

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 270

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 juli 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 2 juli 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2009 over de beantwoording schriftelijk overleg over de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging (29 247, nr. 88);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 april 2009 over de reactie op het verzoek van de commissie over compensatie eigen risico in de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 256);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 mei 2009 over het rapport Commissie grensarbeiders II (26 834, nr. 23);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 april 2009 over de aanbieding van het evaluatierapport inzake het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 257);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2009 over de fraudebestrijding in de zorg (29 689, nr. 264);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2009 over de aanbieding VWS-verzekerdenmonitor 2009 (29 689, nr. 259);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 juni 2009 over de voorhangprocedure op grond van de Zorgverzekeringswet/Ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met aanpassingen in de te verzekeren prestaties en in de regels voor het eigen risico per 1 januari 2010 (29 689, nr. 265);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 juni 2009 over het pakketadvies 2009 (29 689, nr. 266).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van Gent (GroenLinks), Van der Staaij (SGP), Poppe (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), ondervoorzitter, Depla (PvdA), Van Bochove (CDA), Koopmans (CDA), voorzitter, Spies (CDA), Van der Ham (D66), Van Velzen (SP), Vietsch (CDA), Aptroot (VVD), Samsom (PvdA), Boelhouwer (PvdA), Roefs (PvdA), Neppéus (VVD), Van Leeuwen (SP), Jansen (SP), Van der Burg (VVD), Van Heugten (CDA), Madlener (PVV), Ouwehand (PvdD), Bilder (CDA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Linhard (PvdA).
Plv. leden: Vendrik (GroenLinks), Van der Vlies (SGP), Polderman (SP), Remkes (VVD), Jacobi (PvdA), Pieper (CDA), Koppejan (CDA), Ormel (CDA), Koşer Kaya (D66), Leijten (SP), Schreijer-Pierik (CDA), De Krom (VVD), Vermeij (PvdA), Waalkens (PvdA), Vos (PvdA), Zijlstra (VVD), Langkamp (SP), Gerkens (SP), Van Beek (VVD), Schermers (CDA), Agema (PVV), Thieme (PvdD), Sterk (CDA), Ortega-Martijn (ChristenUnie) en Besselink (PvdA).

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

Voorzitter: Schermers
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Van Gerven, Schermers, Smilde, Van der Veen, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Zijlstra,

en minister Klink, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de minister en zijn ambtenaren welkom. Ook heet ik de woordvoerders van de fracties en de belangstellenden op de publieke tribune welkom. Wij spreken vandaag over de Zorgverzekeringswet en de spreektijd is maximaal vijf minuten. In eerste termijn sta ik iedereen twee interrupties toe.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Een voortgangsdebat over de Zorgverzekeringswet heeft altijd een breed aantal onderwerpen. Ook nu is dat het geval. Voor de CDA-fractie is het perspectief van de zorgvraag de rode draad. Eerst wil ik het hebben over de compensatie van het eigen risico in de Zorgverzekeringswet waarover wij heel veel klachten krijgen. Mensen hebben wel de aandoening, maar gebruiken niet het middel dat op de lijst staat of niet op de vermelde manier. Dat is niet uit te leggen. Het probleem zit hem in de onduidelijkheid van de afbakening. Er wordt gebruik gemaakt van de FKG en de DKG, maar die zijn primair bedoeld voor het vereveningssysteem en dus niet voldoende geschikt als criterium voor de compensatie. Nu is een taskforce bezig met de afbakening van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtzc) en wij willen graag dat diezelfde taskforce ook voor een afbakening zorgt van de compensatie van het eigen risico. De staatssecretaris was afhoudend, maar wij willen dat het goed geregeld wordt, want de afbakening van het eigen risico moet nu eindelijk goed geregeld worden voor mensen. Zij weten namelijk niet meer waar ze aan toe zijn.

Dan kom ik op de reiskostenvergoeding voor de dagbehandeling van PG-patiënten. Recentelijk heb ik daarover met collega Willems-van der Ploeg vragen gesteld. Sinds de overheveling van de dagbehandeling uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet wordt het vervoer voor deze patiënten niet meer vergoed. De minister schrijft dat bij het Besluit Zorgverzekering al rekening gehouden zou zijn met het feit dat die aanspraak er niet was. Wij zijn toch een beetje verbaasd, want die mensen hebben precies dezelfde aanspraak als onder de AWBZ, maar ze krijgen nu de kosten niet meer vergoed. Wij zouden graag willen dat de minister dat in het besluit opneemt. Er is volgens ons wel sprake van een duidelijk omschreven categorie, zodat wij ook geen ongewenst precedent scheppen. Graag krijg ik hierop een reactie.

