoeven om verpleegd of verzorgd te worden. Het gaat om mensen met een ziektelast die niet tot de zwaarste behoort en waarvoor je de zorg ook goed thuis kunt ontvangen. Misschien kan mevrouw Dille nog even in haar oren knopen dat het daar om gaat.

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik vraag mevrouw Dijkstra om haar eigen Kunduzakkoord nog eens goed na te lezen. Ik leef namelijk in een Nederland waarin ik lees dat deze mensen inderdaad niet meer in aanmerking komen voor een plaats in een verzorgingstehuis. Ik heb het over de gewone Henk en Ingrid senior. Die kunnen dat soort dingen gewoon niet meer betalen. Zij hebben niet iemand om voor ze te zorgen. Zij kunnen ook niet zeggen: ik ga de € 50 000 die ik nog op de bank heb staan even aanspreken. Dat is gewoon niet het geval. Wij komen voor die mensen op en mevrouw Dijkstra voor een andere doelgroep.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De zorgzwaartepakketten vervallen niet. De zorgzwaartepakketten worden verplaatst naar huis, naar het thuis verzorgen in plaats van in een instelling.

Mevrouw **Dille** (PVV): Dus mevrouw Dijkstra geeft toe dat de verzorgingshuizen worden afgebroken. Dat is in elk geval fijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb mezelf helemaal niet horen zeggen dat de verzorgingshuizen worden opgeheven. Ik zeg alleen maar dat mensen met een zorgzwaartepakket 1 tot en met 3 in de thuisomgeving zullen worden verzorgd. Wij willen allemaal het liefst dat mensen zo lang mogelijk thuis wonen. Mensen geven zelf ook aan dat graag te willen. Zorg in de buurt is op dit moment voor iedereen het motto. Dat bereiken we hiermee. Dat is ook het doel van deze maatregel.

Mevrouw **Dille** (PVV): Dat zijn prachtige woorden, maar ik zou tegen mevrouw Dijkstra willen zeggen: lees uw eigen Kunduzakkoord nog maar eens door.

De **voorzitter**: Ik schors de vergadering kort.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. In het Kunduzakkoord wil men ook de eigen bijdrage in de ggz verzachten. Ik wil erop wijzen dat deze maatregel al meermaals is verzacht. Bij de eerste verzachting ging het erom, de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz te beperken tot een eigen bijdrage voor slechts één dbc-patiënt per jaar. Er zou geen sprake zijn van cumulatie van de eigen bijdrage voor behandelingen in de tweede lijn. Ook de hoogte van de eigen bijdrage van € 295 werd met € 20 verlaagd naar € 275. De maatregel zou gelden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Er geldt geen eigen bijdrage voor de dbc's «indirecte tijd» en «crisis» en voor mensen die opgenomen worden volgens de BOPZ. De minister zei hierover toen het volgende. «Ten opzichte van de eerdere voorstellen inzake een mogelijke eigen bijdrage in de tweedelijns ggz, ook van mijn ambtsvoorganger minister Klink, en de maatregelen uit het regeerakkoord, is er sprake van een aanzienlijk verzachtende maatregel.» Ik citeer ook voormalig minister Klink nog even. Hij zei over verzachtende maatregelen het volgende. «Mijn conclusie is dan ook dat een uitzondering op, of een tegemoetkoming voor de eigen bijdrage in de ggz ongewenst is en bovendien tot een aanmerkelijke verzwaring van de uitvoering zal leiden, met de daarmee gepaard gaande verhoging van de uitvoeringskosten en administratieve lasten. Ik ben daarom niet bereid tot invoering van een dergelijke uitzondering of tegemoetkoming.» Twee achtereenvolgende ministers waren dus doordrongen van de noodzaak van de invoering van een eigen bijdrage in de ggz, maar hebben zich toch weer laten ompraten.

Bij het besluit tot invoering van deze eigen bijdrage is men bovendien niet over één nacht ijs gegaan. Wij hebben hierover in de Kamer uitvoerig gedebatteerd. Alle manieren om de groei van de uitgaven te remmen, zijn onderzocht. De ggz groeit sneller dan alle andere sectoren in de zorg. De hoogte van de eigen betalingen is evenmin uit de lucht komen vallen. Als je een eigen betaling instelt voor de zorg in de eerste lijn, moet je niet raar opkijken als die zorg in de eerste lijn wordt overgeslagen. Dat wordt misschien ook wel aangeraden. Het is dus absoluut noodzakelijk dat wij de 30% behandelingen in de tweede lijn terugverwijzen naar de eerste lijn, waar die behandelingen thuishoren. Bij de tweede verzachtende maatregel werd de eigen bijdrage nog eens verlaagd, nu naar € 200.

Laten wij eens even stilstaan bij het gegeven dat de geneeskundige ggz pas sinds 2008 onder de Zorgverzekeringswet valt. Sinds die tijd zijn de kosten meer dan verdubbeld. Voor degenen die niet begrijpen waarom er maatregelen in de ggz nodig zijn, zal ik dit even verduidelijken. De achtergrond van het totale pakket aan ggz-maatregelen is het belang om de uitgaven in de curatieve ggz beter te beheersen. De uitgaven in de curatieve ggz beslaan nu bijna 10% van de totale curatieve zorg. De uitgaven van de ggz in het geheel, dus zowel curatief als langdurig, zijn met meer dan 100% gestegen. In 2000 werd er circa 2,5 mld. aan uitgegeven en in 2009 circa 5,5 mld. Er is dan ook geen enkele aanleiding om de eigen bijdrage nu opnieuw te verzachten.

De uitkomsten van de recentelijk uitgevoerde quickscan tonen aan dat het juist de goede kant op gaat. Het aantal nieuwe aanmeldingen in de tweedelijns ggz loopt terug. Er gebeurt dus precies wat was beoogd. Bovendien ontplooiën gemeenten nieuwe initiatieven voor compensatie van de minima. Daarvoor hebben gemeenten ook extra geld gekregen. De conclusie van mijn fractie is dan ook dat wij op de goede weg zijn, zelfs al

een halfjaar na de invoering van de eigenbijdragemaatregel. De financiële prikkel om direct hulp te zoeken in de duurdere tweede lijn, lijkt gestopt. De beheersing van de kosten is in gang gezet. Ik noem de belangrijkste uitkomsten van deze quickscan voor wie ze nog niet kent.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik meen dat wij allemaal een brief hebben gekregen van Alzheimer Nederland. De mensen van deze stichting stellen een vraag. Wellicht kan mevrouw Dille mij helpen bij het beantwoorden van deze vraag. Men stelt het volgende over het mijden van zorg. «Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met een slecht ziekte-inzicht, zoals mensen met dementie. Voor deze patiënten blijft de eigen bijdrage een drempel tot de zorg opwerpen. Dat leidt er onder andere toe dat het langer duurt voordat de diagnose dementie vastgesteld kan worden, ondanks dat het loont om tijdig te starten met behandeling en ondersteuning. Tijdige behandeling helpt immers verpleeghuisopnames uit te stellen en voorkomt dure vormen van zorgconsumptie zoals crisisinterventie en opnames op noodbedden.» Welk antwoord moet ik volgens mevrouw Dille de stichting Alzheimer Nederland geven?

Mevrouw **Dille** (PVV): Dat is natuurlijk een probleem dat wij onderkennen. De groep mensen met dementie neemt enorm toe, en het is een heel moeilijke groep, waarbij inderdaad vaak sprake is van zorgmijndend gedrag. Ook wij hebben daarbij onze vraagtekens. De quickscan die is uitgevoerd, is een van de middelen is om goed in de gaten te houden dat niet de groep waarover wij onze zorgen hebben, zorg gaat mijden. Daarnaast vinden wij wel dat wij niet moeten hebben dat de ggz uit zijn voegen groeit. Dat kan de heer Van der Veen toch alleen maar onderkennen, denk ik. De doelgroep waarvoor de ggz uiteindelijk bedoeld is, moet over vijftien jaar nog steeds de zorg kunnen krijgen. Een zo explosieve groei als wij de laatste jaren hebben gezien, kan gewoon niet. Daar moet wat mee gebeuren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Moet ik deze stichting dan terugschrijven dat zij gelijk heeft maar dat in ieder geval de PVV vindt dat voor mensen met vormen van dementie geen uitzondering gemaakt kan worden omdat de kosten in de ggz al zo stijgen, en dat deze mensen daarvan helaas het slachtoffer zijn?

Mevrouw **Dille** (PVV): Nee, dat moet u uiteraard niet terugschrijven. U moet terugschrijven dat de PVV zich altijd voor deze doelgroep heeft ingezet en dat ook blijft doen. Wij willen een zorgsysteem dat betaalbaar is, maar wij vinden dat juist de groep die u noemt, extra zorg behoeft. Voor deze groep moeten wij dus goed in de gaten houden hoe het zich voor hen gaat ontwikkelen. Het is nu een halfjaar bezig.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Maar u bent nog steeds van mening dat het een goede zaak is dat voor deze mensen een eigen bijdrage geldt, ongeacht de gevolgen die de stichting Alzheimer Nederland beschrijft?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik ben nog steeds van mening dat wij graag een ggz willen die toekomstbestendig is. Daarvoor zul je inderdaad bepaalde maatregelen moeten nemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met andere woorden, u bevestigt dat deze mensen, mensen met vormen van dementie, ondanks het verhaal van Alzheimer Nederland toch een eigen bijdrage moeten betalen?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik denk niet dat de groep mensen waarover u het nu hebt, de groep mensen is die voor de enorme toename van zorg in de tweedelijns-ggz heeft gezorgd.

De **voorzitter**: Via de voorzitter, mijnheer Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Sorry, voorzitter. Ik vraag wat ik moet terugschrijven. Tot nu toe heb ik alleen van u gehoord dat het jammer is, maar dat deze mensen, ondanks alle gevolgen die de stichting Alzheimer Nederland beschrijft, toch een eigen bijdrage moeten betalen.

Mevrouw **Dille** (PVV): Uiteraard gaan wij ons daar gewoon heel erg op richten. Wij zijn ook in gesprek met Alzheimer Nederland. Wij zijn inderdaad van mening dat wij deze groep extra prioriteit moeten geven qua bewaking hoe het gaat.

De **voorzitter**: Tot slot, mijnheer Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik constateer dat ik geen antwoord krijg.

Mevrouw **Leijten** (SP): De PVV stipt terecht aan dat wij ons zorgen moeten maken voor het niet meer beschermd kunnen wonen – daarbij gaat het niet alleen om ouderen maar ook om mensen met een verstandelijke beperking en mensen uit de psychiatrie – wegens de gevolgen voor de toekomst, de kosten die dit met zich meebrengt. De PVV maakt zich terecht zorgen over de verhoging van het eigen risico, want als mensen zorg uitstellen, zou het wel eens duurder kunnen worden. Maar waarom geldt dat bij de PVV niet voor de psychiatrische patiënt?

Mevrouw **Dille** (PVV): Zoals mevrouw Leijten vast ook weet, is daarbij iets raars aan de hand. De ggz-zorg is de afgelopen jaren enorm gestegen. Als het zo verdergaat, is het een systeem dat niet meer houdbaar is. Voor mensen die werkelijk in de ggz horen, willen wij ervoor zorgen dat de zorg gecontinueerd kan worden. Als wij hiermee verdergaan, krijgen wij echter een kostenplaatje dat niet te betalen is. Ik denk dat mevrouw Leijten niet anders kan dan daarmee instemmen.

Mevrouw **Leijten** (SP): In de geestelijke gezondheidszorg zien wij hetzelfde als bij de ziekenhuiszorg. Door de declaraties via de dbc's stijgt de productie. Vraag is oneindig. Mensen worden aangespoord om zo veel mogelijk te behandelen, want behandelen is cashen. Dat heet marktwerking. Daar doet de PVV helemaal niets aan. Zij heeft zelfs ruiterlijk voorstellen gesteund om de marktwerking verder in te voeren, maar de patiënt moet gestraft worden. Waarom geldt dan de verontwaardiging van de PVV over het eigen risico voor iedereen, maar vindt de PVV het prima dat de psychiatrische patiënt wel een eigen bijdrage krijgt?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik heb daar al antwoord op gegeven, denk ik, maar ik wil het gerust nog een keer herhalen. Mevrouw Leijten weet ook dat er een enorme toename van patiënten in de ggz is geweest. Dat heeft niet alleen te maken met marktwerking, maar dat heeft ermee te maken dat er iets raars aan de hand is in deze maatschappij. Ik kom daar straks op terug in het stukje over medicalisering. Het lijkt nu haast alsof iedereen wel op enig moment bij de ggz terecht moet komen, en dat is niet zo. Wij moeten daar dus iets aan doen. Je hebt natuurlijk heel specifieke groepen. Ik ben pas op bezoek geweest bij kinderen met heel ernstige vormen van schizofrenie. Die vragen heel specifieke zorg. Voor dat soort kinderen wil ik de ggz-zorg behouden. Als we echter op deze manier doorgaan, is dat bijna niet mogelijk. Daar maak ik mij ernstig zorgen over. Daar moeten we maatregelen tegen treffen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb de afgelopen tijd geen enkel voorstel gehoord van de PVV om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en die toename af te remmen. Het enige wat de PVV heeft gezegd is: straf de

mensen met een psychiatrische ziekte, eigen betalingen zijn daar goed. Het is hypocriet om te zeggen dat eigen betalingen voor de rest van de zorg dan niet mogen, omdat het in die gevallen gevaarlijk zou zijn. Het is discriminatie om mensen met een geestelijke ziekte wel die eigen bijdrage te vragen en in die gevallen niet naar oplossingen te zoeken en wel te zeggen dat het eigen risico schandelijk is. Als eigen betalingen en eigen risico schandelijk zijn, zijn ze dat ook in de ggz.

Mevrouw **Dille** (PVV): Mevrouw Leijten zal in mijn verdere betoog horen welke oplossingen wij hebben om de toename in de ggz een beetje aan banden te leggen.

Voorzitter. We hadden het over de quickscan. Het aantal nieuwe aanmeldingen bij de tweedelijns-ggz loopt terug. Er is een daling van 15% tot 40%. Het is nog niet bekend of dit een kwetsbare groep patiënten betreft of dat er een remmend effect op de tweedelijns-ggz is ontstaan en patiënten beter de weg naar de eerstelijns-ggz vinden. Het is te vroeg om een splitsing te maken naar specifieke doelgroepen. De grote uitval van patiënten wordt later in het jaar verwacht als dbc's geopend in 2011 worden gesloten. Het is niet inzichtelijk of mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen of niet willen betalen. Het is nog te vroeg om de conclusie te trekken dat de daling van het aantal patiënten komt door de invoering van de eigen bijdrage.

Daarnaast is uit deze quickscan ook naar voren gekomen dat lokaal, in het bijzonder in de hoek van de gemeenten, initiatieven gaande zijn om de eigen bijdrage te compenseren. Het kabinet heeft vanaf 2012 extra geld beschikbaar gesteld voor de bijzondere bijstand om mensen met een laag inkomen te compenseren voor een stapeling aan kosten door de diverse overheidsmaatregelen. Van meerdere gemeenten komt het signaal dat dit wordt ingevuld door een compensatieregeling te treffen voor de eigen bijdrage ggz in de tweede lijn, hetzij via een compensatie van de collectieve zorgverzekering minima, hetzij via een individuele aanvraag van de bijzondere bijstand.

Gemeenten voeren een eigen beleid bij het besteden van het extra budget voor de bijzondere bijstand en beslissen zelf of de compensatie van de eigen bijdrage voor de ggz hiervan deel uitmaakt. Opnieuw verzachtende maatregelen zullen deze goed ingeslagen weg naar een doodlopend ravijn voeren. De overschrijding op het budget is alweer in zicht. Volgend jaar zal dan opnieuw ingegrepen moeten worden om de overschrijdingen terug te halen en de kosten te beheersen.

De ggz-sector staat bovendien onder druk door de discussie over de invoering van de DSM-5. De kritiek daarop is niet mild. In 2010 verscheen een artikel van Henk Maassen in Medisch Contact, dat het probleem al precies schetste. Ik lees het voor.

DSM-5 leidt tot valse epidemieën. De Amerikaanse psychiater Allen Frances heeft forse kritiek op de komende indeling van psychiatrische ziekten, DSM-5. Hij voorspelt veel fout-positieve patiënten. «Nieuwe diagnoses zijn potentieel net zo gevaarlijk als nieuwe medicijnen.» In mei 2013 moet het klaar zijn: de nieuwe classificatie van psychiatrische ziekten DSM-5. Tot 20 april van dit jaar kon iedereen de voorstellen voor deze editie van commentaar voorzien. Dat leverde op de DSM-5-website maar liefst 8000 reacties op van klinici, wetenschappers, patiënten en hun belangenbehartigers, en van familieleden van patiënten. Allen Frances, oud-hoogleraar psychiatrie van Duke University, Durham en oud-voorzitter van de commissie die DSM-IV opstelde, is zeer kritisch over de beoogde veranderingen. Onlangs sprak hij zijn zorgen uit op een congres van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. In de pauze, af en toe een broodje etend, licht hij zijn standpunt toe. Frances ziet eigenlijk geen noodzaak voor DSM-5. «Zoals er achteraf ook geen noodzaak was voor DSM-IV.» Met DSM-III had de psychiatrie volgens hem nog lang goed uit de voeten gekund. Hij weet best dat al die honderden

experts die meewerken aan DSM-5 wijzen naar wetenschappelijke ontwikkelingen om de vernieuwing te rechtvaardigen. Zijn reactie: «Ik heb veel reviews van wetenschappelijke literatuur geschreven, en daardoor weet ik dat nieuwe wetenschappelijke inzichten zelden of nooit de klinische praktijk onmiddellijk veranderen. Onderzoek is altijd incompleet en vatbaar voor verschillende interpretaties.» DSM-5 begon, meent hij, met een onrealistische ambitie: er moest een paradigmaverschuiving komen in de psychiatrie. Frances, gespeeld verbaasd: «Op grond waarvan kun je dat zomaar besluiten?» Hij kan zich er nog vrolijk over maken. «De voortgang van de neurowetenschappen zou de grondslag vormen voor veranderingen in DSM. Het bleek een olifant die een muis baarde. Neuroscience is misschien wel het intellectueel uitdagendste en opwindendste terrein in de hedendaagse wetenschap, maar het heeft nog geen enkele vertaling in termen van klinische diagnoses opgeleverd. Er is nog geen uitzicht op een biologische test die een mentale stoornis aantoonst. Intussen hebben we in de psychiatrie geleerd hoe complex ziekten zijn. Schizofrenie zal uiteindelijk misschien wel honderden ziekten blijken te zijn.»

Dat heeft echter geen rem gezet op de ambitie om de psychiatrie dichterbij de rest van de geneeskunde te brengen, aldus Frances. En omdat daar een tendens heerst van vroege opsporing en behandeling van ziekten – denk aan beelden als prehypertensie of het metabool syndroom – moet de psychiatrie daarin ook meegaan, zo is de gedachte. Als idee is dat prachtig en goedbedoeld, maar de praktische impact ervan zal rampzalig zijn. Dat is in de eerste plaats omdat het vaststellen van de grens tussen een psychiatrische stoornis en normaliteit niet alleen een kwestie is die je aan experts moeten overlaten, vindt Frances. Zeker niet als het gaat om voorlopers of vroege manifestaties van latere ziektebeelden. «Experts hebben de neiging hun expertise in een bepaalde stoornis op de voorgrond te plaatsen; ze houden van hun diagnoses. Dat doen ze niet vanwege lucratieve connecties met de farmaceutische industrie of om nieuwe patiënten te werven. Ik ken veel psychiatrische experts die bij DSM-5 betrokken zijn en ik verzeker je dat ze volstrekt integer zijn. Nee, dat doen ze vanuit een eerlijke overtuiging. Experts maken zich altijd zorgen om de patiënten die ze «missen». Ze zijn, anders gezegd, zeer gevoelig voor fout-negatieven en te onbezorgd over fout-positieven.» Het aantal kinderen met Asperger is gestegen met een factor 20 tot 40. Frances denkt even na. Dan, schuldbevestigend, zegt hij: «Ik heb me er zelf ook schuldig aan gemaakt. Bij de totstandkoming van DSM-IV heb ik gezien hoe kleine veranderingen in de definitie van stoornissen onbedoelde maar grote gevolgen kunnen hebben. Wij hadden met DSM-IV geen grote ambities. We wilden ook eigenlijk niets nieuws doen. Ons streven was vooral: geen fouten maken, en wat kleine dingen veranderen. Toch hebben we met de herziening bijgedragen aan drie valse epidemieën, namelijk die van ADHD, bipolaire stoornissen bij kinderen en autisme. Neem autisme. Wij introduceerden het syndroom van Asperger. Waarom? Omdat we vonden dat naast elk kind met klassiek autisme, er nog een stuk of drie, vier waren met genoeg vreemdheid in hun gedrag dat ze ook professionele hulp verdienden. Maar ze hadden geen diagnose en dus kregen ze die hulp niet. Niemand van ons heeft voorzien dat de incidentie van 1 op 2000 tot 5000 kinderen zou stijgen met een factor 20 tot 40 nadat we Asperger hadden geïntroduceerd. We hadden een field trial – dat is een test om te zien hoe nieuwe DSM-criteria uitpakken in de praktijk – gedaan en op grond daarvan verwachtten we een stijging met hooguit een factor 3.»

Frances heeft ervan geleerd, zegt hij: «Mijn stelling is nu: als een diagnose kan worden misbruikt, dan zal ze worden misbruikt. Daarom zijn nieuwe diagnoses potentieel net zo gevaarlijk als nieuwe geneesmiddelen, tenminste in de psychiatrie. Ze zouden op dezelfde manier met veiligheid en regulering moeten zijn omgeven als nieuwe medicijnen.» Sommige

van die nieuwe «beelden» of voorstellen baren Frances bij voorbaat grote zorgen. Het is, zegt hij, alsof je de doos van Pandora opent. In de eerste plaats noemt hij het psychosis risk syndrome: «Het idee is dat deze diagnose het mogelijk maakt vroegtijdig te intervensiëren, opdat latere, «echte» psychotische episoden worden voorkomen. Maar we hebben momenteel geen accurate test om deze patiënten te identificeren en we hebben geen effectieve behandeling. En de behandeling die we hebben, is niet veilig. Voor iedereen die we adequaat identificeren, zullen we minstens drie tot negen kinderen onjuist identificeren. De voorstanders vinden dat geen enkel probleem. Ze stellen voor dat zelfs de fout-positieve kinderen baat hebben bij vroegtijdige behandeling met sociale ondersteuning en het aanleren van sociale vaardigheden. Maar een eerstelijnsarts, zeker een in de VS, heeft daar helemaal geen tijd voor. Medicatie zal snel de eerste optie worden en honderdduizenden pubers en jonge adolescenten zullen onnodig antipsychotica voorgeschreven krijgen.» En dat terwijl er volgens Frances geen bewijs is dat atypische antipsychotica psychotische episoden voorkomen.

Minstens zo belangrijk is het bekende risico op overgewicht dat antipsychotica met zich brengen. «In een land waar ook onder kinderen al een epidemie van overgewicht bestaat!» Laconiek: «Ik voorzie dus nog meer diabetes en een kortere levensverwachting.» Overigens beseffen de leden van de werkgroep die het syndroom hebben voorgesteld dat al deze problemen bestaan. Er is meer onderzoek nodig naar de sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van het syndroom en naar effectieve interventies, vinden ook zij. Opname ervan in DSM-5 is daarom nog zeker geen gelopen race. De introductie van een andere stoornis «temporale dysregulation disorder with dysphoria» betitelt Frances als: medicalisering van woedeaanvallen. Grondslag voor deze nieuwe stoornis is de zorg dat met name in de VS te veel kinderen de diagnose «bipolair syndroom» krijgen. Het is bedoeld als correctie. Maar de ene fout wordt door de andere vervangen. Dit zal een diagnose blijken die op grote groepen van alle leeftijden van toepassing is en die opnieuw het gebruik van antipsychotica zal bevorderen, met alle risico's van dien. Ik zeg daarom: begin er niet aan.

Volgens DSM-5 heb je een «binge eating disorder» als je drie maanden lang één keer per week een vreetbui hebt. Ik vrees dat ik dat ook heb. Zeer kritisch is Frances ook over «mixed anxiety depression», volgens hem een verzameling symptomen die nauwelijks te onderscheiden zijn van de «aches and pains» waar iedereen wel eens mee te maken heeft in zijn leven. Deze diagnose medicaliseert volgens hem wat normaal is en trivialiseert het concept van een psychiatrische stoornis. Alleen al daardoor zal het een van de meest frequente stoornissen worden in de populatie.

Dan de twee stoornissen waaraan ik lijd, zegt Frances vervolgens met een zeker genoegen in zijn stem. Hij wijst op zijn broodje en zegt: «De eerste is binge eating disorder. Je bent een binge eater als je gedurende drie maanden één keer per week een vreetbui hebt. Ik moet toegeven dat ik daaraan voldoe, net als meer dan 6% van de populatie. Dat komt in mijn land neer op 20 miljoen lotgenoten, die dus allemaal een psychiatrische stoornis hebben en voor wie geen behandeling bestaat, althans niet een met bewezen werkzaamheid. Wie bedenkt zoiets? Lachwekkend en treurniswekkend.»

Maar «absolutely crazy» vindt hij het voorstel om «minor neurocognitive disorder» op te nemen in DSM-5. Dat omvat nonspecifieke symptomen die wijzen op lichte achteruitgang in cognitieve prestaties, zoals geheugenproblemen. Kortom, het soort problemen waar iedere vijftigplusser mee te maken krijgt, ikzelf inclusief. Er is inderdaad voorzien in objectieve tests, maar volgens Frances is de drempel veel te laag gelegd en is het sowieso maar de vraag of er betekenisvolle referentiematen zijn waarmee is te bepalen of iemand werkelijk een cognitieve stoornis heeft. Geërgerd:

«Ook dit is weer medicaliseren van wat normaal is; het hoort bij het ouder worden.»

Die kritiek geldt wat Frances betreft ook de omgang met rouw in de nieuwe DSM-systematiek. Het zit een beetje verstopt tussen de voorgestelde veranderingen, maar het heeft veel impact. Als rouw langer duurt dan twee weken en gepaard gaat met droefheid, slapeloosheid, verlies van eetlust, inertie en gebrek aan concentratie dan, zo suggereert DSM-5, zou er sprake kunnen zijn van een zware depressie. Frances voorspelt dat ook deze nieuwe categorie veel fout-positieve patiënten zal opleveren, temeer omdat onvoldoende rekening is gehouden met culturele en individuele verschillen in de beleving van rouw. Het zal mensen bovendien in sommige gevallen beroven van het natuurlijk verloop van rouw. Frances weet best dat er mensen zijn bij wie rouwverwerking ziekelijke trekken krijgt, bijvoorbeeld als er sprake is van morbide preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, onrustige agitatie en enorm gewichtsverlies. Dat schreef hij in augustus in de New York Times. Maar, zo vult hij aan: «Mensen met zulke symptomen zijn zeldzaam. Hun conditie is goed te diagnosticeren met behulp van DSM-IV.»

Frances heeft meer kritische noten op zijn zang. Zo verwijt hij de DSM-5-experts dat zij de beschrijving van bepaalde stoornissen, zoals «autism spectra disorders» en «attention deficit disorders», zodanig hebben geformuleerd, dat meer mensen voldoen aan deze criteria. Al met al is zijn oordeel hard: «They could not care less about clinical practitioners.» Hij ziet dat weerspiegeld in de nadruk die wordt gelegd op het werken met dimensies. Die zijn bedoeld om de ernst van een stoornis weer te geven en de mate waarin comorbide symptomen optreden en bepaalde persoonlijkheidskenmerken voorkomen. Dimensies zijn prachtig, maar in de psychiatrie kunnen wij er niet goed mee uit te voeten. Mijn ervaring is dat klinici ze niet of niet goed kunnen gebruiken. Fenomenen als IQ, lengte en gewicht geven wij dimensionaal in getallen weer. Dat is ook logisch. Maar met de meeste ziekten doen wij dat niet, zeker niet als wij ze volgens Frances op fundamenteel niveau niet goed begrijpen en ze daarmee als op zichzelf staande entiteiten zien. Dan geven wij ze namen. Dat is trouwens heel normaal. Ik heb een blauw T-shirt aan, niet een blouse met een bepaalde golflengte. Clinici denken ook zo.

Een jaar later verscheen er een artikel van Jan Derksen, hoogleraar klinische psychologie bij psyq.nl. Psychologen mengen zich op dit moment in de discussie over de totstandkoming van DSM-5 en waarschuwen voor psychiatrisering van verdriet en pech. In juni sprak de British Psychological Society in een open brief haar grote bezorgdheid uit over het gemak waarmee psychische problemen als ziekte of stoornis worden gedefinieerd in DSM-5. Huub van Dis van het Nederlands Instituut van Psychologen onderschreef de kritiek van zijn Britse collega's in het dagblad Trouw. Jan Derksen, hoogleraar klinische psychologie aan de Radboud Universiteit, vindt het een verontrustende ontwikkeling dat DSM in toenemende mate onderdeel uitmaakt van de psychologische praktijk. Dit betekent een enorme verschraving van het rijke psychologisch-diagnostisch instrumentarium, want let wel, met de DSM stel je geen diagnose, je classificeert een stoornis aan de buitenkant. Psychologische diagnostiek gaat veel verder en kijkt ook naar de goede kanten van de cliënt, onderzoekt de levensloop en maakt gebruik van observaties en psychologische testen.

Voor een deel krijgen psychologen de DSM opgedrongen, bijvoorbeeld door de afrekeningen van behandelingen in de dbc's die gebaseerd zijn op de DSM-classificaties, maar ook door de geprotocolleerde behandelpraktijk die vanuit DSM-categorieën is opgebouwd en door de eisen die aan wetenschappelijk onderzoek worden gesteld. Derksen: Je artikel wordt gewoonweg niet meer geaccepteerd als het onderzoek niet is gebaseerd op de DSM-classificatie. Maar psychologen dienen ook de hand in eigen boezem te steken, vindt de hoogleraar. Ze moeten zich veel

kritischer verhouden tot de DSM en zich niet laten verleiden tot biologische reductionismen. DSM moet slechts een bescheiden rol spelen in diagnostiek. DSM moet een triangel zijn in een orkest. Derksen juicht de discussie over de DSM toe die nu vanuit de psychologische beroepsgroep wordt aangezwengeld. Een van de gevaren in de DSM-ontwikkelingen zoals die zich de afgelopen decennia hebben voltrokken, vindt Derksen het oprekken van ziektecategorieën, zoals bij de bipolaire stoornissen en autisme is gebeurd. Daardoor krijgen steeds meer mensen een ziekte-etiket maar ook door het toevoegen van nieuwe ziektes zoals erectiestoornissen of binge eating die in de DSM-5 tot een psychiatrische stoornis worden gebombardeerd. Het psychiatriseren van problemen ontnemt mensen met een psychische kwetsbaarheid de noodzaak om zelf verantwoordelijkheid te nemen, zeker als er nog een budget of een rugzakje tegenover staat, zegt Derksen. Dit soort beloningen is ongezond. Daarmee roep je stoornissen op. Het leidt bovendien tot biologische reductionismen, zo waarschuwt de hoogleraar, waarbij alles wat in de hersens zit met een pil verholpen kan worden. Een erectiestoornis hoort niet in een psychiatrisch classificatiesysteem. Dan zijn we bezig om ongezondheid te produceren, terwijl het juist de taak is van psychologen om mensen gezonder te maken. Derksen ontkent niet dat onder de discussie over de DSM de aloude concurrentiestrijd tussen psychiaters en psychologen broeit. Ik vind het jammer dat psychiaters zich zo vastklemmen aan de DSM en ze de diagnostiek daartoe reduceren. Ze beschikken over een veel breder palet van diagnostische methoden en zouden ook vaker gebruik kunnen maken van psychologische onderzoekstesten. Aan de andere kant pleit ik er ook al jaren voor dat psychologen medicatie kunnen voorschrijven. Beide beroepsgroepen zouden juist de handen ineen moeten slaan. Jammer dat dit niet gebeurt, want we hebben allemaal hetzelfde belang.

In mei van dit jaar gebeurt het volgende. Uit onvrede over de gang van zaken stopt Roel Verheul met zijn werk voor de Taskforce DSM-5. Samen met zijn Canadese collega John Livesley heeft hij ontslag genomen uit de Werkgroep Persoonlijheidsstoornissen. «De voorstellen die er nu liggen, zijn slecht voor de psychiatrie en voor de patiënten.» In 2008 is de Werkgroep Persoonlijheidsstoornissen van start gegaan. De verwachting was dat de DSM-5 een betere diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen zou opleveren dan nu het geval is. Verheul, bestuursvoorzitter van de Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, en bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, gelooft daar echter niet meer in: door ontslag te nemen hopen wij een duidelijk signaal af te geven aan de Taskforce DSM-5 dat de voorstellen van de werkgroep zo niet kunnen. Zijn kritiek heeft Verheul al die jaren niet onder stoelen of banken gestoken. Waar hij echter voortdurend tegen aanliep, was dat de kritiek op de gang van zaken en op de voorstellen niet serieus genomen werd. Dat overkwam ook anderen. Enige tijd geleden is de eerste versie van de voorstellen op het internet publiek gemaakt. De zogenaamde groep van 31, allemaal prominente wetenschappers, maakte in een brief vervolgens gehakt van wat de werkgroep voorstelde, maar ook daar werd hoegenaamd niets mee gedaan. Zijn grootste kritiek is dat wat de werkgroep voorstelt zo complex en ingewikkeld is dat geen enkele behandelaar daarmee uit de voeten kan. «In plaats van dat dit het classificatiesysteem toegankelijker maakt, zoals de bedoeling was, is het alleen maar onsamenhangender geworden. Behandelaars vinden de DSM-IV al ingewikkeld en tijdrovend. Daardoor zie je vaak dat men de diagnose voor persoonlijkheidsstoornissen – de bekende As 2 – zolang mogelijk uitstelt. Met het nieuwe systeem voorzie ik dat dat nog erger wordt.»

Het overgrote deel van het nieuwe classificatiesysteem is volgens Verheul ook onvoldoende empirisch onderbouwd. De verandering om persoonlijkheidsstoornissen niet meer als vastomlijnde entiteiten te beschouwen,

maar als dimensies op een continuüm, kan wel de toets van de kritiek doorstaan: «We weten allang dat je veel beter kunt werken met een dimensie als emotionele instabiliteit dan met een classificatie als borderline of antisociale persoonlijkheid.» Het probleem is echter dat het nieuwe systeem niet alleen dimensies bevat, maar ook allerlei nieuwe diagnostische criteria, meerdere niveaus van functioneren en als klap op de vuurpijl ook nog zes prototypes. Op de dimensies na zijn al die andere elementen bij lange na niet betrouwbaar gebleken in het onderzoek dat de werkgroep heeft laten doen.

Verheul schroomt niet om de werkwijze van de werkgroep «ondoorzichtig en ondemocratisch» te noemen. «In Nederland zijn we met onze poldercultuur gewend om te blijven praten tot we het met elkaar eens zijn. In Amerika werkt dat blijkbaar anders. De voorzitter van de werkgroep bepaalt gewoon wat er gebeurt en in ons geval betekende dat dat hij amper luisterde naar wat anderen te berde brachten.»

Verheul is oprecht bang dat door dit nieuwe systeem de geloofwaardigheid van de psychiatrie op het spel komt te staan: «Als de voorstellen van de werkgroep opgenomen worden in de DSM-5, bestaat het reële gevaar dat steeds meer mensen zonder goede reden een persoonlijkheidsstoornis toegeschreven krijgen.» Zijn advies is dan ook om de DSM-IV niet weg te gooien: «Zolang niet vaststaat dat de nieuwe voorstellen acceptabel, bruikbaar en betrouwbaar zijn, is de DSM-IV het beste wat we hebben.»

Vooralsnog denkt Verheul meer invloed te hebben buiten de werkgroep dan door er lid van te blijven: «Ik ga ervan uit dat men in de Task Force van de DSM-5 zo verstandig is om de voorstellen van de werkgroep in deze vorm niet te accepteren. In ieder geval moge het nu duidelijk zijn dat de enige twee niet-Amerikaanse leden van de werkgroep het voorgestelde nieuwe systeem niet steunen.»

Deze berichtgeving was voor de PVV-fractie aanleiding om de volgende vragen te stellen aan de minister. Die vragen zijn nog niet beantwoord; misschien kan de minister dat straks gelijk even doen. De vragen van mijn collega Gerbrands waren de volgende:

1. Wat is uw reactie op het bericht «Nieuw handboek psychiatrie is onverantwoord»?
2. Vindt u het zorgwekkend dat na de eerdere kritiek over de belangenverstrengeling er nu ook inhoudelijke kritiek wordt geleverd door iemand uit de DSM-5 werkgroep zelf?
3. Acht u het verantwoord dat zorgverzekeraars hun vergoeding gaan baseren op DSM-5? Zo ja, kunt u dat toelichten?
4. Deelt u onze mening dat DSM-5 zal leiden tot een nieuwe epidemie aan valse diagnoses, overmedicalisering en kostenstijging binnen de GGZ?
5. Ziet u mogelijkheden om de invoering van DSM-5 in Nederland tegen te houden en een vereenvoudigd DSM-IV te gaan gebruiken, zoals hoogleraar Roel Verheul voorstelt?

Ook anderen waarschuwen voor een wildgroei van nieuwe psychiatrische aandoeningen. Daardoor worden mensen met wie nu nog weinig mis is, tot patiënt bestempeld. «Het aantal psychiatrische diagnoses en het medicatiegebruik zijn afgelopen jaren enorm toegenomen», aldus psychologe Laura Batstra van de Rijksuniversiteit Groningen. «Met de DSM-III nam vooral het aantal diagnoses onder volwassenen toe, met DSM-IV gebeurde dat met kinderen», zegt Batstra, refererend aan de laatste versies van de DSM uit 1987 en 2000. Na het jaar 2000 nam met name het aantal diagnoses van de concentratiestoornissen ADHD en ADD onder kinderen exponentieel toe. Net als het gebruik van het medicijn daartegen, Ritalin. Volgens Batstra heeft het overgrote deel van deze kinderen helemaal geen medisch probleem en moeten zij onterecht medicijnen slikken. Ik geef een voorbeeld van hoe dit uit de hand loopt. Ik werd een aantal weken geleden opgebeld door een moeder met een

huilbaby van vier maanden. Zij zei dat haar huisarts had gezegd: «Weet u wat? Probeer even vier maanden Ritalin en dan bekijken we of de baby een beetje rustiger wordt.» Volgens mij zijn wij gek geworden als wij dit gaan toestaan.

De makers van Ritalin spelen volgens Batstra een discutabele rol in de diagnosticering van ADD. «Het is echt uit de hand gelopen. De farmaceutische industrie is daar bovenop gesprongen en heeft de stoornis bij meisjes gepromoot. In de DSM-5 worden de categorieën nog breder gedefinieerd, dus ik denk dat het goed is dat daar nu discussie over is.» Uit Amerikaans onderzoek blijkt bovendien dat 72% van de specialisten die meeschreven aan de DSM, financiële banden heeft met de farmaceutische industrie. Die banden lopen uiteen van betaald gastsprekerschap op congressen tot bezit van aandelen. Batstra noemt dit zorgelijk. Wij weten bijvoorbeeld dat onderzoek dat wordt betaald door de farmacie, vijf keer vaker een positief effect van een medicijn laat zien dan een onafhankelijk onderzoek.

Wij willen de ggz niet afschaffen, maar wij willen de ggz beheersbaar laten groeien. Anders ontstaan er echt situaties waarin ik mij zorgen moet maken over mensen met schizofrenie in de toekomst. Juist voor die toekomst moeten wij de zorgsector betaalbaar maken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Tot slot heb ik nog een aantal vragen. In de eerste plaats over het liggeld.

1. Is de minister van mening dat mensen de keuze hebben om opgenomen te worden in het ziekenhuis? Meent zij dat zij kunnen kiezen hoeveel dagen zij worden opgenomen?
2. Op basis van welke berekeningen is het bedrag van € 7,50 tot stand gekomen?
3. Als een operatie moet worden uitgesteld of er treden complicaties op waardoor het ziekenhuisverblijf onverwacht langer wordt dan gepland, draait de patiënt dan op voor de extra ligdagen à € 7,50?
4. Stel dat een zwangere vrouw een te vroeg geboren kindje krijgt en zij beiden een maand in het ziekenhuis moeten verblijven. Betalen zij dan twee keer 30 ligdagen?
5. Komt daar dan het eigen risico van moeder en kind nog bij? Zo ja, hoe zal aan zo'n pril gezinnetje worden uitgelegd dat het bij het verlaten van het ziekenhuis € 1150 moeten afrekenen?
6. Is er een maximum aan het aantal ligdagen dat iemand moet betalen?
7. Meent de minister echt dat in het geval van een ziekenhuisopname in de thuissituatie € 7,50 per dag wordt uitgespaard?
8. Denkt de minister ook niet dat de gedachtegang dat een ziekenhuisopname kosten bespaart in de thuissituatie, hooguit voor eenpersoonshuishoudens zal gelden?
9. Is bij de berekeningen ook meegenomen dat de andere gezinsleden juist voor hogere kosten komen te staan, onder andere reis- en parkeerkosten? Zo nee, waarom niet?
10. Wat is er volgens de minister redelijk aan dat mensen een boete krijgen op ziek zijn?
11. Wie is verantwoordelijk voor de inning van het liggeld?
12. Hoeveel bedragen de uitvoeringskosten van deze liggeldmaatregel?
13. Hoe groot is de toename van de bureaucratie door deze liggeldmaatregel?
14. Gaan de kosten van de liggeldmaatregel ten koste van de handen aan het bed?
15. In welke andere landen moet men betalen voor het liggen in een ziekenhuis? Hoe groot zijn de bedragen daar?
16. Zijn de eigen bijdragen in het buitenland in overweging genomen bij de beslissing om € 7,50 liggeld te gaan berekenen?