Dan kom ik op het pakketadvies. Sinds enkele jaren plukken wij de vruchten van duidelijk omschreven criteria voor de te verzekeren zorgprestaties. Dat schept voor iedereen veel duidelijkheid. Wij kunnen constateren dat het een goede gedachte is geweest om de te verzekeren zorgfunctiegericht te omschrijven in de Zorgverzekeringswet. Dat biedt ook mogelijkheden voor functionele bekostiging en voor het pakket. Het CVZ beargumenteert de keuze voor prestaties en is met de verdere inkleuring bezig. Het gepast gebruik waarmee volgens het CVZ veel winst te behalen valt, zou ruimte kunnen scheppen, zowel in financiële als in kwalitatieve zin. Hoe kunnen wij die ruimte concreet invullen en welke stappen worden daarvoor gezet? Wij zijn ook blij dat er concreet aandacht is voor de vormen van behandeling die nog niet formeel evidence based zijn. De protontherapie is daarvan een prachtig voorbeeld, want dat zou voor kankerpatiënten een uitkomst zijn. Het CVZ wil hiervoor de ruimte creëren, maar onder welke voorwaarden zou dat kunnen? Dat is wel belangrijk om innovaties op gang te houden.

Dan kom ik op de verdragsgerechtigden. De aloude 1408/71 wordt nu toch echt vervangen door de 883/04. Dat heeft nogal wat gevolgen. Op zich hebben wij er geen problemen mee dat Nederlanders in het buitenland gemakkelijker zorg kunnen krijgen in Nederland zelf, maar dat heeft wel gevolgen voor de lasten van Nederland. Wat betekent het gevolg van de aanspraken van de verdragsgerechtigden voor de AWBZ-zorg in Nederland? De kwaliteitszorg in de landen van de EU is niet overal gelijk. Wij hebben een woonlandfactor ingevoerd om mensen een billijke premiebijdrage te geven voor de zorg die zij in hun woonland krijgen. Als je in Spanje woont waar de woonlandfactor 60% is en je gaat naar Nederland heb je een relatief lage premiebijdrage terwijl je toch de zorg in Nederland krijgt. Dat lijkt ons niet zo redelijk. Hoe gaat de minister hiermee om ten aanzien van de premiegelijkheid voor alle Nederlandse staatsburgers?

De **voorzitter**: Ik deel mee dat mevrouw Wiegman in de file staat en later zal aansluiten. Nu is het woord aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Over het eigen risico is een hoop te doen. Wij kunnen constateren dat veel ouderen, chronisch zieken en gehandicapten zulke hoge zorgkosten hebben dat zij al in januari hun volledige eigen risico kwijt zijn. Het is eigenlijk onacceptabel dat wij deze mensen laten boeten omdat ze de pech hebben chronisch ziek te zijn. Alsof ze daar ook maar iets aan kunnen doen. Dit klemt te meer omdat ze wat betreft de compensatie niet op de lijst van chronisch zieken voorkomen of dat het medicijn dat ze gebruiken niet op de lijst staat. Deze mensen betalen zich buiten hun schuld al blauw aan de zorgkosten, maar moeten toch gewoon het eigen risico betalen. De SP is enige tijd geleden, net als de CG-Raad, een meldpunt gestart voor problemen rond de zorgverzekering en het eigen risico. Ook bij ons kwam een stroom van kritiek op het eigen risico binnen. Mensen ervaren het als een straf op ziekte. Het leidt tot financiële problemen en er is sprake van bureaucratie en chaos bij het Centraal Administratiekantoor (CAK). Mensen worden ten onrechte niet gecompenseerd. Multiple sclerose staat niet op de lijst. Zeldzame ziekten staan niet op de lijst. Vooral bij reuma- en diabetespatiënten doen zich rare dingen voor. Een diabetes I-patiënt die een medicijn gebruikt dat op de lijst staat bij diabetes II in de FKG, komt niet in aanmerking voor compensatie van het eigen risico. In zijn algemeenheid is het een probleem dat je een FKG moet hebben en dat je dan nog het geluk moet hebben dat de stofnaam op het lijstje bij de FKG staat. Dan moet je ook nog de juiste dagdosering krijgen zoals op het lijstje staat om compensatie te krijgen. Hoog cholesterol is wel een farmaceutische kostengroep, maar die is uitgezonderd van compensatie vanwege het principe «eigen schuld, dikke bult». Veel mensen met een erfelijke vorm van hoog cholesterol of hartziekten krijgen om deze reden geen compensatie. Wij hebben zelfs voorbeelden gekregen van mensen die door een spelfout geen compensatie kregen. Daarnaast hebben ook veel mensen ten onrechte geen compensatie gekregen. Wij vragen de minister met klem hoe het met de afbakening van die compensatieregeling zit. Lost de toevoeging van een diagnose kostengroep het probleem op? Wij zijn tegen het eigen risico, maar het is er nu eenmaal. De SP-fractie stelt daarom voor dat wij een duidelijke lijst van aandoeningen maken zodat het volstrekt helder is wie gecompenseerd wordt.