17. Hoeveel ligdagen zijn nodig voordat deze maatregel zichzelf terugverdient?
18. Is de minister het met de PVV eens dat deze liggeldmaatregel voornamelijk chronisch zieken, ouderen en gehandicapten treft?
19. Vindt de minister niet dat deze groep al genoeg wordt gepakt door de andere Kunduzmaatregelen?
20. Beseft de minister dat veel mensen geen € 7,50 per dag gebruiken voor de kosten van eten?
21. Realiseert de minister zich dat sommige mensen drie dagen brood met pindakaas eten om te kunnen rondkomen?
22. Zegt de minister dat deze maatregel ervoor zorgt dat mensen het ziekenhuis gaan mijden, met alle gevolgen van dien?
23. Is de minister het met de PVV eens dat de Kunduzmaatregelen een tweedeling in de zorg introduceren?
24. Als een oude, hoogbejaarde dame al in het verpleeghuis woont en wordt overgebracht naar het ziekenhuis, en al haar inkomen al is afgepakt tot de laatste € 270 van de piepgrens, moet zij dan ook nog die € 7,50 liggeld per dag gaan betalen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik heb aandachtig naar de vragen van de PVV zitten luisteren. Ik heb zelf één vraag aan de PVV. Waarom vindt mevrouw Agema het wel goed dat er liggeld moet worden betaald als mensen worden opgenomen in de psychiatrie, namelijk € 5 per dag, en vindt zij dat niet goed voor het ziekenhuis?

Mevrouw **Agema** (PVV): Waar staat die € 5 per dag in de psychiatrie en waar staat dat de PVV daar voorstander van is?

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben de eigen bijdragen gekregen voor de tweedelijns-ggz. Dat was een pakket van maatregelen, ook het verhogen van de eigen bijdrage voor de eerste lijn. Daarbij werd een maandbedrag geïntroduceerd voor mensen die worden opgenomen in een psychiatrische instelling. Als je dat omrekent, is het gewoon een liggeld van € 5 per dag. Waarom vindt de PVV dat niet even schandalig?

Mevrouw **Agema** (PVV): Je moet wel alles binnen het totaalpakket bekijken. Bij die maatregelen kwam een tariefsverhoging van 5%, ook bij de psychiatrische instellingen. Daarmee maken we uiteindelijk de rekensommen. Die extra middelen draait Kunduz nu terug, maar dat is niet onze keuze.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik probeer de logica van de PVV te zien. Ik begrijp het dat je de zorg wilt verbeteren door meer personeel aan te trekken, maar de rekening daarvan bij de patiënt leggen – want daarover gaat het vandaag met het eigen risico, die € 7,50 per ligdag – is een «straf de patiënt»-maatregel. Terecht zet de PVV daar vraagtekens bij, en u had vele vragen. Maar bij mij rijst dan weer de vraag waarom u dit afkeurt als mensen naar het ziekenhuis moeten en u dit goedvindt als mensen moeten worden opgenomen in een psychiatrische instelling. Dat is toch discriminatie?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik denk dat deze vraag vooral moet worden gesteld aan de Kunduzpartijen. De tariefsverhoging van 5% in de intramurale instellingen, dus ook de psychiatrische instellingen, was inderdaad een idee van ons. Wij draaien dat niet terug, dat doet Kunduz wel. Maar onder dat liggeld hebben wij natuurlijk nooit onze handtekening gezet; daar zijn wij ook tegen. Ik begrijp deze vraag dus wel, maar hij zou niet aan mij moeten worden gesteld.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij is het heel simpel: de coalitie, gesteund door de PVV, heeft liggeld geïntroduceerd van € 5 per dag voor psychiatrische patiënten die worden opgenomen in een instelling. Een verhoging van de eigen bijdrage is een «straf de patiënt»- maatregel. Wij hebben daartegen gestreden. Nu de grote woorden van de PVV klinken dat dit niet mag gelden voor het ziekenhuis, verbaas ik me erover dat de PVV dat destijds wel nodig vond voor de psychiatrische patiënt. Dat is een beetje dubbelhartig.

Mevrouw **Agema** (PVV): De PVV heeft middelen vrijgemaakt voor de tariefsverhoging in de intramurale instellingen, en dus ook voor de psychiatrie. Kunduz draait dat terug. Daarbij wordt de schijn opgehouden dat de eigen bijdragen ter waarde van 50 mln. worden teruggedraaid, maar de vijf Kunduzpartijen namen tegelijk de maatregel om een convenant af te sluiten voor 75 mln. Uiteindelijk doen ze dus nog 20 mln. extra. Dat zijn allerlei maatregelen waar wij niet achter staan, die wij niet doen, die wij niet voor onze rekening willen nemen. Ik vind het enorm jammer dat de extra middelen en de tariefsverhoging, die goed waren voor zo'n 5000 extra handen aan het bed, door Kunduz worden teruggedraaid. Maar ik sta nu aan de kant, net zoals de SP. Ik vind dus echt dat deze vragen niet bij mij horen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat mevrouw Agema aan de wieg stond van het liggeld voor mensen die met een psychiatrische aandoening worden opgenomen. Het maakt daarvoor niets uit wat Kunduz wel of niet doet. Toen mevrouw Agema nog een gedoogpartner was, was het voor haar namelijk geen enkel probleem.

Mevrouw **Agema** (PVV): De PVV-fractie heeft een eigen bijdrage voor de tweede lijn in de ggz geaccepteerd, omdat er ook in de eerste lijn een eigen bijdrage wordt gevraagd. Het leidde namelijk tot de onbedoelde situatie dat mensen eerder naar de tweede lijn werden doorgestuurd. Ik vind het onverantwoord om in de duurdere tweede lijn geen eigen bijdrage te vragen als je dat in de eerste lijn wel doet. Een onbedoeld gevolg daarvan was namelijk dat veel mensen van de tweede lijn gebruik gingen maken.

Om de boel in de ggz te verbeteren hebben wij destijds een tariefsverhoging geïntroduceerd. Ik vind het jammer dat de Kunduzclub daaraan nog eens 20 mln. toevoegt. Men doet dat in de gedachte dat de maatregel daardoor wordt verzacht, maar in werkelijkheid is dat helemaal niet het geval.

Voorzitter. Ik zie de minister de hele tijd meeschrijven. Ik hoop maar dat ze geen kramp heeft aan het einde van dit blokje.

25. Is de minister met ons van mening dat stoppen met roken de eigen verantwoordelijkheid van mensen zelf is?
26. Is de minister bekend met het feit dat stoppen-met-rokenprogramma's geen garantie zijn dat mensen definitief stoppen met roken?
27. Is het de minister bekend dat het merendeel van de rokers op enig moment uit eigen beweging, zonder hulp en zonder dat wij het met z'n alleen hoeven te betalen, stopt met roken?
28. Waarom heeft de minister nieuw beleid ingezet dat raakt aan de eigen keuzes van mensen? En waarom wordt dit beleid nu weer gestopt?
29. Is het de minister bekend dat bij iedereen de risico's van roken bekend geacht mogen worden vanwege de waarschuwing op de pakjes? Is het haar bekend dat voorlichting daarnaast geen toegevoegde waarde heeft?
30. Beseft de minister dat het absurd is om ieder jaar opnieuw deelname aan een stoppen-met-rokenprogramma te vergoeden?

31. Waarom moeten mensen die echt ziek zijn de rekening betalen van deze pakkettoevoegingen?
- Voorzitter. Dan ga ik nu verder met de dieetadvisering.
32. Is de minister met ons van mening dat ook dieetadvisering voor mensen zonder genoemde ziekten onder de eigen verantwoordelijkheid valt?
 33. Is de minister het met de PVV eens dat de keuze om ongezond te eten en vetmakende producten te eten ook valt onder de eigen verantwoordelijkheid?
 34. Is de minister het met de PVV eens dat het derhalve geen taak van de overheid is om deze zorg te regelen?
 35. Is de minister bekend met de teleurstellende resultaten en de grote terugval waardoor wij ernstig moeten twijfelen aan de effectiviteit van al deze projecten?
 36. Is de minister op de hoogte van het bemoeiproject in Den Haag?
 37. Is de minister bekend met het feit dat er slechts vijf meldingen zijn geweest in plaats van de verwachte duizend? Ik doel dan op het aantal bemoeizorgprojecten in Den Haag.
 38. Vindt de minister ook niet dat er op deze manier vele miljoenen worden verspild?
 39. Is de minister met mij van mening dat ons kostbare zorggeld veel beter ingezet kan worden dan het te verspillen aan niet effectieve en bovenal niet bewezen behandelingen?
 40. Vindt de minister het humaan om de rekening neer te leggen bij echt zieke mensen?
 41. Klopt het dat mensen die vier uur dieetadvisering kregen op basis van hun aandoening, nu drie uur vergoed krijgen? Dat zijn dus mensen die wel ziek zijn.
 42. Waarop is deze drie uur vergoeding gebaseerd?
 43. Is stoppen met roken niet bij uitstek iets waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn?
 44. Is hulp bij afvallen niet bij uitstek iets waarvoor je zelf verantwoordelijk bent als je niet ziek bent?
 45. Is de minister met mij van mening dat ouderdom met gebreken komt?
 46. Staat de minister dan wellicht op het standpunt dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van ouderdomsgebreken?
 47. Kan de minister uitleggen waarom wij met zijn allen moeten meebetalen aan stoppen-met-rokenprogramma's en tegelijkertijd tegen onze ouderen zeggen: uw loophulpmiddelen gaan uit het pakket? Uw rollator, uw driepoot, uw krukken worden niet meer vergoed.
 48. We gaan over naar de hoortoestellen. Per 1 januari wordt de maximumvergoeding voor hoortoestellen losgelaten. Per wanneer verwacht de minister een prijsdaling van deze hoortoestellen?
 49. Waarop is de besparing van 27 mln. van deze maatregelen gebaseerd?
 50. Klopt het dat deze maatregel twee jaar geleden nog als budgetneutraal gezien werd door het CVZ?
 51. Is niet het risico van het tegelijkertijd loslaten van de maximumvergoeding en de invoering van de 25% eigen bijdrage dat mensen de aanschaf uitstellen?
 52. Gaat dit niet ten koste van de participatie van slechthorende mensen?
 53. Is de minister het met ons eens dat de hernieuwde eigen bijdrage voor hoortoestellen ervoor zal zorgen dat auditief gehandicapten niet de benodigde apparatuur zullen aanschaffen en hierdoor buiten de boot zullen vallen?

54. De 25% eigen bijdrage gaat ten nadele van 30% van de slechthorenden die nooit hoefden te betalen. Is dit rechtvaardig? Hoe gaat de minister dat aan deze groep uitleggen?
55. Is de minister bereid de hoortoestellenmaatregel terug te draaien als de besparingen niet gehaald worden?
56. In hoeverre wordt met deze maatregel nu de big business in de hoortoestellenbranche aangepakt?
57. Is de minister het met de PVV eens dat veel bezuinigingen eenzijdig op de groep meest kwetsbaren worden afgewenteld?
58. De ggz. Wat is het doel van de invoering van de tweedelijns-ggz? Was het doel daarvan niet om een substitutie teweeg te brengen van de tweede naar de eerste lijn?
59. Is het verzachten van deze eigen bijdrage en het compenseren voor de laagste inkomens niet in strijd met dat doel en die 20 mln. extra bezuiniging door het convenant?
60. Is het niet veel te vroeg om deze maatregel nu al te verzachten, gezien die bemoedigende resultaten van de quickscan?
62. Wat gaat dit betekenen voor de enorm oplopende kosten in de ggz? Voorzitter. Dan de vragen met betrekking tot het eigen risico. Het eigen risico is de verkeerde maatregel. Het eigen risico pakt alleen zieke mensen en de meesten van hen zullen het bedrag al in januari moeten overmaken. Het eigen risico heeft geen enkel noemenswaardig effect op het remgeld. De veronderstelling dat het verhogen van het eigen risico een remmend effect op de groeiende zorguitgaven heeft, is simpelweg onwaar. Toen het eigen risico nog € 150 was en de zorgkosten 60 mld. was het remgeld-effect 60 mln. Nu heb ik geen 60 mln. op de bank staan, maar een eigen risico van € 150 dat een remmend effect heeft van nog geen één promille van de zorgkosten, is het verkeerde instrument dat de zieke mensen pakt. Daarom heb ik de volgende vragen.
63. Is het verhogen van het eigen risico eenmalig of is de minister van plan het in 2014 weer te verhogen?
64. Als het in 2014 weer verder omhoog gaat, is dat dan wederom met € 115 of volgt de minister het CPB-advies om in 2017 een verplicht eigen risico van ruim € 935 op te leggen?
65. Hoeveel aan eigen risico vindt de minister eigenlijk acceptabel?
66. Vindt de minister dat de Zorgverzekeringswet nog steeds toegankelijk en betaalbaar is, zelfs met een steeds oplopend eigen risico?
67. Is de minister met ons van mening dat de aanvullende pakketten onderhevig zijn aan risicoselectie?
68. Vindt de minister het rechtvaardig om de loophulpmiddelen te schrappen en niets te doen aan de miljoenen aan subsidies voor de campagnekassen van de politieke partijen? Let wel, subsidies waar de PVV niet van mee-eet.
69. Waarom is het basispakket niet meer gelijk aan de inhoud van het vroegere ziekenfonds? Wat is er in de tussentijd eigenlijk allemaal al geschrapt?
70. Hoeveel mensen zullen afzien van noodzakelijke zorg omdat zij de zorg niet langer kunnen betalen? In hoeverre zorgt zorgmijden dan juist voor hogere kosten?
71. Wat gaan deze mensen op lange termijn kosten omdat zij meer en duurdere zorg nodig hebben? Er zijn eerder al schattingen gemaakt van zorgmijden. Ik vraag de minister om er opnieuw onderzoek naar te doen met welke verhoging het zorgmijden toeneemt.
72. Waarom moet het eigen risico omhoog als wij nog steeds miljarden in de bodemloze put van Griekenland storten?
73. Hoeveel mensen moeten hier een eigen risico betalen zodat wij de Spaanse banken kunnen redden?
74. Is het de bedoeling dat de overheid verdient aan de ziekte van zijn burgers?
75. Is dat waar deze minister van Volksgezondheid voor wil staan?

76. Waarom deze straf van een hoger eigen risico als je toch al ziek bent?
77. Vanaf welk bedrag worden mensen met een laag inkomen gecompenseerd?
78. Hoeveel compensatie krijgt iemand met een inkomen van € 20 000, hoeveel iemand met een inkomen van € 22 000 en hoeveel iemand met een inkomen van € 24 000?
79. Hoe zullen de chronisch zieken worden gecompenseerd die vaak in de eerste weken van het jaar al hun eigen risico volledig hebben moeten betalen?
80. Geldt de compensatie voor alle chronisch zieken? Zo neen, waarop is dan het onderscheid in ziekte gebaseerd?
81. Hoeveel geld levert het iemand op die stopt met roken? Waarom gaan wij dat als overheid niet voor iemand betalen?
82. Hoe lang moet iemand in het ziekenhuis liggen voordat de overheid de zonnepanelen van zijn buurman kan subsidiëren?
83. Hoeveel mensen moeten hun eigen risico volledig betalen zodat de Amsterdamse grachtengordel weer goedkoper naar het theater kan?
84. Hoeveel hoortoestellen moeten worden verkocht zodat de overheid alle festivals in het zomerseizoen weer kan subsidiëren?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik zou mevrouw Agema van de PVV willen vragen om zich te beperken tot het onderwerp waarover wij het vandaag hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, dat doe ik!

83. Hoeveel mensen moeten hun eigen risico volledig betalen zodat de Amsterdamse grachtengordelelite van D66'ers weer goedkoper naar het theater kan?
84. Hoeveel hoortoestellen moeten worden verkocht zodat de overheid alle festivals in het zomerseizoen weer kan subsidiëren?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Als mevrouw Agema hierop doorgaat, wil ik wel dat zij deze vraag een beetje uitwerkt. Laat zij eens aangeven wat in haar optiek de problematiek is. Op welke manier betaalt de zorg mee aan het uitgaan? Ik snap niets van deze vraag. Ik wil de minister ook een beetje helpen, opdat zij deze vraag straks kan beantwoorden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het behoorlijk opmerkelijk dat de woordvoerder van D66, mevrouw Dijkstra, deze link niet snapt. Ik kan mij toch voorstellen dat zij het hele Kunduzakkoord goed heeft bestudeerd alvorens haar handtekening te zetten. In dat Kunduzakkoord staan niet alleen deze vreselijke maatregelen die wij vandaag bespreken en die in elke vraag van mij voorkomen, maar ook een btw-verlaging op theaterkaarten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat mevrouw Agema verbanden legt die er niet zijn. Dat staat haar echter vrij. Laat zij zich beperken tot de zorg en niet dit soort merkwaardige vergelijkingen maken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is duidelijk een voorbeeld van de grachten-gordelelite waar ik het eerder over had. Een lagere btw op theaterkaartjes en tegelijkertijd ouderen die niet meer kunnen, die hun heup hebben gebroken, die gevallen zijn, hun eigen rollator laten kopen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het gaat ook om de kaartjes voor Jan Smit.

Mevrouw **Agema** (PVV): Volgens mij trekt Jan Smit ook zonder subsidie volle zalen.

85. Welke kromme gedachte gaat er schuil achter de aanname dat iemand goedkoper naar een dancefeest kan en met het geld dat hij bespaart mooi zelf zijn eigen gehoor toestel kan kopen? Wat levert dit de overheid precies op?
86. Bevordert dit de mobiliteit en zelfredzaamheid van ouderen?
87. Waarom wordt de eigen bijdrage in de ggz teruggedraaid en wordt er tegelijkertijd voor 20 mln. meer een convenant gesloten?
88. Had die eigen bijdrage dan niet het beoogde effect?
89. Wat is de reactie van de minister op de uitgevoerde quickscan?
90. Hoeveel duurder wordt de tweedelijns ggz-zorg worden, nu de eigen bijdrage vervalt?
91. Wat vindt de minister van het DSM-5-classificatiesysteem? Is zij van mening dat dit in Nederland moet worden ingevoerd?
92. Waarom gaat dieetadvisering voor niet-zieken weer in het basispakket?
93. Wat waren de argumenten om dieetadvisering voor niet-zieken eruit te halen?
94. Zijn de argumenten om dieetadvisering uit het pakket te halen voor niet-zieken ineens niet relevant meer?
95. Welke maatregelen neemt de minister verder om de zorg voor zieke burgers onbetaalbaar te maken?
96. Hoeveel betalingsregelingen worden er momenteel getroffen doordat mensen het eigen risico niet meer kunnen betalen?
97. Met hoeveel zal het aantal betalingsregelingen gaan stijgen?
98. Hoeveel mensen zullen afzien van het betalen van hun zorgverzekering doordat ze geen geld meer overhouden na eenmaal ziek te zijn geweest?
99. Wat vindt de minister van de situatie dat Nederlandse burgers een betalingsregeling moeten treffen om de kosten voor hun gezondheid te kunnen betalen?

Tot slot. Waarom doet de minister dit? Waarom voldoen aan 3% voor Brussel? Ik waan mij terug in 2002. De oude politieke elites hebben voor de burger besloten dat het 3% moet zijn, voor Brussel. Het oordeel van de kiezer op 12 september wordt genegeerd. 3,5% of 4% tekort kan ook. Maar Brussel wil het anders en daarom worden de ouderen, chronisch zieken en gehandicapten keihard gepakt. Kunduz is er voor Brussel. Brussel is er voor Kunduz.

Het verhogen van het eigen risico voor mensen die al ziek zijn, is een maatregel die ook Kunduz niet zou moeten willen treffen. Ook Kunduz zou dan de 3% opzij moeten zetten. Het helpt niet, het werkt niet, het heeft een averechts effect. Zoals ik eerder in mijn betoog al zei, was het remgeld-effect van een eigen risico van € 150 60 mln. op totale uitgaven van 60 mld., met andere woorden 1 promille. Daar kan de beoogde opbrengst voor de Kunduzpartijen dus niet in zitten. Mijn oproep is deze: stop ermee. Maak een eigen plan en stop het verhogen van het eigen risico.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat de overwegingen van de vijf Kunduzpartijen zijn om dit eigen risico te verhogen en welke procentnormen daaraan ten grondslag liggen, weten wij. Hoe de PVV daarover denkt, weten wij ook. Maar op 27 november van het vorig jaar stonden wij hier ook in verband met de verhoging van het eigen risico, dat toen van € 170 naar € 220 ging. Wat zei de PVV toen precies over die maatregel?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb toen gezegd dat deze het gevolg was van het gedoog- en regeerakkoord en van onderhandelingen. Ik heb gezegd dat het niet mijn keuze was, maar dat een partij als gevolg van de verhouding van twee tegen één ook weleens dingen moet doen waar ze niet achter staat. Ik zou natuurlijk heel graag teruggaan naar de € 170. Als ik daarvoor het geld had, zou ik het vandaag nog doen. Ik denk echter niet dat het lukt, en ik denk dat het de SP ook niet lukt. Daarom zou ik aan de

SP deze wedervraag willen stellen: als de SP mij hierop wil aanvallen, hoe zal de SP het teruggaan naar een eigen risico van € 170 dan bekostigen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Agema weet net zo goed als wij dat wij nu bezig zijn met het totaalplaatje bij het CPB. Dat geldt voor alle partijen. Onze inzet is: fors verlagen, en als het kan naar nul. Daar zijn wij helder over geweest in dit debat. Mevrouw Agema zegt: omdat Brussel het wil, moet het nu verhoogd worden. Diezelfde redenering heb ik een jaar geleden gehoord uit de mond van de PVV: omdat wij wilden dat er 18 mld. bezuinigd werd, moest de rekening bij de chronisch zieken, de gehandicapten en de ouderen worden gelegd. Mevrouw Gerbrands, de collega van mevrouw Agema, zei toen dat zij blij was met die verhoging. Sterker nog, zij sloot verdere verhogingen niet uit als het nodig zou zijn. Ik vraag me dan toch echt af: wat is er nu zo veranderd? Toen zei de PVV: afspraak is afspraak. Nu heeft de PVV blijkbaar geen afspraak om zich aan te houden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat klopt, net zoals het klopt voor de SP. Het eigen risico staat nu op € 220. Wij zijn nu met zijn allen aan het rekenen met het Centraal Planbureau. Ik hoop dat de SP het waarmaakt dat het eigen risico omlaag gaat. Tegelijkertijd zal de SP dan moeten accepteren dat de premie fors oploopt, heel erg fors oploopt. Als de SP dat niet wil, wens ik haar echt het allerbeste om het plaatje rond te krijgen. Maar ik denk dat wij elkaar over een aantal weken zullen spreken. Ik heb het geld niet om het eigen risico te verlagen, maar ik vraag me af of de SP, die nu zo'n grote broek aantrekt, dat wel heeft.

De **voorzitter**: Tot slot, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij zijn al bij een forse verlaging, maar ik kan niet zeggen waar wij uitkomen. De vorige keer is het ook zo gegaan met ons verkiezingsprogramma. Toen bleek uiteindelijk dat wij het konden afschaffen. Wij richten dingen anders in. Wij vragen inderdaad van hogere inkomens een bijdrage; absoluut, dat is bekend. Wij willen ook de armoede oplossen, ook voor kinderen. Als het gaat om de premie, laat ik mij één ding niet zeggen, en dat is dat die bij ons mijlenhoog zal stijgen. Wij maken de premie inkomensafhankelijk en daarmee eerlijker. Het zou goed zijn als deze vraag ook eens beantwoord zou kunnen worden door de PVV. Dat betekent namelijk echt dat middeninkomens, die nu fors te lijden hebben onder én de hoge nominale premie én het eigen risico, erop vooruitgaan. Ik stel nog één keer de vraag aan mevrouw Agema: wat is er nu anders in vergelijking met de situatie van vorige keer, toen zij de verhoging van het eigen risico fel aan het verdedigen was? Het is nu eenmaal niet anders, heette het toen. Nu is zij er zo ontzettend tegen. Wat is er anders?

Mevrouw **Agema** (PVV): Er zijn twee verschillen met toen. Het eerste is een gedoogconstructie waarin je sommige zaken wel kunt binnenhalen en andere niet. Als de SP mee zou mogen doen na de komende verkiezingen, zal ook die partij ervaren hoe dit is. Je haalt dingen binnen, zoals een forse investering van per saldo 0,75 mld. op de zorg. Ik doel hierbij op de coalitieonderhandelingen. Mevrouw Leijten zal dan dezelfde ervaring opdoen als ik. Ik vond dat wij toen met 0,75 mld. per saldo investering in de zorg een goed resultaat hadden geboekt. Dat was overigens 1 mld. meer dan voorzien door de SP. Mevrouw Leijten kan wel van nee schudden, maar dit is waar. Daar zat 1 mld. verschil tussen. Het tweede is dat vorig jaar in het voorjaar sprake was van overschrijdingen ten opzichte van een pad waarop de zorgkosten met 15 mld. mochten oplopen. Als je daar dan nog eens 2,1 mld. overheen gaat, zul je

ook pijnlijke maatregelen moeten nemen. Dit zijn niet altijd de maatregelen die je zelf zou willen nemen.

Ik hoop dat de fractie van de SP het eigen risico kan verlagen. Ik heb het geld daartoe niet. Het risico daarvan is dat de zorgpremie explosief omhooggaat. Ik ben dus heel erg benieuwd naar de wijze waarop de fractie van de SP dat gaat oplossen. Wij zullen dit over een aantal weken zien. De verschillen zijn dat je in een gedoogconstructie of in een coalitie water bij de wijn moet doen en niet altijd je zin krijgt. Bovendien ging het toen om overschrijdingen, terwijl het hier gaat om het voldoen aan de 3%-norm van Brussel.

De **voorzitter**: Ik zei reeds «tot slot», mevrouw Leijten. Dit is echt uw laatste opmerking; heel kort graag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik merk op dat ik geen antwoord krijg op mijn vraag. Ik zit nog steeds met mijn vraag naar het verschil. Toen was het feit dat het eigen risico omhoogging iets om blij van te worden en nu is het iets om van te walgen. Wij deden dat laatste toen en doen dat nu nog steeds.

Mevrouw **Agema** (PVV): Deze woorden zijn niet mijn woorden. Ik wens de SP alle geluk bij het vinden van wegen om het eigen risico te verlagen. Ik houd daarbij in het achterhoofd dat ik heel veel verwacht van de SP, want zij zal dan erg veel geld nodig hebben om de premie niet explosief te laten stijgen. Het inkomensafhankelijke verhaal van de SP over de zorgpremies is budgetneutraal. Die explosieve verhoging komt er dan per definitie ook.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Als je een compromis sluit, zitten daar goede en slechte kanten aan. Je kunt dan het beste zeggen dat het een compromis was. Dat heeft mevrouw Gerbrands overduidelijk niet gedaan toen wij het hier de vorige keer over de verhoging van het eigen risico hadden. Mevrouw Agema gaf net aan dat zij geen geld heeft om het eigen risico te verlagen. Welke alternatieven heeft zij dan?

Mevrouw **Agema** (PVV): Niet verhogen!

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zo kom je er natuurlijk niet. Wat is dan de dekking van de voorstellen van de PVV?

Mevrouw **Agema** (PVV): Die voorstellen liggen nu bij het CPB en komen over een paar weken terug. De Kunduzcoalitie was even eerder.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Kan mevrouw Agema een tipje van de sluier oplichten en ons laten weten wat de oplossingen zijn? De afgelopen twee jaar heb ik namelijk heel weinig gezien.

Mevrouw **Agema** (PVV): We zullen het eigen risico niet verhogen, met geen cent.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Waar betaalt de fractie van de PVV dit van?

Mevrouw **Agema** (PVV): Het grote verschil tussen de fractie van de PVV en mevrouw Voortman van GroenLinks is dat zij per se wil voldoen aan de 3%-norm van Brusselse bureaucraten. Ik voel mij daar niet gehouden. Mijn fractie voelt zich daar evenmin aan gehouden. Voor de rest zullen ook wij met een degelijk plan komen om de stijgende zorgkosten binnen een haalbaar pad te houden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voor ons was het begrotingsakkoord de kans om een aantal heel nare bezuinigingen, waar mevrouw Agema voor getekend had, terug te kunnen draaien. Ik ben daar blij mee. Ik heb echter nog steeds geen alternatief gehoord van de fractie van de PVV. In constateer dus dat de PVV dit niet heeft.

Mevrouw **Agema** (PVV): Per saldo bezuinigt de Kunduzcoalitie, inclusief GroenLinks, 1,4 mld. op de zorg. Ik vind het heel knap dat mevrouw Voortman dan steeds aan de interruptiemicrofoon zegt dat dit allemaal fantastisch is en dat zij zo veel dingen terug heeft kunnen draaien. Het regeer- en gedoogakkoord investeerde per saldo 0,75 mld. in de zorg en de Kunduzcoalitie bezuinigt per saldo 1,4 mld. in de zorg. Als je de plusjes en minnetjes optelt en aftrekt, is mevrouw Voortman de grote bezuiniger en waren wij de investeerders. Zo liggen de cijfers feitelijk.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De financieel-economische crisis maakt een solide begroting voor 2013 essentieel, ook al is het een verkiezingsjaar. Het CDA heeft dan ook met overtuiging met de vier andere partijen hierover afspraken gemaakt, ondanks de demissionaire status van het kabinet. Ook de zorg moet een aandeel leveren. Het is goed dat dit via een formele wet wordt vastgelegd. Het CDA is tevreden dat de regering aanbevelingen van de Raad van State heeft opgevolgd, zodat er inderdaad sprake is van een wettelijke grondslag voor de maatregelen. In verband met snelle duidelijkheid, bijvoorbeeld voor zorgverzekeraars over de polissen in november en voor verzekerden over wat hen te wachten staat in 2013, is een voortvarende wetbehandeling gewenst.

Allereerst kom ik te spreken over de verzachting van de eigen bijdrage voor de ggz. Ik heb het nog niet helemaal gelezen, maar mijn complimenten aan de sector en aan de minister – laat ik het maar in deze volgorde doen – voor het convenant dat gesloten is met de ggz. In denk dat we daarin stappen vooruit hebben gezet. Het is een goed uitgangspunt. We hebben immers uiteindelijk de eigen bijdrage in de ggz moeten invoeren om overschrijdingen binnen de ggz terug te dringen. We willen daar ook het kostenbewustzijn vergroten, met name het kostenbewustzijn om eerst in de eerstelijns-ggz hulp te zoeken. Uiteraard moet een onbedoeld remeffect worden voorkomen. Dat was ook het uitgangspunt van de motie-Van der Staaij/Bruins Slot. Deze motie vraagt om extra ondersteuning voor kwetsbare groepen. Met dit wetsvoorstel is ook daaraan tegemoetgekomen. Immers, door het wegnemen van financiële barrières maak je het voor kwetsbare groepen mogelijk om ggz-hulp in te roepen.

De minister kondigt aan dat zij in september de eerste tussenresultaten van de monitor over de effecten van de invoering van de eigen bijdrage naar de Kamer zal sturen. Wat wordt er precies gemonitord? Kan bekeken worden of het inderdaad nu zo is dat patiënten een bewuste keuze maken voor de eerstelijns-ggz of de tweedelijns-ggz? Kan ook het mijden van ggz-zorg worden gemeten en, zo ja, hoe? Ik begrijp overigens dat dit een moeilijke vraag is.

De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage gaat via het CAK. De minister is hoopvol in haar antwoord op de vraag of het CAK deze extra taak aankan. Wel spreekt zij over extra uitvoeringskosten en meldt ze dat het CAK om een uitvoeringstoets heeft gevraagd. Wat is precies de inhoud van die uitvoeringstoets en op welke termijn wordt deze uitgevoerd?

In de nota van wijziging wordt voorzien in een mogelijke vergoedingsregeling voor zorgverzekeraars wanneer, ik citeer, «onverhoopt mocht blijken dat toekennen van een vergoeding in de rede ligt». Wanneer is dat het geval? Wie bepaalt dat?

In het verslag hebben we gevraagd om de verzekering dat geen gegevens over de aard van de stoornis aan het CAK wordt overgedragen. De minister antwoordt dat dit niet het geval is. Het CAK heeft de informatie

niet nodig en de gegevens zijn niet van belang. Dat moge zo zijn, maar gebeurt het dan ook niet? Hoe houden we op dit punt de vinger aan de pols?

Ik kom bij de verhoging van het verplichte eigen risico en de wijziging van de compensatie eigen risico. Een verplicht eigen risico versterkt het kostenbewustzijn bij patiënten. Dat is merkbaar. Sinds het eigen risico de afgelopen jaren is verhoogd, krijgen wij steeds meer vragen van mensen die een kostenoverzicht van de zorgverzekeraar willen ontvangen voor gedeclareerde kosten. «Ik wil weten waar mijn geld blijft», mailde iemand mij terecht. Op die manier kan een verzekerde bij verkeerd betaalde declaraties nog aan de bel trekken. Bij de begrotingsbehandeling heeft de minister toegezegd dat zij hiermee aan de slag gaat, desnoods via wetgeving. Kan zij zeggen hoe het hiermee staat?

Overigens geldt het kostenbewustzijn ook voor de professionals in de gezondheidszorg, de medisch specialisten, fysiotherapeuten, noem maar op. Wij richten ook prikkels op deze groep. Niet voor niets worden ziekenhuizen meer en meer risicodragend. Het wordt echter niet altijd gemakkelijk gemaakt. Van het weekend vertelde een arts mij dat zij mailings toegezonden krijgen om bepaalde medicijnen voor te schrijven. In zo'n mailing staat allerlei informatie, zoals de richtlijn, waar het voor geschikt is en hoeveel ze moeten voorschrijven. Er staat echter niets in over de kosten. Wil je bij artsen het kostenbewustzijn naar voren brengen, dan moeten zij toch een idee hebben van wat iets kost? Niets. Ik heb drie van die brieven gezien van verschillende farmaceutische industrieën, en daar werden helemaal geen bedragen in genoemd. Graag een reactie daarop.

Een keuze tussen verschillende kwaden. Zo zouden we de verhoging van het verplichte eigen risico willen omschrijven. De maatregel voorkomt grote premiestijgingen nu of diep ingrijpen in het basispakket. En juist omdat de lagere inkomens worden gecompenseerd voor deze extra verhoging, valt die te billijken. Het CDA is tevreden dat de compensatie eigen risico, zoals dat al enige jaren gebruikelijk is, gewoon blijft bestaan, want dat is de manier om iedereen, dus ook chronisch zieken, niet meer dan het gemiddelde eigen risico te laten betalen. Wel valt er nog iets te verbeteren aan de systematiek. Ik doel op de verfijning van de criteria op grond waarvan mensen hiervoor in aanmerking komen. Kan de minister daar nog iets over zeggen? De voorgestelde compensatie is eenvoudig in te voeren. De compensatie wordt op basis van het huishoudinkomen afgebouwd, wat betekent dat zij inkomensafhankelijk is. Dat is overigens ook het principe van de zorgtoeslag.

Ik ga nu in op de voorhang. De CDA-fractie gaat akkoord met de maatregelen die voortvloeien uit het Lenteakkoord. Indertijd is met steun van onze partij de motie-Dijkstra/Voortman aangenomen, waarin de regering werd verzocht om te zoeken naar alternatieven voor het terugbrengen van het aantal ivf-behandelingen van drie naar één. Het ging ons immers om de noodzakelijke besparing. Wij stonden en staan open voor alternatieven en die blijken er te zijn. Zie hier een voorbeeld van een manier waarop het kennelijk mogelijk is om met zinnige en zuinige zorg de drie ivf-behandelingen te behouden en een besparing te bereiken. Dat zouden we meer moeten doen in de zorg, en niet alleen onder de druk van een bezuiniging. De besparing op de medicatie moet vooral komen van meer doelmatig voorschrijven en de gynaecologen hebben zich hiertoe bereid verklaard. We zullen daarbij wel stevig de vinger aan de pols moeten houden. Dat geldt ook voor het voorschrijven van recombinantmiddelen en urinaire recombinantpreparaten. Het is goed om daar afspraken over te maken. Wanneer komt de aangekondigde monitor?

De CDA-fractie is blij dat de geriatrische revalidatie nu vanuit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Dat is een logische stap, die al enige jaren geleden is ingezet en die nu wordt afgerond met een daadwerkelijke overheveling. Kan de minister een inschatting maken

van de betekenis hiervan voor de premie van de Zorgverzekeringswet? Het gaat namelijk om een aantal honderden miljoenen euro's. Is de overgang per 1 januari 2013 ook echt mogelijk, gezien de ontwikkeling van de juiste dbc's? Is alles en iedereen op tijd klaar? Weet ook iedereen welke zorg wel en welke niet wordt overgeheveld?

Wij steunen de kabinetsvoornemens met betrekking tot de pakketadviezen van het CVZ voor fluoridering van jeugdigen. We hebben al vaker in de Kamer gedebatteerd over de jeugdmondzorg en de grote zorgen die we daarover hebben. Ik denk dat dit pakketadvies een stapje is op de trap van preventie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een nieuwsgierigheidsvraag. Vorig jaar is het CDA akkoord gegaan met het uit het pakket halen van stoppen met roken en van dieetadvisering. Kan mevrouw Smilde aangeven wat de overwegingen zijn geweest om nu alsnog akkoord te gaan met het opnemen in het pakket van stoppen met roken en van dieetadvisering?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Die overweging was tweërlei. Als je met vijf partijen spreekt, is het geven en nemen. Indertijd vonden wij ook dat stoppen met roken een goede impuls kon geven. Wij hadden er geen bezwaar tegen dat het eruit werd gehaald. Wij hebben in het kader van dit akkoord aangegeven dat het wel weer opgenomen kon worden, maar op termijn moeten we kijken naar het hele pakket van medisch noodzakelijke zorg. Daar zou dit ook weer bij kunnen horen. Op dit moment vinden wij echter dat het erin kan. Het onderdeel van stoppen met roken dat er vorig jaar uitgehaald is, was bovendien met name de medicatie. De behandelingen bleven er echter in. Nu doen we de medicatie er ook weer in.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een paar weken geleden hebben wij de discussie over de forensenbelasting meegemaakt. De VVD heeft gezegd dat dat weliswaar is afgesproken in het Kunduzakkoord, maar dat zij er als het maar enigszins kan ook weer vanaf wil. Ik beluister bij mevrouw Smilde hetzelfde. Stoppen met roken en dieetadvisering in het pakket is een soort compromis geweest. In de toekomst wil mevrouw Smilde zeker haar best doen om het weer uit het pakket te halen. Heb ik haar goed begrepen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee. Vorig jaar stonden wij voor de keuze om een groot aantal maatregelen te nemen. Het is helaas inmiddels een kwestie van en-en-en. Wij hebben toen de verschillende mogelijkheden tegen elkaar afgewogen. In het kader van het Lenteakkoord hebben wij andere afwegingen kunnen maken, waar wij helemaal voor staan. Maar je kunt natuurlijk nooit in de toekomst kijken. Dat is alles wat ik zeg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan heb ik van mevrouw Smilde begrepen dat zij volgend jaar om deze tijd weer een pleidooi kan houden om stoppen met roken en dieetadvisering weer uit het pakket te halen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, dat kan niet gezegd worden. Ik kan ook het voorbeeld van de rollator geven. Wij hebben nooit onder stoelen of banken gestoken dat de rollator wat ons betreft uit het pakket kan. In het kader van het regeerakkoord is de rollator wel in het pakket terechtgekomen. Zo nu en dan moet je geven en nemen. Je moet altijd proberen om zaken evenwichtig te regelen. Meestal is het een kwestie van het afwegen van kwaden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben benieuwd naar de argumenten van mevrouw Smilde om dit voorstel uit het Kunduzpakket nu te behandelen, wetend dat de kilometerbelasting voor woon-werkverkeer wordt uitgesteld, wetend dat aanpassingen aan de hypotheekrenteaftrek kunnen

worden uitgesteld. Wat is de noodzaak om een belasting op ziek zijn wel door te voeren en daarbij niet te wachten op de verkiezingen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik sla even aan op die belasting op ziek zijn. In haar amendement draait mevrouw Leijten de verhoging terug, maar zij handhaaft het eigen risico van € 220. Ik ben benieuwd of de SP aan alle mailers terugmailt dat zij wel degelijk dat eigen risico handhaaft. Ik zie dit niet als een belasting op ziek zijn. Er wordt een conglomeraat aan maatregelen genomen om ons zorgstelsel houdbaar te houden. Wij staan daarvoor. Wij willen een aantal dingen met het akkoord bereiken. Ten eerste willen wij dat er geen tijd verloren gaat om ons zorgstelsel houdbaar en beheersbaar te maken. Ten tweede willen wij voortvarend te werk gaan om onze overheidsfinanciën solide te houden. Ten derde willen wij de gezondheidszorg op de langere termijn betaalbaar houden. Daar hebben wij solide financiën voor nodig. Dat uit zich in een voldoen aan de Brusselse normen. Dat doen wij niet om Brussel tegemoet te komen, maar voor onze eigen financiën.