Een ander belangrijk punt is de Polen- en studentenconstructie, zoals de SP dat genoemd heeft. Thans wordt die door verzekeraars aangeboden. In antwoord op Kamervragen van de SP-fractie zegt de minister dat deze constructies werkelijk zijn toegestaan. Deze constructies leiden echter tot aantasting van de solidariteit en de risicoselectie. Was het niet de bedoeling om risicoselectie met de Zorgverzekeringswet te voorkomen en het verschil tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden op te heffen? Een student kan nu ten opzichte van een chronisch zieke een voordeel behalen

van 30% voor hetzelfde basispakket door afkoop via de sluiproute van het aanvullend pakket. Ik vraag nogmaals aan de minister of hij dit wil aanpakken. Dit is echt niet de bedoeling van de Zorgverzekeringswet. Wat vindt de minister van de trend dat een toenemend aantal mensen afziet van het aanvullend pakket dat steeds belangrijker wordt naarmate er minder in het basispakket zit? Wordt voor de verzekering zo niet een onacceptabele financiële drempel opgeworpen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven meldt impliciet dat het basispakket steeds kleiner wordt. Wil hij dat eens uitleggen? De feiten weerspreken dat. Volgens mij wordt het basispakket helemaal niet kleiner.

De heer **Van Gerven** (SP): Het afgelopen jaar is de sta-opstoel eruit verwijderd. Datzelfde geldt voor de benzodiazepines. Die zijn grotendeels uit het pakket gehaald. Nu zijn er weer voorstellen om het op te schonen. De Mutsja's en bandana's gaan eruit. Dit is maar iets kleins, maar het is voor mensen heel belangrijk. Ik denk dat er nog wel meer in het verschiet ligt, gezien de voorstellen van de minister.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik constateer dat er ook dingen in komen. Wij hebben onder andere voorrang gehad op het stoppen met roken. Is de heer Van Gerven het met mij eens dat omdat het CVZ de in- en uitstroom in de gaten houdt, wij op een veel evenwichtiger manier het pakket kunnen samenstellen? Dat betekent misschien dat er iets uit gaat, maar ook dat er iets in gaat. Het pakket wordt dus niet kleiner.

De heer **Van Gerven** (SP): Er gaat meer uit dan erin als je het financieel bekijkt. In het verleden is er ook al een aantal zaken uit gehaald. Ik wijs met name op fysiotherapie, een aantal zelfzorggeneesmiddelen en de tandarts. Dat zijn toch medisch noodzakelijke voorzieningen. Je kunt zeggen dat de mensen zich daarvoor maar aanvullend moeten verzekeren. Maar één op de zes à zeven individueel verzekerden heeft geen aanvullende verzekering. Zij kunnen verstoken raken van medisch noodzakelijke zorg. Wij vinden dat een ongewenste ontwikkeling. Zo krijg je een soort tweedeling in de toegang tot basiszorg. Ik wil op die ontwikkeling graag een reactie van de minister. Vindt hij dat een goede ontwikkeling?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Van welke zaken vindt de heer Van Gerven dat ze terecht uit het pakket zijn gegaan? Welke zaken zijn onterecht uit het pakket gegaan omdat ze medisch noodzakelijk zijn en vallen nu niet meer onder de basisverzekering?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb net al genoemd wat eruit is gegaan. De benzodiazepines bijvoorbeeld. Ik vind dat niet terecht. Er zijn geen zaken terecht uit het pakket gegaan, behoudens bijvoorbeeld acetylcysteïne. Daarvan hebben de geleerden gezegd dat het geen effectief geneesmiddel is. Daar hebben wij geen moeite mee.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Moet ik dan constateren dat de heer Van Gerven de werkwijze van het CVZ, de commissies en alle achterliggende objectiveerbare zaken zoals quality of life onzin vindt? Worden de criteria niet goed toegepast?