Mevrouw **Leijten** (SP): In het amendement verlaag ik het bedrag omdat daarmee dan de huidige situatie wordt voorgelegd aan de kiezer. Mevrouw Smilde heeft het over houdbare financiën en houdbare zorg. Dat willen wij ook, maar de SP heeft daar andere ideeën over. Op 12 september hebben wij verkiezingen. Ik stel een heel simpele vraag. Waarom is er bij andere maatregelen die ook over grote sommen geld gaan, die belangrijk voor het Kunduzakkoord zijn, wél uitstel mogelijk en bij deze maatregel niet? Wat is de reden dat dit nu behandeld moet worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Over die andere zaken ga ik niet. Je kunt er nog over redetwisten of die uitgesteld worden. Wij hebben dit akkoord gesloten. Wij staan ervoor dat er in 2013 stappen worden gezet. Anders is de begroting voor 2013 helemaal naar de maan. Als het kabinet niet voortvarend was opgetreden in de gezondheidszorg, dan hadden wij niet eens per 1 januari 2012 een heleboel zaken in gang gezet. Dan had de hele boel hier stilgestaan van februari 2010, toen het kabinet viel, tot er ergens volgend jaar een kabinet is. Dat hebben wij voor elkaar gekregen. Het CDA is niet van plan om dat in de waagschaal te stellen. Daarom moeten wij dit gewoon voor 2013 regelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik hoor nog steeds geen argument. Toen wij het eigen risico voor dit jaar verhoogden, is dat voorstel gewoon eind september, begin oktober behandeld. Dus het hoeft helemaal niet nu. Aan de Kunduzpartijen, waaronder het CDA, is steeds de vraag gesteld waarom dit nu moet. Het kabinet zegt zelf in zijn beantwoording dat een nieuw kabinet altijd een nieuw wetsvoorstel kan voorleggen. Waarom zouden we daar dan niet op wachten? We kunnen toch gewoon na de verkiezingen zien hoe het ligt met de meerderheden en dan een besluit nemen? Waarom moet dit voorstel er nu doorheen gedrukt worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Omdat wij dit via een wet in formele zin willen doen. Natuurlijk spelen bij de formatie allerlei zaken een rol, maar wij willen de begroting 2013 financieel op orde hebben. Dat is de reden. De begrotingsvoorstellen moeten rond deze tijd voor het komende jaar voor elkaar gemaakt worden. Dat is de reden.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Nederland heeft het beste zorgstelsel van Europa. Dat staat te lezen in de zogeheten Euro Health Consumer Index van 2012. Die organisatie heeft gekeken naar de toegankelijkheid van de zorg, de patiëntenrechten, de kwaliteit van de zorg en de beschikbaarheid van medicijnen. Ook andere onderzoeken bevestigen dat wij in

Nederland een ontzettend goed zorgstelsel hebben. De Iris Global Health Survey en het Commonwealth Fund bevestigen dit beeld. Het is ook logisch, want de afgelopen jaren zijn de wachtlijsten verdwenen, is er betere service en hebben we veel meer inzicht in kwaliteit. Nederland heeft een ontzettend solidair zorgstelsel. Iedereen is in Nederland verplicht verzekerd. Verzekeraars moeten iedereen accepteren en iedereen betaalt dezelfde premie. Jong betaalt voor oud, werkend voor niet werkend en gezond voor ziek. Het is dan eigenlijk onbegrijpelijk dat er partijen zijn die dit goede stelsel willen terugdraaien, die naar een stelsel van staatsgezondheid willen. Want in de praktijk hebben wij het beste stelsel van Europa, maar blijkbaar in de socialistische theorie niet. En wat deugt er dan niet? Ons zorgstelsel deugt niet of die socialistische theorie deugt niet? Wat moet je dan aanpassen? Je zorgstelsel of je socialistische theorie? Volgens mijn fractie je socialistische theorie.

Tegelijkertijd staat dit goede en solidaire zorgstelsel onder druk.

Afgelopen week hebben verschillende instanties de noodklok geluid over de sterk stijgende zorgkosten: de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, het Centraal Planbureau en de Taskforce beheersing zorguitgaven. Dit wordt weggezet door een bepaalde partij in dit huis die zegt: een paar mensen vinden de zorg te duur. Een paar mensen? Gezaghebbende instituten vinden dat. En wat is nu een verantwoordelijke politiek voeren? Is dat problemen erkennen en oplossen of, zoals de SP doet, problemen ontkennen?

In de volgende kabinetsperiode zullen de zorguitgaven stijgen van 60 mld. naar 80 mld. Nu al betaalt de gemiddelde volwassene € 5000 per jaar aan de zorg. Een modaal gezin betaalt nu 20% van het huishoudinkomen aan de zorg en de komende 25 jaar zal dit stijgen naar 50%. Dan gaat de helft van het huishoudinkomen naar de zorg. De oorzaken van deze stijging zijn duidelijk. We hebben te maken met vergrijzing. We hebben steeds meer ouderen die steeds ouder worden. Ik noem verder de technologie; er kan steeds meer. Ziekten waarvan we eerst het bestaan niet kenden, kunnen we nu opsporen en genezen. Het beeld wordt wel eens gewekt dat we bezuinigen op het basispakket. Dat is helemaal niet waar. Ongezien gaan er ontzettend veel behandelingen het basispakket in, bijvoorbeeld kankerbehandelingen die ontzettend duur zijn. Ook de welvaart leidt tot stijgende zorguitgaven, want welvarende burgers willen meer zorg. Die burgers zijn ook steeds mondiger geworden en eisen die zorg ook op. Het goede nieuws van die stijgende uitgaven is dat we langer en gezonder leven, maar tegelijkertijd zijn deze stijgende zorguitgaven een tikkende tijdbom onder de solidariteit. Jonge, gezonde, werkende mensen die nauwelijks gebruikmaken van de zorg, zijn verplicht een steeds groter deel van hun inkomen aan de zorg te betalen. Als inkomens vanaf modaal steeds maar extra moeten betalen, zoals sommige partijen willen, krijgen we belastingtarieven in de tweede en derde schijf van 80% tot 87%. Dat betekent dat van elke euro die je verdient, 87% naar de zorg gaat. Als je dat lang genoeg doet, zullen mensen zich afvragen waarom zij nog zouden blijven werken, omdat zij alles wat zij verdienen, moeten afdragen als zorgpremie. Het grote gevaar is dat deze mensen zeggen: genoeg is genoeg. Dan hebben wij een probleem. Dan staat de solidariteit onder druk. Ik heb al gezegd dat wij een ontzettend solidair zorgstelsel hebben. We zien nu eigenlijk al dat die solidariteit onder druk staat. Er zijn mensen die zeggen dat mensen die ongezond leven – rokers en mensen die vet eten – zelf hun zorgkosten maar moeten betalen. Je ziet die solidariteit dus al afbrokkelen. Om die solidariteit in stand te houden, moeten wij iets doen aan de kostenexplosie. Wij moeten ervoor zorgen dat de zorguitgaven beheersbaar blijven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik hoorde de heer Mulder iets voorlezen uit het VWS-rapport «De zorg: hoeveel extra is het ons waard?» Ik ben uitermate benieuwd naar het antwoord, want dat staat niet in dat rapport

van het ministerie van VWS. Ik wacht dus met spanning af wat de oplossing van de heer Mulder is.

De heer **Mulder** (VVD): Om te beginnen: het probleem erkennen. Er zijn partijen die dat niet doen; daar zal ik straks nog iets over zeggen. Op 6 juli komen wij met ons verkiezingsprogramma. Daar zal dit precies in staan. Ik kan daarop vooruitlopen, maar dat zou buitengewoon onhoffelijk zijn ten opzichte van onze verkiezingsprogrammacommissie. Ik garandeer u dat onze verkiezingsprogrammacommissie met maatregelen komt om die stijging van de zorgkosten te beheersen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Uw partij vraagt iedere keer wat onze oplossing is. Ik heb het gehad over 500 mln. door het samen inkopen van hulpmiddelen, over 200 mln. in verband met de casemanager en al bijna 4 mld. door het overbodig maken van de zorgtoeslag door inkomensafhankelijke premies. Wij laten dus zien wat wij willen. Gaat de VVD voor een eigen risico voor bezoek aan de huisarts?

De heer **Mulder** (VVD): Ik kan niet zeggen wat er in het komende verkiezingsprogramma staat, maar met ons huidige verkiezingsprogramma, dat is doorgerekend door het CPB, staan wij op dit moment voor het onder het eigen risico brengen van de huisarts. Ik heb de afgelopen tijd meer voorstellen gedaan voor kostenbezuinigingen in de zorg. De vraag is of ons verkiezingsprogramma die voorstellen overneemt. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om substitutie van de dure tweede lijn – het ziekenhuis – door de huisarts, het aanscherpen van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om selectief zorg in te kopen en, zoals al gezegd, het onder het eigen risico brengen van de huisarts. Ik heb het bij de begrotingsbehandeling al gehad over de gehoorapparaten en over de rollator. Ik doe hier dus constant voorstellen om de zorguitgaven te beheersen. Uit hoffelijkheidsoverwegingen zeg ik dat dit nu eigenlijk aan onze verkiezingsprogrammacommissie is, maar iedereen weet waar de VVD op dit punt staat: we moeten die kosten beheersen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben benieuwd of daar maatregelen bij zitten die niet neerkomen op verkleining van het pakket, het sluiten van ziekenhuizen en het bij de patiënt leggen van de rekening. Zou de VVD kunnen overwegen om ook iets te doen aan al die hoge inkomens in de ziekenhuizen, van de specialisten? Zou de VVD kunnen overwegen om de winsten af te romen die nu onnodig bij de zorgverzekeraars liggen? Daarbij gaat het om bijna 2 mld. Zijn dat voorstellen waarvan de heer Mulder van de VVD uit hoffelijkheid tegen zijn programmacommissie zou kunnen zeggen: kijk ook eens naar voorstellen om het geld te pakken waar dat zit?

De heer **Mulder** (VVD): Om te beginnen, constateer ik dat er al heel veel gebeurt aan de topinkomens. We hebben hier een wetsvoorstel behandeld om de topinkomens in de publieke sector te maximeren op de balkenenorm. Deze minister heeft een overeenkomst gesloten met de zorgspecialisten, die hebben afgesproken om 400 mln. in te leveren. Daarmee is ook gelijk het beeld weg dat specialisten worden betaald per verrichting. Dat is met het huidige convenant afgelopen. Er is afgesproken dat de specialisten met z'n allen samen een maximaal bedrag verdienen, namelijk 2 mld. Meer wordt het niet. Wat de ene specialist eventueel meer doet, gaat er bij de ander af. Er zit dus al een cap op die zorgkosten. Ik ben natuurlijk ook voor gezamenlijke inkoop. Ziekenhuizen doen dat ook al. Het Ziekenhuis Bronovo in Den Haag heeft afspraken met het MC Haaglanden en bijvoorbeeld met het Lage Land Ziekenhuis om samen zorg in te kopen ter beperking van de kosten. We hebben de afgelopen jaren ook het preferentiebeleid gehad. Er komen dus heel veel maatre-

gelen. De SP-fractie noemt ook een aantal maatregelen, maar ik vrees dat dat niet genoeg is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gemiddelde dat een specialist mag verdienen, ligt tussen 2,5 ton en 3 ton. Als wij zouden zeggen dat een ministersalaris voortaan als maximum geldt, halveren wij dat. Als je eerlijk maximeert, gaat de ene specialist ook niet méér doen om een ander het brood uit de mond te stoten. Wat zegt het CPB? Ik vraag de heer Mulder daar ook naar te kijken. Wij hebben een sluipende budgetvergroting door de kankerbehandeling – hij sprak daar ook over – maar er is ook een sluipende budgetvergroting doordat specialisten sinds het verrichtingenstelsel meer zorg per patiënt leveren als daarvoor terwijl er geen kwaliteitsstijging is aangetoond. Is de VVD-fractie ook bereid om serieus te kijken naar de kosten van de artsen en niet alleen de rekening bij de patiënt te leggen?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zeg niet alleen dat wij ernaar kijken, er is naar gekeken. Er is een akkoord met de specialisten en er is 400 mln. bezuinigd op de specialisten. Er ligt nu een cap op: als de een meer doet, gaat dat ten koste van de ander. De prestatieprikkel waarvan wel sprake was, is er af mede dankzij het hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuizen over maximale groei en nu zorgverzekeraars niet per verrichting betalen, maar een lumpsumbedrag geven, een bedrag ineens. Je ziet dat iedereen bezig is om van die verrichtingenprikkel af te komen en meer te bekostigen op gezondheidswinst. Wij gaan die kant al op. De vraag is nu wat daar nog extra is te behalen, want er is al veel gehaald.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat de heer Mulder in ieder geval van die verrichtingenprikkel af wil.

De heer **Mulder** (VVD): Ja, dat heb ik anderhalf jaar geleden al eens geschreven in een artikel in Het Financieele Dagblad en ik heb het al een paar keer in debatten gezegd: wij moeten naar het bekostigen van gezondheidswinst.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder noemt de lumpsumbetaling als een goed voorbeeld. Die komt er in feite toch op neer dat de zorgverzekeraar met het ziekenhuis een budget afspreekt?

De heer **Mulder** (VVD): Ja, ik heb gezegd dat dit een voorbeeld kan zijn van de afspraak tussen de zorgverzekeraar en een ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft een aantal patiënten en gaat ervan uit dat ze voor een bepaald bedrag worden bekostigd. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar dan ook even een afspraak maakt over de kwaliteit, want anders krijg je onderbehandeling. Die kant gaat het dus op met de zorgverzekeraars.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan staan de heer Mulder en ik straks schouder aan schouder, want ook mijn fractie voelt voor een vergelijkbaar budgetsysteem. Ik kom daar straks op terug. Het doet mij deugd dat de heer Mulder in ieder geval is opgeschoven van het betalen op basis van verrichtingen naar een budgetsysteem.

De heer **Mulder** (VVD): In het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid is sprake van regiobudgetten. Je moet eens kijken wie daarbij allemaal moeten worden betrokken: ziekenhuizen, patiëntenverenigingen, artsen. Je hebt de grootste vergaderzaal van Nederland nodig om dan besluiten te nemen. De heer Van der Veen doet alsof wij het eens zijn. Dat begrijp ik wel, want hij wil het graag eens zijn met de VVD. Hij streeft echter naar een fundamenteel andere aansturing van de zorg, want hij wil naar overheidsbudgetten. Hij wil de zorgverzekeraar afschaffen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dank voor het compliment. Wij zijn van mening dat patiënten en zorgaanbieders iets te vertellen hebben over de inrichting van de zorg. In die zin onderscheiden wij ons dus van de VVD. Wij zijn van mening dat die partijen het recht hebben om zich te bemoeien met de organisatie van de zorg. Hoe stelt de heer Mulder het zich voor als die partijen er niet bij worden gehaald? Wie zorgt er dan voor de inrichting?

De heer **Mulder** (VVD): Wij hebben in Nederland een zorgstelsel waarvoor wij de publieke randvoorwaarden formuleren voor kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Het is vervolgens aan de zorgverzekeraars om dit binnen die randvoorwaarden in te vullen. De Partij van de Arbeid komt met regionale budgetten waarover iedereen en alles kan meepraten. De heer Van der Veen moet het verkiezingsprogramma er nog maar eens op nalezen. Ik ben benieuwd of dit überhaupt tot besluiten zal leiden. Eigenlijk zou je een bureaucratietoets moeten loslaten op dat programma.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij verschillen inderdaad fundamenteel van gedachten over de vraag wie zich met de zorg mag bemoeien. Degene die betaalt, en ook verplicht betaalt, namelijk de burger, de patiënt, mag naar onze mening echt wel iets zeggen over de zorg. Degene die de zorg aanbiedt en het beste weet hoe die kan worden aangeboden, mag iets te vertellen hebben over de wijze waarop die zorg wordt ingericht. Ik heb er moeite mee dat alleen de zorgverzekeraars – de niet concurrerende zorgverzekeraars, zeg ik erbij – in een soort dictaat zullen bepalen hoe de zorg eruit zal zien. Zo zou het in de opvatting van mijn fractie in ieder geval niet moeten gaan.

De heer **Mulder** (VVD): Als een zorgverzekeraar iets doet wat patiënten en de verzekering niet willen, kunnen zij overstappen naar een andere verzekeraar. Er zijn voorbeelden dat dit is gebeurd. De patiënt heeft dus wel degelijk een «say» als verzekerde. Een slimme zorgverzekeraar zal ook altijd luisteren naar de patiënten en de patiëntenverenigingen. Dat gebeurt ook al.

Ik sprak net over de stijgende zorguitgaven die wij in de hand moeten houden om de solidariteit te handhaven. Partijen die losjes zeggen: ik geloof niet zo veel van die berekeningen, steken hun kop in het zand. De Socialistische Partij heeft dit vandaag urenlang gedaan. Bij de SP is regeren niet vooruitzien – de partij wil graag regeren – maar je kop in het zand steken. Dan komt het moment dat de wal het schip keert, liggen de zekerheden in ons solidaire stelsel, waarvoor de SP zegt op te komen, aan gruzelementen en zijn de zwakkeren vaak de dupe. Maatregelen in de zorg zijn dus nodig, ook in de komende jaren. Daarom steunt de VVD de maatregelen in het begrotingsakkoord, zoals de verhoging van het eigen risico. Die zijn niet leuk, maar wel noodzakelijk, want ze leiden tot een verhoging van het kostenbewustzijn. Voor een deel geldt daarbij ook het profijtbeginsel – mensen die zorg gebruiken, betalen daar ook voor – en voor een deel remt dit het zorggebruik af. Alles boven het eigen risico wordt opgebracht door het collectief.

Mevrouw **Leijten** (SP): We horen de VVD wel vaker een apocalyptische toekomst voorspellen als de SP onverhoopt zou gaan regeren. Ik heb begrepen dat de fractievoorzitter dan zelfs gaat emigreren. Maar wij blijven gewoon als de VVD de grootste is. Ik wil graag het volgende vragen. Nu zijn de zorgkosten enorm aan het stijgen. Welke politieke partijen zijn in de afgelopen tijd daarvoor verantwoordelijk geweest?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb al gezegd dat het helemaal niet gaat om politieke partijen. Welke kleur er ook in vak-K zit, de stijging van de

zorguitgaven wordt bepaald door vergrijzing en medische technologie; dat zijn de grote drijvers. Mevrouw Leijten heeft in een eerder debat al gezegd dat de zorguitgaven zullen stijgen door de vergrijzing en medische technologie, ook als de SP aan de macht zal zijn. De stijging komt dus dáárdóór. Het is de kunst voor politieke partijen om die zo af te buigen, dat zij beheersbaar blijven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Overall waar je komt in de zorg, wordt geklaagd over verspilling en bureaucratie door marktwerking. Prima hoor, reclamebudgetten van meer dan 60 mln. voor de zorgverzekeraars, maar tegelijkertijd bezuinigen we beschermd wonen weg voor 20 mln. Dat zijn de keuzes van de VVD. In voorstellingen dat het apocalyptisch zal misgaan als wij onze voorstellen zouden realiseren, geloof ik niet. Eerlijkheid in het debat is een heel goede zaak. Laten we daarom gewoon kijken naar dit moment. De marktwerking, de concurrentie en de vreselijke bureaucratie die zij meebrengen, zullen de zorg naar de afgrond brengen. En zij waren geen idee van de SP.

De heer **Mulder** (VVD): Ik kom bij het slot. Uit de pers heb ik begrepen dat het vandaag een dag was om te filibusteren. In Amerika gaan mensen dan boeken voorlezen, in België zelfs receptenboeken. Ik heb ook een boek bij me, over struisvogels. Ik wil dat graag voorlezen, om het debat nog wat te rekken. Ik kan het boek echter ook laten zien en het daarbij laten. Als mevrouw Leijten mijn kant op kijkt, kijkt zij in de spiegel: op de kaft staat een grote struisvogel. Dat is namelijk wat de SP doet: haar kop in het zand steken. En de PVV kan nu wel lachen, maar de struisvogel is ook een weglloopvogel, die bij dreigend gevaar met 70 kilometer per uur kan weglopen. Dat was ook zo'n beetje de gemiddelde snelheid van mevrouw Agema toen zij het Catshuis verliet.
Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**: Meneer Mulder, u bent nog niet klaar. Mevrouw Leijten heeft een vraag.

De heer **Mulder** (VVD): Ik wil haar het boek wel geven, hoor.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat hoeft van mij niet, ik ben niet van de Partij voor de Dieren.

De heer **Mulder** (VVD): Nou, struisvogels genoeg in uw fractie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zou graag het volgende willen weten. Het is namelijk duidelijk: de VVD heeft samen met vier andere partijen een akkoord gesloten; de 3%-norm moest gehaald worden, het briefje is naar Brussel gestuurd en nu komt het aan op de uitvoering. Wat is de reden dat wij vandaag deze wet moeten behandelen?

De heer **Mulder** (VVD): De zorgverzekeraars gaan de zorgpremies bepalen. Daarom ook behandelen we deze week of volgende week de zogeheten «pakketmaatregelen»; dat doen we voor de zomer, zodat zorgverzekeraars weten welke premies ze kunnen stellen. Het is dus logisch om dit zo zorgvuldig mogelijk nog vóór de zomer te doen. Daarom heeft deze maatregel haast.

Mevrouw **Leijten** (SP): De vorige keer dat wij het eigen risico bespraken, was dat toch ook in het najaar? Serieus, ik wil echt weten waarom deze maatregel nu moet vastliggen; met mogelijk een extra debat na de verkiezingen omdat een andere meerderheid iets anders kan willen. Er wordt namelijk heel verschillend gedacht over het eigen risico: afschaffen, inkomensafhankelijk of verhogen. Waarom is het niet mogelijk om te

wachten? Dat kon toch zeker ook bij de belasting op het woon-werkverkeer en de aanpassing van de hypotheekrenteaf trek?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb er al op gewezen dat de zorgverzekeraars de premie moeten vaststellen. Dat is ook de reden dat de Kamer nog voor de zomer het pakket vaststelt. Wat er precies aan de hand is bij de hypotheekrenteaf trek, kan ik niet zeggen. Ik heb wel begrepen dat het een technisch lastige maatregel is. Wij zijn verantwoordelijk voor de zorg en het lijkt mij niet meer dan netjes dat wij het voor de zomer afronden. Daarom moeten wij snelheid maken. Ik weet ook wel dat mevrouw Leijten met haar partij de verkiezingen wil winnen om deze maatregel terug te kunnen draaien, maar laten wij deze maatregel nu eerst maar eens invoeren. Dan kan zij die maatregel later altijd nog terugdraaien als een meerderheid van de Kamer daar straks voor is. Maar nu eerst invoeren!

Mevrouw **Leijten** (SP): Deze maatregel wordt pas op 1 januari 2013 ingevoerd. Wij zouden dit voorstel dus heel goed na de verkiezingen kunnen behandelen. Ik vind het echt een gelegenheidsargument om te zeggen dat de zorgverzekeraars dan in de problemen zouden komen. Ik herinner daarvoor maar aan de discussie over de vraag of de rollator uit het pakket gehaald zou moeten worden. Toen vond mijnheer Mulder dat de zorgverzekeraars niet moesten klagen en hun cliënten de nieuwe polisvoorwaarden maar in een briefje moesten toesturen. Het is echt een gelegenheidsargument.

De heer Mulder had ook helemaal niet zo hoeven te klagen dat wij dit debat vandaag hebben. Hij had dit debat namelijk makkelijk kunnen voorkomen door het over de verkiezingen heen te tillen.

De heer **Mulder** (VVD): Hoop doet leven bij de SP.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op welke termijn worden de Kunduzmaatregelen voor het zorgpakket teruggedraaid?

De heer **Mulder** (VVD): Op welke maatregelen doelt u precies?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk bijvoorbeeld aan stoppen met roken, dieetadvisering en de verlaging van de eigen bijdrage voor de ggz.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is natuurlijk in de eerste plaats aan de verkiezingsprogrammacommissie van de VVD. Over stoppen met roken kan ik nu al wel iets zeggen. Waarom hebben wij een zorgverzekering? Wij hebben die verzekering omdat mensen zich op die manier kunnen verzekeren tegen hoge onvoorspelbare financiële risico's. Het is met het oog daarop heel onlogisch om een rollator in het pakket op te nemen, want dat je die ooit nodig hebt, kun je zien aankomen. Het is ook onlogisch om stoppen met roken in het pakket op te nemen, want daarvan profiteer je zelf het meest. Als ik de kans krijg, haal ik het dus weer uit het pakket. Maar afspraak is afspraak!

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik hoor wel vaker het argument dat voorspelbare kosten niet in het pakket thuishoren. Een groot deel van de geboortes in Nederland is echter voorspelbaar. Zoiets overkomt de meeste mensen echt niet zomaar. In de redenering van de heer Mulder zou dus ook de kraamzorg niet langer vergoed moeten worden. Ik denk dat ik zo goed laat zien dat het argument dat voorspelbare zorg niet vergoed moet worden, op z'n zachtst gezegd discutabel is. Het is leuk voor uw Kunduzpartners om te horen dat het stoppen met roken weer uit het pakket wordt gehaald. Gaat u er nog meer uithalen?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zei al dat mijn verkiezingsprogramma commissie daarover gaat. Ik noemde alleen maar een voorbeeld waarover wij al vaker hebben gediscussieerd. Overigens zit de kraamzorg nog gewoon in het pakket. Of suggereerde collega Van der Veen soms niet dat die zorg eruit zou gaan?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik breng u blijkbaar op een idee. Bent u echt van plan om ook de kraamzorg uit het pakket te halen?

De heer **Mulder** (VVD): Dat zeg ik niet. Dat zeg ik niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder spreekt echt op een toon die doet vermoeden dat hij het tot nu toe over het hoofd heeft gezien en dat ik hem op een idee heb gebracht. Dat was overigens zeker niet de bedoeling van mijn opmerking.

De heer **Mulder** (VVD): Ik noemde alleen maar een voorbeeld waarover ik de afgelopen anderhalf jaar als zorgwoordvoerder heb gesproken. Waarom heb je een zorgverzekering? Wat is daarbij je uitgangspunt? Het is aan mijn verkiezingsprogramma commissie om daaraan concreet invulling te geven. Ik heb namens mijn fractie alleen maar een punt gemaakt van de discussie over stoppen met roken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is dus niet onwaarschijnlijk dat in het verkiezingsprogramma van uw partij komt te staan dat de kraamzorg uit het pakket wordt gehaald.

De heer **Mulder** (VVD): Collega Van der Veen legt mij woorden in de mond. Op 6 juli komt mijn verkiezingsprogramma commissie met het VVD-programma. Ik zou het goed lezen als ik de heer Van der Veen was, want daarin wordt wel aandacht besteed aan de beheersing van de zorgkosten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik bedank de heer Mulder voor zijn compliment, want blijkbaar denkt hij dat mijn hardloopvaardigheden zo groot zijn dat een snelheid van 70 kilometer per uur haalbaar is. Dat haal ik echt niet, hoor! Hooguit 10.

De heer **Mulder** (VVD): Verliet u dan met 100 kilometer per uur het Catshuis?

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, hooguit 10.

Ik zou de heer Mulder graag een dilemma voorleggen. Ook de PVV ziet in dat de ontwikkeling van de zorgkosten houdbaar moet zijn. Wij zien ook in dat wat mensen per maand aan premie moeten betalen, niet kan blijven stijgen. Als de zorgkosten maar blijven stijgen, ondermijnt dat inderdaad de solidariteit. Je kunt kiezen voor maatregelen die de korte termijn dienen maar de oploop van de zorgkosten niet remmen, zoals een verhoging van het eigen risico. Maar je kunt ook kiezen voor maatregelen die het systeem verbeteren, de efficiency vergroten en de stijging binnen het systeem zelf opvangen. Waar kiest de VVD dan voor?

De heer **Mulder** (VVD): Was het leven maar zo makkelijk als mevrouw Agema doet voorkomen. Ik vrees dat wij alles uit de kast moeten halen om de zorgkosten te beheersen. Wij hebben eigenlijk helemaal geen keuze. Wij moeten zowel verspilling tegengaan als de geneesmiddelenprijzen omlaag brengen en het eigen risico verhogen. Er is ontzettend veel te doen. Wij hebben echt niet meer de luxe om wel voor het een maar niet voor het ander te kiezen. Het zal waarschijnlijk allemaal moeten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als het waarschijnlijk allemaal zal moeten volgens de VVD, dan heeft de VVD ook geen zicht op zekerheid. Wij kunnen de VVD een heel eind volgen in het komen tot een houdbaar pad, zodat de zorgkosten niet explosief blijven stijgen. De VVD maakt echter nu al de keuze om te gaan schrappen in het pakket en ze maakt nu al de keuze dat de chronisch zieken moeten betalen voor een hoger eigen risico. Dat zijn keuzes die wij nooit zullen maken. De VVD maakt ze, terwijl de VVD nog geeneens zicht heeft op waar het naartoe gaat. Waarom doet de VVD dat? Waarom pakt de VVD de chronisch zieken, de gehandicapten, de ouderen met een hoger eigen risico en met schrappen in het basispakket, terwijl we wellicht al tot een houdbaar pad kunnen komen door de efficiëntie aan te pakken, door de systemen te verbeteren en te komen tot betere inkoop?

De heer **Mulder** (VVD): Met een wat betere efficiëntie en door een iets betere inkoop bespaar je wel wat, maar nog lang niet genoeg om die 20 mld. te beheersen. Als je tegenover de kiezers suggereert dat je een paar makkelijke maatregelen hebt, dat je wat doet aan topinkomens, aan de inkoop en aan de verspilling, dan kom je er niet. Partijen die zeggen dat het wel zo is, zetten de kiezer eigenlijk op het verkeerde been.

Mevrouw **Agema** (PVV): Vermoedens, denken dat, maar wel al concluderen dat partijen die dat niet doen, de kiezers op het verkeerde been zetten, dat zijn grote woorden. Mijn verzoek aan de VVD is: doe het niet. Verhoog het eigen risico niet alleen voor zieke mensen. We hebben op basis van het rapport van het CPB en van Ecorys allemaal kunnen zien dat een hoger eigen risico geen rem zet op de zorgconsumptie, dat het de zieken zijn die extra gaan betalen. Mijn vraag aan de VVD is: doe dat niet nu. Zorg eerst dat je inzicht krijgt in het houdbare pad, inzicht in hoeveel wij kunnen doen met besparen op de systemen zelf, voordat de ouderen, de chronisch zieken en de gehandicapten de rekening gepresenteerd krijgen en dat alleen maar voor Brussel, alleen maar om aan 3% te komen. Alstublieft. Ik vraag het de VVD nogmaals: doe het niet, zorg eerst dat je inzicht krijgt in wat we allemaal wel kunnen doen, alvorens de ouderen en de chronisch zieken en de gehandicapten het kind van de rekening te laten zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Om te beginnen zijn die scenario's er wel degelijk. Ik heb de drie rapporten genoemd die afgelopen week zijn verschenen. We zien hoe groot dat probleem is. We zien dat. De vraag is niet of we het moeten oplossen, maar hoe we het moeten oplossen. We weten ook dat dit ontzettend moeilijk zal zijn en dat het electoraal ontzettend lastig is. Mensen willen liever niet bezuinigen op de zorg en ze willen ook niet meer premie betalen. Er wordt gezegd dat de verhoging van het eigen risico geen gedragseffecten oplevert. Dat zegt de SP eigenlijk ook. Het Ecorys-rapport zegt echter wel dat de verhoging van het eigen risico een gedragseffect oplevert. Even heel technisch: het staat op pagina 10. Het gedragseffect van het verplichte eigen risico voor 18-jarigen ligt tussen de min 2,6% en 7,3%. Dat is een besparing van tussen de 275 mln. en 772 mln. per jaar. Dat staat hier in. Ook in de doorrekening van het CPB staat dat het inderdaad gedragseffecten heeft. Ik begrijp niet waarom politici maar feiten blijven ontkennen. Daar is helemaal niemand mee gediend en al helemaal niet de solidariteit.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het bedrag dat de heer Mulder noemt, een bedrag van tussen de 275 mln. en 772 mln. per jaar, slaat op het mijden van zorg als gevolg van het eigen risico. Het remgeld van die 150 was 60 mln. op 60 mld. Zorg mijden betekent dat mensen niet meer de zorg vragen die zij nodig hebben. Ik houd me dus bij de feiten! En dan wil ik ten slotte nog ...

De heer **Mulder** (VVD): Ik ga heel erg saai worden ...

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Mulder, mevrouw Agema was nog bezig.

Mevrouw **Agema** (PVV): Op basis van de eigen inbreng van de VVD stelde ik die fractie de vraag, om tot het houdbare pad te komen, over een van de onderzoeken waarnaar de VVD zelf ook verwijst, waarin sprake is van een besparing van 2,6 mld. op de groei na 2017. Dat zijn niet de doemscenario's van tientallen miljarden waarop de VVD doelt.

De heer **Mulder** (VVD): Wij hebben de rapporten gezien. Er zullen doorberekeningen komen van het CPB. Ik lees nog even pagina 11 voor van het Ecorysrapport. Daar staat het namelijk: «Geen negatieve effecten verplicht eigen risico op gezondheid.» Dus wij moeten dit allemaal niet dramatiseren. Wij moeten ons bij de feiten houden, hoe vervelend die ook zijn in een debat. Maar daarvoor ben je volksvertegenwoordiger.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Wij debatteren vandaag naar aanleiding van een historisch begrotingsakkoord. Nadat VVD, CDA en PVV er na zeven weken onderhandelen niet uitkwamen, bereikte D66 samen met GroenLinks, de ChristenUnie, de VVD en het CDA in een paar dagen een solide akkoord. Een akkoord dat hard nodig is, want elk uur dat wij hier spreken en niets doen, loopt de staatsschuld op met ruim 3,5 mln. Met dit akkoord bereiken wij drie doelen. Ten eerste nemen wij financiële verantwoordelijkheid zodat wij de schulden niet doorschuiven naar onze kinderen. Ten tweede draaien wij een aantal botte bezuinigingen van het kabinet-Rutte terug, zoals de bezuiniging op het persoonsgebonden budget, preventie, psychische patiënten en gehandicapten. En ten derde laat Nederland zien, weer een betrouwbare partner in Europa te zijn. Ja, het akkoord bevatte ook pijnlijke maatregelen. Daarvoor loop ik niet weg, maar van mij krijgt u wel het eerlijke verhaal, want uiteindelijk is dit waar Nederland beter van wordt.

D66 is blij dat wij de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg, de ggz, kunnen verzachten. Deze maatregel is belangrijk omdat wij daarmee de toegankelijkheid van zorg voor een groep kwetsbare patiënten herstellen. Door de laagste inkomens te ontzien, beperken wij het risico dat deze patiënten afzien van zorg. Zo kunnen wij mensen met psychische problemen beter helpen en de overlast van daklozen en verslaafden voorkomen. De politie kan zich meer gaan bezighouden met het aanpakken van de zware criminelen.

Maar ik heb nog wel een aantal vragen. Voor het berekenen van de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage van de laagste inkomens wordt gekeken naar het tweede jaar, voorafgaand aan het berekeningsjaar. Vraag aan de minister: is het mogelijk een recenter toetsingsjaar in te stellen en in hoeverre zou dit leiden tot hogere uitvoeringskosten?

Toen het kabinet-Rutte de eigen bijdrage in de ggz invoerde, is op verzoek van de Kamer besloten met een monitor de effecten in kaart te brengen. Bij deze monitor zijn onder meer de ggz, huisartsen, politie en zorgverzekeraars betrokken. Maar ik mis daarbij een vertegenwoordiging van patiënten. Wil de minister die alsnog bij de opzet, voortgang en resultaten van de monitor betrekken?

Net als in de rest van de zorg stijgen ook de kosten van de ggz in rap tempo. De uitgaven zijn de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld en elk jaar stijgt het percentage patiënten met meer dan 10. D66 is daarom blij dat er naast het verzachten van de eigen bijdrage ook een bestuurlijk akkoord met de ggz-sector is gesloten. Want binnen die sector kan nog heel veel doelmatigheidswinst worden geboekt. Wij hebben vanmorgen het akkoord ontvangen en het daardoor nog niet helemaal uitgebreid kunnen bestuderen. Kan de minister nog eens toelichten op welke manier preventie, zelfzorg, thuisbehandelingen en e-health zullen worden

vormgegeven? Kan zij ook aangeven welke doelen zijn gesteld en hoe die worden gemeten, en hoe de Kamer van de voortgang op de hoogte zal worden gesteld?

Zorg is niet gratis. De gezondheidszorg kost ons nu 67 mld. per jaar. In totaal geven wij 13,3% van het bruto binnenlands product uit aan zorg. Zonder maatregelen loopt dat op tot meer dan 30% in 2040. Dat is dan bijna zes keer zo veel als wij nu aan onderwijs uitgeven. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van onze zorg te behouden is ingrijpen noodzakelijk. Daarom staat in het begrotingsakkoord een verhoging van het eigen risico met € 115. Zoals men weet, heeft D66 een ander systeem bepleit. Maar in dit geval zijn wij hiermee akkoord gegaan, want wij hebben wel als voorwaarde gesteld dat wij oog blijven houden voor de lage inkomens. Zij worden via de zorgtoeslag volledig gecompenseerd.

Ook daarover heb ik trouwens een vraag. De compensatie hangt niet samen met het zorggebruik. Als mensen geen zorg gebruiken, dan krijgen ze daar toch een vergoeding voor. Nu is het aanpassen van dat systeem ingewikkeld en niet op korte termijn te realiseren. Dat weet ik, maar wil de minister wel onderzoeken hoe dit in de toekomst beter kan worden vormgegeven?

Voor veel mensen is zorg net zo vanzelfsprekend als water uit de kraan. Nederlanders beseffen het vaak niet, maar een dag in het ziekenhuis kost zo'n € 1200. Een deel van deze kosten gaat niet naar zorg, maar naar eten en verblijf, kosten die je ook thuis maakt. Wij vinden het dan ook redelijk om hiervoor een vergoeding van € 7,50 te vragen. Wel vragen wij de minister op welke manier dit bedrag in rekening zal worden gebracht. Hoe worden de administratieve lasten zo laag mogelijk gehouden?

Ook in het pakket vindt een aantal belangrijke wijzigingen plaats. Roken, weinig bewegen en ongezond eten zijn slecht voor de gezondheid. Dat legt een grote druk op de zorgkosten. D66 wil daar iets aan doen. Ik ben daarom blij dat de door het kabinet-Rutte uit het pakket gehaalde dieethulp er weer in terugkomt, net als de hulpprogramma's om te stoppen met roken. Er is meer goed nieuws: mijn ivf-motie wordt uitgevoerd, waardoor de vergoeding van drie ivf-behandelingen in stand blijft. Dat is mooi, want de sector, de gynaecologen, komen zelf met een besparing. Ik hoor graag van de minister hoeveel ivf-pogingen hierdoor in totaal behouden blijven ten opzichte van het oude voorstel. Kan zij aangeven in welke mate dit besluit het aantal meerlingen en de daarbij behorende gezondheidskosten beperkt?

Tot slot: nee zeggen is makkelijk, maar levert niets op. D66 neemt daarom verantwoordelijkheid in crisistijd. Wij hebben de keiharde bezuinigingen van het kabinet-Rutte kunnen terugdraaien en verzachten. Maar ook dit begrotingsakkoord – ik zei het al – bevat pijnlijke maatregelen. Ik ben daarover eerlijk geweest. Ik vertel wat het akkoord kost, maar ook wat het ons in de toekomst oplevert. Met dit akkoord zetten wij immers een belangrijke stap naar een kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg. Het werk is echter niet af met dit akkoord. Wij zullen ons de komende tijd blijven inzetten voor investeringen in preventie, voor meer zorg in de buurt, voor het verhogen van het kostenbewustzijn en tegen verspilling in de zorg. Met het begrotingsakkoord hebben wij veel bereikt, maar er is nog genoeg te doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ook aan mevrouw Dijkstra stel ik de vraag waarom dit nu moet.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wij hebben een akkoord gesloten voor 2013. Willen wij de maatregelen die daar in staan en die wij Brussel hebben toegezegd ook nemen, dan moeten wij die tijdig invoeren. Dat is de reden dat wij er voortgang mee willen maken. Ik hoor de vervolgvraag al aankomen, dus zal ik nog even doorgaan. Als wij straks verkiezingen

hebben gehad, hebben wij niet meteen een ander kabinet. Wij zullen dus op dit moment moeten doorgaan met deze maatregelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij hebben niet direct een nieuw kabinet. Een nieuwe meerderheid moet dus gaan beslissen over de vraag hoe wij verdergaan met de aanpassing van de hypotheekrenteaftrek en hoe wij verdergaan met het belasten van het woon-werkverkeer, dat zelfs door de huidige grootste partij in de persoon van de minister-president in twijfel wordt getrokken. Dan is dat hele Kunduzakkoord dus ook weer onderdeel van onderhandelingen. Dit toont eigenlijk aan hoe dubbel het is dat wij dit onderwerp vandaag bespreken. Ik vind het goed dat de partijen eruit zijn gekomen. Wij hebben het resultaat naar Brussel kunnen sturen. Echter, als een groot gedeelte na de verkiezingen heronderhandelbaar is, waarom geldt dat dan niet op dit vlak? Vindt D66 dat netjes?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): D66 vindt het netjes om zich aan afspraken te houden. Wij hebben deze afspraken gemaakt en wat ons betreft proberen wij die op alle terreinen zo snel mogelijk na te komen. Dat zijn wij ook verplicht. Bovendien vinden wij het heel belangrijk dat wij de kosten blijven beheersen, niet alleen in de zorg, maar ook met betrekking tot alle andere punten die in het akkoord geregeld zijn. Wij zeggen dus ook dat die 3% niet alleen de wens van Brussel is, maar ook een wens die wij zelf hebben. Als we dit nu uitstellen, laten we heel lang onduidelijkheid bestaan voor de mensen om wie het gaat en deels ook voor de zorgverzekeraars. Mevrouw Leijten gaf het voorbeeld van de rollator. We weten wat een gedoe die hebben opgeleverd. In een periode waarin de zorgverzekeraars risicodragend zijn en op tijd moeten kunnen anticiperen op nieuwe pakketten, is het heel goed om het op tijd geregeld te hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat neemt niet weg dat na 12 september alles natuurlijk weer anders is. Er wordt nu geprobeerd om een voldoende feit te presenteren aan een mogelijk nieuwe meerderheid. Er zijn grotere bedragen gemoeid met het woon-werkverkeer, volgens mij gaat dat over 1,5 mld. Bij de aanpassing van de hypotheekrenteaftrek gaat het ook om bijna 1 mld. Ik vind het dan niet netjes om dit voorstel, waarvoor alternatieven zijn aan te wijzen, er nu door te drukken. Ik had het netjes gevonden als we reëel hadden gezegd: dit kunnen we ook na 12 september met spoed nog regelen, dan zien we wat er over is van het Kunduzakkoord. Ik stel namelijk ook vast dat daar publiekelijk zo veel afstand van wordt genomen dat niemand er nog helemaal in gelooft.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik betreur het echt dat dat gebeurt. Wij staan op het standpunt dat we dat akkoord niet voor niets hebben gesloten. We hebben niet voor niets zo'n snelheid gemaakt. Dat was nodig. Vervolgens hebben we gezegd dat we ons eraan zullen houden. Daar blijven wij voor staan. We willen bovendien dat het de snelheid houdt die we toen met elkaar hebben afgesproken. Dat is de reden dat wij zeggen: laten we er nu over beslissen.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Er staan nog twee sprekers op de lijst. Ik stel voor dat we nu schorsen voor de dinerpauze en daarna het debat hervatten.

De vergadering wordt van 18.28 uur tot 19.30 uur geschorst.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Twee jaar lang hebben wij gevochten tegen maatregelen waar mensen de dupe van zouden worden, maatregelen waarvan het onze vaste overtuiging was dat ze de zorg duurder in plaats van goedkoper zouden maken. En dan zeg je geen nee als je de kans krijgt om die maatregelen van tafel te krijgen. We hebben

verschillende dingen bereikt: de IQ-maatregel is teruggedraaid, net als de bezuinigingen op passend onderwijs, de bezuinigingen op sociale werkplaatsen, het grotendeels afschaffen van het persoonsgebonden budget, de huishoudtoets en allerlei andere maatregelen. Dat zijn belangrijke zaken, waar we sterk tegen hebben geageerd maar waarbij we steeds tegen een muur opliepen van 76 zetels.

Nee zeggen tegen het begrotingsakkoord zou hebben betekend dat we nee zeggen tegen Rifka, die door de pgb-maatregelen niet meer zou kunnen werken en daardoor aangewezen zou zijn op een Wajong-uitkering. Het zou hebben betekend dat we nee zeggen tegen Connie, die door de bezuinigingen op passend onderwijs haar begeleiding kwijt zou raken en daardoor niet meer mee zou kunnen draaien in een normale klas. Het zou betekenen dat we nee zeggen tegen Justin, die nu nog in een sociale werkplaats werkt maar door de Wet werken naar vermogen thuis zou komen te zitten omdat ze hem geen werk meer kunnen bieden. En het zou betekenen dat we nee zeggen tegen Titia, wier zoon door de IQ-maatregel zijn zorg kwijt zou raken.

Als ik die groep mensen voor me zie, kan ik instemmen met een zo inkomensafhankelijk mogelijke verhoging van het eigen risico. Het liefst willen wij natuurlijk een echt inkomensafhankelijk eigen risico, en afschaffing van de zorgtoeslag. Daar is ook naar gekeken, maar dat is praktisch gezien niet per 1 januari 2013 te realiseren, laat staan dat een volgend kabinet dat wel voor 1 januari 2013 kan realiseren. Wij kiezen er dus voor om het nu zo inkomensafhankelijk mogelijk te doen. De zorgtoeslag gaat met € 115 omhoog. Dat leidt ertoe dat chronisch zieken, die snel aan het bedrag van € 350 zitten, het helemaal vergoed krijgen. Het leidt er ook toe dat mensen die het eigen risico niet helemaal opgebruiken er financieel op vooruitgaan.

U zult begrijpen dat GroenLinks er geen probleem mee heeft als een maatregel ertoe leidt dat mensen met een laag inkomen erop vooruitgaan. Dat is immers ook het idee van de sterkste schouders die de zwaarste lasten dragen. Want dat betekent dat Richard, met een netto-inkomen van € 1070 per maand, bijna volledig voor de verhoging van het eigen risico wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. En het betekent dat mevrouw Ter Wisscha uit Steenwijk, die rond moet komen van een bijstandsuitkering en wegens een chronische ziekte flink wat medicijnen moet slikken, voor de verhoging van het eigen risico wordt gecompenseerd. In het vorige debat dat we hebben gevoerd over de verhoging van het eigen risico heb ik gezegd: geen verhoging zonder inkomensafhankelijkheid. Ik concludeer dat het, terwijl de PVV eerder klakkeloos instemde met een hoger eigen risico zonder compensatie, in dit akkoord gelukt is om voor inkomens tot € 19 000 het volledig te compenseren en voor de groep daarna ook nog gedeeltelijk.

Een ander punt is dat de huisarts niet onder het eigen risico komt. Daar kan de VVD van balen, maar GroenLinks had hier al eerder een motie over ingediend. Die werd toen nog afgewezen. De PVV wilde niet garanderen dat de huisarts niet onder het eigen risico zou komen. De vraag is dus wat er zou zijn gebeurd als het Catshuisoverleg niet geklapt was. Dan had de huisarts heel goed bij een volgende bezuiniging onder het eigen risico gebracht kunnen worden. Zeker is in ieder geval dat er een receptregel van € 9 per recept gekomen zou zijn, boven op het eigen risico van € 235. Geen wonder dus dat de koopkracht er in het Catshuispakket voor mensen met alleen AOW slecht uitzag. Ik ben blij dat het begrotingsakkoord voor mensen met alleen AOW zelfs een kleine plus laat zien. Dat is gewoon links.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vraag over die verhoging van het eigen risico. Klopt het dat die 800 mln. oplevert?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ja, dat is de opbrengst.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Voortman zegt dat er veel gecompenseerd wordt. Klopt het dat 6,7 miljoen mensen in Nederland een inkomen hebben tot 110% van het sociaal minimum?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat zou ik eventjes precies moeten opzoeken.

Mevrouw **Leijten** (SP): 1,1 miljoen huishoudens in Nederland leven van 110% van het sociaal minimum of minder. Laten wij zeggen dat die mensen allemaal het eigen risico gebruiken of een beetje in de plus gaan. Zij worden gecompenseerd. Dan blijven er nog 5,5 miljoen huishoudens over die volledig hun eigen risico opgebruiken. Zij brengen die 800 mln. op. Het lijkt mij goed om daar eerlijk over te zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Vanaf € 19 000 gaat het geleidelijk aan omlaag. Het is dus niet zo dat de groep boven die € 19 000 het helemaal opbrengt. Het is wel zo dat die groep tot die opbrengst van 800 mln. komt. Maar ik zei het al: de sterkste schouders, de zwaarste lasten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij zijn de middeninkomens, de mensen met een normaal inkomen, met twee misschien studerende kinderen, zwaar de dupe. Wij moeten er eerlijk over zijn dat zij op geen enkele manier gecompenseerd worden, want zij ontvangen niet eens zorgtoeslag. Het is wel eerlijk om dat verhaal te vertellen. Het is onmogelijk dat mevrouw Voortman de 6,7 miljoen mensen die hun eigen risico volledig gebruiken, omdat zij chronisch ziek zijn, omdat zij aan die kosten komen, allemaal kan compenseren. Laten wij daar eerlijk over zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): GroenLinks is daar ook eerlijk over. Wat ons betreft komt er een geheel inkomensafhankelijk eigen risico. Een aantal andere fracties in deze Kamer is daar ook voor. Ik denk dat de SP misschien ook nog wel die kant op gaat bewegen. Dat is iets wat je niet per 1 januari 2013 kunt realiseren. Dan kijk je naar de next best oplossing. Het is niet precies wat wij wilden, maar het komt wel een eind in de buurt. Tel daar het totaalpakket bij op en dan denk: zo kunnen wij het doen. Wij hebben geageerd tegen de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg. Ik ben blij dat in ieder geval de kwetsbaarsten ontzien worden. Maar genoeg is het wat ons betreft nog niet. In de doorrekening van ons verkiezingsprogramma draaien wij dit terug. Verder is het goed dat wij kijken naar hulpmiddelen. Ik snap dat het voor mensen niet leuk is dat de rollator uit het pakket gaat, maar tegelijkertijd leidt de rollator in het pakket tot verspilling. Hier kan veel efficiënter naar gekeken worden. Denk aan hergebruik. Logisch dat de ouderenorganisaties deze bezuiniging konden steunen. Dezelfde redenering speelt bij de hoortoestellen. Hier komt er een extra bijdrage van 25%. Ik ben benieuwd naar de reactie van de minister op de vragen van mevrouw Leijten of een eigen bijdrage er niet juist toe leidt dat hoortoestellen duurder worden. Zou hier misschien toch een maximum aan gesteld moeten worden? Op preventie kan meer gebeuren. GroenLinks heeft eerder gepleit voor een preventiefonds. Dat zullen wij ook blijven bepleiten. Met het begrotingsakkoord gaan de accijnzen op sigaretten en alcohol omhoog. Stoppen met roken en dieetadvies komen weer in het pakket. Dat zijn ook zaken waarover wij hier pittige debatten hebben gevoerd. Het zijn zaken waar andere fracties niet zo voor waren, maar een compromis is geven en nemen.

Het aantal ivf-pogingen gaat niet terug van drie naar één, maar blijft op drie staan. Ik vind het zeer te prijzen dat de beroepsgroepen een alternatief hebben bedacht. Zij hebben op verzoek van mevrouw Dijkstra en

mij nader onderzoek gedaan en hebben vervolgens een heel goed plan aangeleverd. Daar spreek ik echt mijn complimenten voor uit. Wij hebben een akkoord voor 2013 gesloten, een akkoord dat tot een sluitende begroting zal leiden in ruil voor het terugdraaien van de verschrikkelijkste bezuinigingen van het kabinet-Rutte. GroenLinks wil verdergaan. Wij willen de zorg radicaal hervormen. Onze kritiek op het vorige kabinet was altijd dat de keuzes die dit kabinet maakte, juist leiden tot meer in plaats van minder kosten. Ik denk aan de bezuiniging op het persoonsgebonden budget, die zou leiden tot een groter beroep op de duurder zorg in natura. Ik denk ook aan de bezuinigingen op preventie, die leiden tot een groter beroep op zorg. Wij willen dat het zorgstelsel gericht wordt op preventie. Laat inspanningen van zorgaanbieders gericht zijn op gezondheidswinst in plaats van op ongezondheid. Weg met het financieren per verrichting. Laat artsen in overleg met patiënten kijken welke behandeling de patiënt echt beter maakt in plaats van welke het meest oplevert. Een versterking van de eerste lijn door te investeren in huisartsenzorg. Geef mensen meer eigen regie. Het pgb moet wat ons betreft in de Wmo mogelijk blijven. Daarover heb ik al een amendement liggen voor wanneer we na de verkiezingen verder spreken over de decentralisatie van de begeleiding. Wat ons betreft komt er ook een recht op het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Mensen weten heel goed wat ze zelf willen. Daarom vinden we het ook belangrijk dat ouderen langer thuis kunnen wonen. Daar vragen ze ook zelf om. De PVV lijkt te denken dat mensen voor de lol naar een instelling gaan, maar vaak is dat noodgedwongen. Wie niet kan of niet wil, moet natuurlijk daar terechtkunnen, maar laten we niet doen alsof elke oudere een willeloos wezen is dat niets meer kan.

En ja, wij vragen meer van mensen met een hoger inkomen. Het scheiden van wonen en zorg zorgt ervoor dat wonen niet meer vanuit de AWBZ gefinancierd wordt, dat mensen met een lager inkomen huurtoeslag krijgen en mensen met een hoger inkomen gaan betalen voor hun woonkosten. Dat is solidairder dan zorggeld besteden aan woonlasten van mensen met een goed inkomen. Sowieso is het goed om te kijken naar zorggeld dat niet aan zorg besteed wordt. GroenLinks kijkt dan ook met een open blik naar het advies van de SER dat gaat over de toekomst van de langdurige zorg en dat in september zal verschijnen.

Ik zei het al, het begrotingsakkoord is een compromis, met zaken die moeilijk liggen maar vooral met zaken die ook verbeteringen betekenen. Wat ons betreft is het daarmee een opmaat voor brede discussies die volgende Kamers en kabinetten zullen voeren over de toekomst van de zorg. GroenLinks zal daar graag een bijdrage aan leveren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er wordt netto 1,4 mld. bezuinigd op de zorg. Los van de 800 mln. eigen risico die we vandaag bespreken is er nog een aantal maatregelen waarvan we ons echt afvragen of die wel nodig zijn. Waarom wordt deze gekozen? Een van de dingen waar ik mij erg zorgen over maak, is het afschaffen van beschermd wonen voor mensen die dat straks nodig hebben. Dat levert 20 mln. Ik zou mevrouw Voortman willen voorstellen dat wij dat gaan veranderen, in de zin dat wij die 20 mln. niet gaan besparen op die kwetsbare groep maar dat de zorgverzekeraars 20 mln. minder besteden aan reclame.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit gaat over het extramuraliseren van de zorgzwaartepakketten 1, 2 en 3, waardoor de mensen die zorg meer thuis krijgen. Dat past heel goed in datgene waar wij voor staan en in het akkoord dat vandaag gesloten is. Natuurlijk moet je er wel voor zorgen dat mensen goed terechtkomen en dat ze dus niet tussen wal en schip raken, maar wij denken dat die mensen die zorg heel goed thuis kunnen krijgen. Wij gaan ons er ook heel hard voor inzetten dat dit gaat gebeuren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat over mensen die in de toekomst beschermd zouden willen wonen. Dat betreft dan zzp-1, zzp-2 en zzp-3 en ook zzp-4 in de ouderenzorg. In de ouderenzorg gaat het om de aanleunwoning. Als het gaat om het psychiatrisch beeld heb je de RIBW. Voor mensen met een verstandelijke beperking heb je ook een soort cluster aanleun, waarbij ze toch nog een steuntje in de rug krijgen. Dat zal in de toekomst niet mogelijk zijn. Het is een bezuiniging van 20 mln. Nu geven de zorgverzekeraars per jaar 60 mln. uit aan reclame en dat bedrag stijgt nog ieder jaar. Dat kan dus wel een tandje minder. Kunnen we nu echt niet regelen dat we die 20 mln. daarvandaan halen, waardoor we het beschermd wonen voor de toekomst behouden? Want het is een vorm van thuiswonen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit gaat over het scheiden van wonen en zorg en over extramuralisering van de zorg. Daar staan wij ook voor. Natuurlijk moet die zorg goed geregeld zijn, maar dat behoeft nog niet te betekenen dat je dat op deze manier moet doen. Wat betreft die reclame van die verzekeraars: ik vind het prima dat dat er af gaat. Wij zijn echter wel voor het scheiden van wonen en zorg en voor extramuralisering. Dan zou ik liever hebben dat wij samen gaan kijken hoe wij die ontwikkeling, die algemene tendens samen vorm kunnen gaan geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het punt is wel dat we het hebben over drie verschillende sectoren. De ontwikkeling waarvan mevrouw Voortman spreekt, zien we in de ouderenzorg. Mensen blijven langer thuis en komen eigenlijk zwaarder in de zorg terecht, maar je ziet dat niet ten aanzien van kinderen met een verstandelijke beperking die opgroeien, jongvolwassen worden en een eigen leven willen gaan opbouwen. Die willen op een gegeven moment hun vleugels uitslaan. Met gehandicaptenzorgzwaartepakket 1, 2 of 3 krijgen ze een kans in de RIBW of ergens anders. Als je dat afschaft, is dat niet meer mogelijk. Kunnen wij deze maatregel niet gewoon inruilen voor het afkomen van 20 mln. bij de zorgverzekeraars, die geld zat hebben? Dan besteden zij dat geld in ieder geval niet aan die irritante reclames op de televisie. Dan halen we het beschermd wonen dus niet uit de pakketten. Dit is niet eens een discussie over het scheiden van wonen en zorg. Dit gaat gewoon om de vraag of je in de AWBZ beschermd kunt wonen of niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit gaat om de vraag of je voor of tegen extramuraliseren bent. Vind je dat mensen die zorg thuis moeten kunnen krijgen? Wij zeggen: ja, dat vinden wij. Nogmaals: je moet er natuurlijk voor zorgen dat dit goed gebeurt, maar er is geen sprake van dat zorg van mensen wordt afgepakt of dat mensen niet goed meer zouden kunnen wonen. Wij gaan ons er heel hard voor inzetten om dit op een goede manier te regelen. Het gaat overigens om een maatregel die al in de doorrekening van ons programma stond en volgens mij ook in de doorrekening van de programma's van bijna alle partijen, volgens mij ook in het programma van de PvdA.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Terwijl wij hier vanaf 10.00 uur aan het debatteren zijn, zijn intussen weer tienduizenden mensen geholpen door gemotiveerde zorgverleners. Dat moeten wij ons goed voor ogen houden in een debat dat soms lijdt aan een zekere abstractie. Dit debat is bedoeld om die zorg nu en in de toekomst mogelijk te maken en om ervoor te zorgen dat mensen toegang houden tot die zorg, dat de zorg kwalitatief op niveau is en dat de zorg ook betaalbaar blijft. Mijn tweede opmerking vooraf is wellicht relativerend en een beetje persoonlijk. Ik werk zelf ruim 30 jaar in de zorg. Bij veel van wat collega Van Gerven heeft genoemd in zijn historisch overzicht, ben ik zelf betrokken geweest. Ik heb daar een aantal lessen uit getrokken, allereerst

dat de zorg een zeer complexe sector is. Dat heeft uiteindelijk te maken met de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener. Het gaat niet om producten, maar om mensen die samen iets met elkaar doen en die in een aantal gevallen in een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van elkaar verkeren, namelijk als patiënt ten opzichte van de dokter. De patiënt moet die dokter wel vertrouwen. Dat is een heel belangrijk element in de zorg. Het feit en de erkenning dat het niet om een product gaat, heeft ook te maken met hoe je tegen de zorg aankijkt.

Als je in de zorg iets wilt veranderen, zul je dat moeten doen met alle betrokken partijen. Als je de gemiddelde burger vraagt of er iets aan de zorg moet gebeuren, zegt hij «ja», want hij weet dat de zorg betaalbaar moet blijven. Dat bleek ook uit de door de SP-fractie voorgelezen mails. Als je dit aan de gemiddelde zorgverlener vraagt, blijkt dat ook hij weet dat er iets aan de zorg moet veranderen en dat het zo niet kan doorgaan. De partijen zijn er dus echt van overtuigd dat er keuzes gemaakt moeten worden in de zorg en dat er in de zorg bezuinigd moet worden. Ik heb echter ook geleerd dat de manier waarop je dat doet, in hoge mate het succes bepaalt. Ik heb al aangegeven dat mijn ervaring is dat de kans op succes veel groter is als je de partijen erbij betreft dan wanneer je van bovenaf iets dicteert. Naar aanleiding van de inbreng van de heer Mulder merk ik op dat ik dus niet geloof in de dictatuur van de zorgverzekeraar op het punt van veranderingen in de zorg. Ik geloof erin dat mensen de zorg met elkaar willen veranderen. Dat blijkt ook als je naar een regio gaat waar problemen zijn met ziekenhuizen, of dat nou gaat om Dokkum en De Sionsberg, de Achterhoek of Den Helder. Daar blijkt dat mensen een emotie hebben bij die ziekenhuizen. Een zorgverzekeraar die denkt dat hij geen rekening moet houden met die emotie, gaat het niet redden en zal merken dat de bevolking dat niet pikt. Voor ons is het dus heel belangrijk dat de patiënten en de zorgaanbieders bij de organisatie van de zorg betrokken zijn.

De Kunduzcoalitie heeft een aantal maatregelen voorgelegd die redelijk kort door de bocht gaan en die vooral bedoeld zijn om op korte termijn resultaten te boeken, in ieder geval in financiële zin. In het Kunduzakkoord ontbreekt echter een fundamentele aanpak van de zorg. Als je nu naar de zorg kijkt, dan zie je dat men met een aantal problemen kampt. In de eerste plaats de kostenstijging in de zorg. Een kostenstijging hoeft op zich niet slecht te zijn. Als die kostenstijging samenhangt met een stijgende zorgvraag is dat een acceptabele kostenstijging, zou je kunnen zeggen. De NZa heeft dit jaar een monitor uitgebracht over de medisch specialistische hulp. Dan blijkt dat terwijl de zorgvraag met 3% of 4% is gestegen, de productie – de omzet – met 7% is gestegen. Met andere woorden, wij hebben in de ziekenhuizen een probleem daar waar de productie sneller stijgt dan de vraag.

Een ander element dat anderen ook hebben genoemd, is dat de kostengroei in de curatieve zorg volgens het CPB voor een belangrijk deel is te wijten aan een sluipende uitbreiding van het collectief verzekerd pakket. Jaar op jaar komen nieuwe medische technieken en geneesmiddelen op de markt die vaak beter zijn, maar ook duurder. Artsen zijn na de introductie van de prestatiebeloning meer zorg per patiënt gaan verlenen, aldus het CPB. Ook dat kan men zien als een pakketuitbreiding.

Het CVZ heeft enkele maanden geleden in zijn pakketadvies duidelijk gemaakt dat het natuurlijk verstandig is om elke keer te kijken of het pakket goed is samengesteld, maar dat wij een veel groter probleem hebben met de volumestijging in de zorg. Eigenlijk hebben wij daar met de manier waarop wij nu bezig zijn, geen antwoord op.

In het kader van de toename van de omzet wijst de NZa er enigszins voorzichtig op dat er sprake is van een uitbreiding van het indicatiegebied. Met andere woorden, mensen ondergaan behandelingen die niet nodig zijn. Uit een onderzoek naar dotterbehandelingen blijkt dat in tientallen procenten van de gevallen onnodig is gedotterd. Hetzelfde geldt voor

herniaoperaties. Wij zien dat de prijs in een aantal gevallen de behandeling bepaalt. Dat is een volstrekt verkeerde ontwikkeling. Als je je bezighoudt met de zorg, moet je ervoor zorgen dat je je bezighoudt met de essentie van de zorg en dat is het hulpverleningsproces tussen de zorgaanbieder en de zorgverlener. Ik heb geleerd dat je snel uit de bocht vliegt als je er andere dingen bij haalt en andere resultaten wilt bereiken. Het winstelement in de zorg leidt ertoe dat er niet alleen wordt gekeken naar de wijze waarop de zorg kwalitatief het beste kan worden verleend, maar dat er ook wordt gekeken naar de mogelijkheden om winst te maken. In dit kader is een aantal opvallende ontwikkelingen waar te nemen. De ziekenhuizen hebben vorig jaar een taakstelling van 370 mln. gekregen, dat wil zeggen dat zij 370 mln. moesten inleveren. De verwachting was dat de ziekenhuizen in de min zouden gaan, maar er was toch nog sprake van 400 mln. winst. Ook in de ouderenzorg nemen de financiële reserves toe.

Als ik kijk naar de maatregelen die zijn voorgesteld door de Kunduzcoalitie dan zijn er mijns inziens maatregelen denkbaar die meer voor de hand liggen. Een medicijnencheck zal tussen 100 mln. en 200 mln. opleveren en casemanagement dementie zal ongeveer 200 mln. opleveren. Praktijkvariatie in ziekenhuizen kan 1,3 mld. opleveren, zo blijkt uit een onderzoek van Plexus, maar ik geef toe dat je dat niet in één jaar kunt bereiken. De Boston Consulting Group stelt dat besparingen tussen de 2 mld. en 3 mld. kunnen worden bereikt als wij op dezelfde manier met de kwaliteit zouden omgaan als in Zweden. Ook dat bereiken wij niet in één jaar. Iets anders dat ook al door andere woordvoerders is genoemd, is de aanpassing van de Wet op de geneesmiddelenprijzen die zo'n 100 mln. kan opleveren. Uit deze kleine opsomming blijkt dat je als je slim en goed bezig bent in de zorg, het nodige geld kunt vinden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Van der Veen is op het punt van de geneesmiddelen inhoudelijk heel sterk. Dat zie je ook terug in de doorrekening van de Partij van de Arbeid waarin ook een aantal punten met betrekking tot de Wet geneesmiddelenprijzen is opgenomen. Uit de doorberekening van het CPB bleek dat de opbrengst hiervan nul euro is. Het is dus maar de vraag of dit op korte termijn zo veel oplevert.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We hebben het vaker over het CPB gehad. Het is inderdaad hoe je ernaar kijkt. Wij denken dat een besparing van 100 mln. mogelijk is, mede op basis van de expertise die u mij ook toekent. In die zin ben ik ervan overtuigd dat ik dat aardig zie.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik neem toch aan dat de heer Van der Veen niet vindt dat een begroting gebouwd moet worden op zijn eigen blauwe ogen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat zou het land alleen maar goed doen, maar ik ben er ook van overtuigd dat het niet werkt. Ik heb ook enkele andere maatregelen genoemd die door het CPB zijn goedgekeurd en waarbij je aanzienlijke bedragen kunt vinden. Ik heb nog een andere opmerking tot de Kunduzcoalitie, maar mevrouw Voortman heeft daar eigenlijk al antwoord op gegeven. Als je het over een eigen risico hebt, zou het een inkomensafhankelijk eigen risico moeten zijn. Wij vinden dat echt een misser. Wij hadden graag gezien dat het eigen risico geheel inkomensafhankelijk zou zijn. De eigen bijdragen in de ggz zijn verzacht, maar voor ons blijft het toch puzzelen. Ik heb niet voor niets al eerder in dit debat een brief aangehaald van de Alzheimer-stichting, waarin wordt aangegeven dat die eigen bijdragen echt de zorg tekortdoen, dus ook daar kunnen wij moeilijk mee leven.

De heer Van Gerven heeft al gezegd dat het liggend een steeds terugkerend punt is. Wij hebben daar echt moeite mee. Voordat iedereen naar de interruptiemicrofoon snelt, dit onzalige voorstel hebben wij de vorige keer ook laten doorrekenen door het CPB, maar wij weten inmiddels dat het anders kan en dat het niet nodig is om deze botte maatregel in te voeren. Wij willen de Kunduzcoalitie graag helpen om deze maatregel af te voeren.

Dan weer naar de wat langere termijn. Het huidige systeem is gebaseerd op foute aannames, namelijk de aanname dat je winst maakt en beter gaat functioneren als je concurreert. De winst die nu wordt gemaakt, gaat niet naar de mensen die de premies betalen of naar gezondheidswinst, maar naar de individuele spelers, zoals medisch specialisten, instellingen en zorgverzekeraars, en dat is echt niet de bedoeling. Het feit dat men zo gelooft in concurrentie heeft te maken met het mensbeeld dat men heeft, dat de patiënt als een rationele consument door het systeem heen wandelt en per keer bekijkt of hij wel of niet voldoende wordt behandeld. Dat is niet het geval. Er is sprake van heel veel irrationaliteit in de gezondheidszorg. Het gaat juist om de relatie tussen de hulpverlener en de zorgaanbieder en deze verhoudt zich heel slecht tot het marktmodel. Voordat ik kom op het alternatief van de Partij van de Arbeid wil ik nog een bijna apolitieke opmerking maken over de informatievoorziening in de zorg. Vorig jaar heeft de Algemene Rekenkamer een redelijk vernietigend rapport uitgebracht over het inzicht dat een minister van Volksgezondheid heeft in de actuele ontwikkelingen in de zorg, waarbij het niet gaat om de minister, maar om een minister van Volksgezondheid. In het rapport van de Algemene Rekenkamer wordt aangegeven dat we pas na een aantal jaren weten wat die zorg werkelijk heeft gekost.

Nog treuriger is dat we nauwelijks een idee hebben wat die beleidsmaatregelen opleveren. Bij de beleidsmaatregelen waarover we nu spreken en waarvoor bedragen zijn ingepland, weten we pas over drie à vier jaar of dat lukt. Het is eigenlijk te gek voor woorden dat het inzicht in die werkelijke cijfers ontbreekt. We hebben vorig jaar om die reden tegen de begroting gestemd.

We zijn nu een halfjaar verder. Er is een taskforce ingesteld, maar ik moet zeggen dat de eerste indruk die ik van dat rapport heb gekregen, mij niet vrolijker maakt. Ik druk de minister op het hart om een wat forsere slag te maken, als dat mogelijk is, wat betreft de informatievoorziening in de zorg. Ik weet dat enkele jaren geleden bij verschillende departementen het probleem zich voordeed van achterblijvende informatievoorziening en dat het met behulp van de Rekenkamer is gelukt om de cijfers veel actueler te krijgen. Nogmaals, ik doe een dringend beroep op de minister om dat ook voor de zorg te doen. Het gaat om grote bedragen. We nemen maatregelen op basis van die inzichten. Vaak blijken deze het toch op een soort drijfzand gebaseerd te zijn, dus graag aandacht daarvoor in het antwoord van de minister.

Er is op dit moment sprake van een sluipende herinrichting van het zorglandschap. Deze heeft ermee te maken dat de spelers die het zorglandschap zouden moeten inrichten, de zorgverzekeraars, elkaar onder druk houden of onder druk worden gehouden door verzekerden die over zouden stappen. De verwachting was ook dat meer zorgverzekeraars zouden toetreden tot die markt. Het tegendeel is gebeurd: het aantal zorgverzekeraars is teruggelopen, nu hebben vier zorgverzekeraars een marktaandeel van 90%. In die herinrichting, die voor een deel financieel is gedreven, ontbreken de kwaliteit en de wens van zorg dichtbij, maar vooral de preventie en de bestrijding van sociaaleconomische zorgverschillen; die zijn daarbij niet of nauwelijks aan de orde. Dat mag ook blijken uit het feit dat er bijna geen samenwerking plaatsvindt met de publieke gezondheidszorg of met welzijnsinstellingen op buurt- en wijkniveau. Naar ons idee ligt daar hét aangrijpingspunt om de zorg beter beheersbaar te maken, zowel kwalitatief als financieel.

Opvattingen over mens en maatschappij bepalen uiteindelijk de ordening van de zorg. Het mag duidelijk zijn dat de Partij van de Arbeid kiest voor solidariteit en zorgzaamheid; voor een gezondheidszorg die is gebaseerd op vertrouwen; voor een gezondheidszorg die doelmatig is. Onze eerste constatering is dat de zorgverzekeraars bij de inrichting van onze gezondheidszorg niet met elkaar concurreren. Onze tweede constatering is dat het in het huidige systeem voor verzekeraars mogelijk is om te selecteren op goedkope en goede klanten. Dat is uiteraard niet de bedoeling. Het rapport over de risicoverevening, dat in het algemeen overleg nog aan de orde zal komen, wijst daarop. In combinatie met wat ik zonet zei, is dat echt een heel slechte ontwikkeling.

Wat wij ook doen, de zorg organiseert zich op een natuurlijke manier: dicht om de patiënt. Dat is de kracht van de zorg. Je ziet de regio's langzamerhand steeds belangrijker worden. Aanvankelijk was de gedachte dat de zorgverzekeraars selectiever zorg zouden inkopen voor hun eigen verzekerden, gaandeweg ontstaat het inzicht dat je in plaats van naar concurrentie naar samenwerking moet, als je je zorg goed wil leveren, met kwaliteit en doelmatigheid. Ook zorgverzekeraars zien dat. Waar zorgverzekeraars dominant zijn, bijvoorbeeld in Friesland en Limburg, zie je regionale experimenten ontstaan, met regionale budgetten. Dat is iets wat de VVD absoluut niet aanspreekt, maar je ziet op dit moment echt regionale budgetten ontstaan. Mijn partij denkt dat dit de juiste weg is, want dit heeft een aantal voordelen. Als je werkt met een regionaal budget, kun je een en ander vaststellen op basis van de aanwezige zorgbehoefte en daaraan daadwerkelijke doelmatigheidswinst en kwaliteitswinst verbinden, bijvoorbeeld door te stellen dat sociaaleconomische zorgverschillen verkleind dienen te worden. Met een regionaal budget kun je ook het probleem van de schotten tussen de financiering oplossen. Nu zijn de verschillende financieringsstromen problematisch voor de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Je hoort vooral de zorgverzekeraars ook pleiten voor één regionaal budget. Dit zijn echter wel regio-experimenten, die bijna dictatoriaal – ik zeg dit met opzet zwart-wit – door de zorgverzekeraars worden gerund. Je krijgt dan ook heel merkwaardige situaties. Zo hoorde ik laatst van een ziekenhuis dat wilde samenwerken met een ander ziekenhuis. De zorgverzekeraar had dat liever niet, omdat het ene ziekenhuis in zijn werkgebied staat en het andere in het werkgebied van een concurrent; de regionale organisatie zou op basis van zijn marktaandeel moeten geschieden. Dat is volstrekt de verkeerde weg. Wij zijn ervan overtuigd dat sturing op basis van regionale organisatie een andere en betere zorg oplevert. Dat kan niet van de ene op de andere dag, je zult je moeten aansluiten bij de huidige ontwikkelingen. Wij willen wel dat er zo snel mogelijk wordt gestart met regionale experimenten en dat die vervolgens landelijk worden geïmplementeerd. Hoe staat de minister tegenover regionale experimenten, waarbij met name politieke en overheidsinvloed een rol spelen? Dat wil zeggen dat niet alleen de zorgverzekeraar de dienst uitmaakt, maar de burgers in de vorm van de overheid.

De Partij van de Arbeid staat pal voor toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen, zorg die dichtbij de mensen is georganiseerd en die in al zijn verscheidenheid van preventie tot langdurige zorg samenhangend is georganiseerd. Wij staan pal voor een eerlijke verdeling van schaarse middelen, doelmatige besteding en voor zorgverleners die met plezier hun vak kunnen uitoefenen.

Marktwerking kan onmogelijk de ordening van de zorg bepalen. Patiënten zijn geen rationele consumenten en behandelingen zijn geen producten. Voor de Partij van de Arbeid vormt de zorg een gezamenlijke publieke verantwoordelijkheid, waarin zorgzaamheid en betrokkenheid minstens even belangrijk zijn als efficiency en afrekenbaarheid. De Partij van de Arbeid wil deze uitgangspunten terugbrengen in de zorg in Nederland.

Met de ervaring van de afgelopen jaren kiezen wij opnieuw voor publiek sturen op de inrichting van de zorg in Nederland. De vraag wie, waar, welke zorg mag aanbieden, is bepalend voor de kwaliteit en de kosten van de zorg. Beslissingen daarover moeten in handen liggen van de overheid, omgeven met democratische verantwoording. Dat betekent dat de rol van de zorgverzekeraars drastisch zal veranderen. De overheid moet hierbij de regie nemen en met burgers en zorgaanbieders de basiszorgvoorzieningen voor een regio uitwerken. De overheid stelt traditioneel al het basispakket vast. Daar komt de vaststelling bij van het zorgaanbod binnen het voor de regio beschikbare budget en passend bij de specifieke situatie in de regio. Een regio moet een dusdanige omvang hebben dat een compleet zorgpakket mogelijk is. De uitvoering van de organisatie van de regionale zorg kan in handen worden gelegd van regionaal werkende zorgverzekeraars. Bovenregionale voorzieningen als specialistische klinieken, topziekenhuizen en academisch medische centra vallen buiten de zorgregio, maar ook voor deze voorzieningen geldt dat een optimale indeling mogelijk is. De landelijke overheid neemt de regie om tot een goede landelijke spreiding en een dekkend hoogwaardig aanbod te komen. Eerdere onderzoeken hebben laten zien dat er nog veel winst te behalen is. Als er goed wordt samengewerkt – het onderzoek van Gupta wijst daarop – kan er 1,5 tot 2 mld. worden bespaard.

Goede zorg moet wel betaald worden. De Partij van de Arbeid kiest voor de geheel inkomensafhankelijke premie voor het basispakket. Door de wijze van vaststelling van de grondslag van de premieheffing, de franchise, de hoogte van de premie en een aanvulling voor zeer specifieke groepen als chronisch zieken en gehandicapten zorgt de Partij van de Arbeid ervoor dat de lasten eerlijk worden verdeeld. Voor extra's kan iedereen zich volgens het huidige systeem bijverzekeren. De Partij van de Arbeid kiest daarnaast voor een inkomensafhankelijke eigen bijdrage en eigen risico en voor de intramurale AWBZ wordt een vermogenstoets geïntroduceerd. Voor de financiering van de basiszorg blijven in ons voorstel maar twee geldstromen over: de landelijk gefinancierde basiszorg en de lokaal gefinancierde Wmo.

Door de marktwerking in de zorg stijgen de kosten explosief en nemen de gezondheidsverschillen toe. Het vorige kabinet heeft de marktwerking aangewakkerd, zonder ook maar iets te doen aan de stijgende zorgkosten. De Kunduzcoalitie neemt daar geen afstand van. De Partij van de Arbeid wil de concurrentie tussen zorgverzekeraars stoppen en de zorg weer dichtbij de mensen organiseren. Vanochtend had ik een debatje met de heer Van Raak over het ontstaan van de ziekenfondsen, maar hoe die ook zijn ontstaan, ze zijn wel uit de mensen zelf voortgekomen. En daar zouden wij weer naar terug moeten.

De Partij van de Arbeid kiest voor eerlijke verdeling van de lasten. En inderdaad: dat is een iets ingewikkelder verhaal dan een lijstje met bezuinigingen die de zorg zover laten verschromelen dat het rekensommetje weer klopt. Het is wel een weg die de zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk houdt.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, wij zijn gekomen aan het einde van de eerste termijn, maar ik zie dat u nog een vraag wilt stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter, ik heb geen vraag voor de heer Van der Veen, maar voor de minister.

Vanochtend om 10.00 uur startte ik het debat. Ik had toen nog geen kennis kunnen nemen van de brief die de minister kort daarna naar de Kamer heeft gestuurd. In deze brief laat zij de Kamer weten dat er wellicht een fout is gemaakt bij de invoering van de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg en dat er op dit moment een rechterlijke procedure loopt. Ik vraag de minister om hierop dieper in te gaan dan zij doet in dit

korte briefje. Welke technische bepalingen kloppen er niet? Welke procedure wordt er gevolgd en op welke termijn denkt zij de problemen op te lossen? Deze vragen mogen wat mij betreft ook schriftelijk worden beantwoord. Ik stel deze vraag ook, omdat die brief onderdeel uitmaakt van dit debat. Op verzoek van de CDA-fractie is de voorhangprocedure immers bij dit debat betrokken.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat dit punt in het vervolg van dit debat aan de orde komt.

Hiermee zijn wij echt aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Het debat wordt woensdag voortgezet.

Sluiting 20.12 uur.