De heer **Van Gerven** (SP): Het CVZ kijkt naar de medische effectiviteit, maar bekijkt ook of het voor eigen rekening en verantwoording kan komen, zoals dat zo mooi heet. Dat is gewoon een bezuinigingsoperatie. Daar is de SP geen voorstander van. Dan kom ik op de stijging van de premies. De zorgverzekeraars hebben veel geld verloren door beleggingen. Hoe kan voorkomen worden dat door winstbejag van de verzekeraars de premies stijgen buiten de schuld

van de premiebetaler en buiten de oorzaken zoals de stijging van de kosten van de zorg door vergrijzing en verbeterde techniek? Is hier betere controle op mogelijk? Beleggingen uit gelden van de basisverzekering staan onder toezicht van De Nederlandsche Bank. Bij de aanvullende verzekeringen kunnen de verzekeraars echter hun gang gaan. Is daar niet wat aan te doen?

Dan kom ik op de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de aanpassing van de te verzekeren prestaties. De SP is er geen voorstander van dat zorgverzekeraars een ruimere aanwijzingsbevoegdheid krijgen wat betreft de vergoedingslimieten van cholesterolverlagings- en maagzuurremmers. Dit mag niet worden afgeschaft. Het tast de rechten van patiënten aan en ook de professionele autonomie van de hulpverlener. Het vergroot wederom de macht van de verzekeraars. Wij zien er niets in dat dit voorstel wordt voorgelegd aan de Raad van State. Wij willen niet de kant op waarbij financiële afwegingen de professionele beroepsuitoefening van artsen en apothekers belemmeren. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

De Sjögren patiëntenvereniging heeft ons een brief gestuurd. Een aantal geneesmiddelen is van uitsluitend op recept naar uad overgegaan. Daardoor ontstaan er vergoedingsproblemen. Graag krijg ik een reactie van de minister op dit probleem. Wat ons betreft moeten die middelen vergoed blijven voor Sjögrenpatiënten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik denk dat ik weinig nieuws zeg als ik spreek over de onduidelijkheden rondom de compensatie van het eigen risico. Het is mensen onduidelijk waarom ze er niet toe behoren of er juist wel toe behoren. Mijn eigen vader bijvoorbeeld is tot de ontdekking gekomen dat hij nu chronisch ziek is. Hij krijgt namelijk een vergoeding. Hij heeft echter absoluut niet het gevoel dat hij chronisch ziek is. Dat toont wel aan dat wij te maken hebben met een regeling die onduidelijkheid creëert. Zij is natuurlijk ontworpen met de beste bedoelingen van de wereld, maar daarmee heb je nog geen goed voorstel. Wij waren hier tegen en wij blijven hier tegen vanwege al deze problemen. Bovendien ondergraaf je naar onze mening de solidariteit met een dergelijke regeling. Ik sta dus precies tegenover de heer Van Gerven, maar dat is niet zo vreemd. Solidariteit in de zorg betekent volgens de VVD dat gezonden betalen voor de zieken. Dat is heel goed en zo hoort het ook te zijn, maar in Nederland betalen de gezonden zelfs nog meer dan de zieken. Dat vinden wij doorgeslagen solidariteit en wat ons betreft zou de compensatie van het eigen risico niet moeten plaatsvinden, zeker als de uitwerking tot allerlei onduidelijkheid leidt.

Dan kom ik op de grensarbeiders. Wat de minister daarover heeft aangegeven is helder. Wij hebben daarover een heel lange discussie gevoerd. Ik denk dat wij toch tot de conclusie moeten komen dat men grosso modo en uitzonderingen daargelaten over het algemeen vroeger een financieel voordeel had dat werd veroorzaakt doordat Nederland de zaken gedurende ruim een decennium niet op orde had. Dit is teruggedraaid en daarom zit men nu in dezelfde situatie als alle andere Nederlanders. Men heeft geluk dat men dat voordeel heeft gehad. Ik kan me goed voorstellen dat men niet blij wordt van zo'n achteruitgang, maar de VVD ziet geen aanleiding om, buiten wat de minister heeft opgeschreven, aanvullende zaken te vragen.

Dan kom ik op het pgb in de Zorgverzekeringswet. De minister stelt voor om door te gaan met een aangepast experiment dat ook door Per Saldo is gevraagd. Dat lijkt ons een goede zaak. Het experiment is in de huidige vorm onvoldoende succesvol. Wij geloven nog steeds in een pgb in het kader van de Zorgverzekeringswet; wij hebben daarover ook een motie ingediend. Wij zullen het wel op een andere manier moeten doen en zullen de minister steunen om het experiment anders vorm te geven.

Er is meer fraude ontdekt. De minister blijft echter volharden in het punt dat hij niet vindt dat iedere Nederlander er recht op heeft om de eigen rekening in te zien. Hij geeft zelfs aan dat de Europese schaderichtlijn dit naar zijn mening zou verhinderen. Ik zou graag een keer van de minister toegestuurd krijgen wat binnen de Europese schaderichtlijn de belemmeringen zijn. De VVD heeft er grote problemen mee om te kunnen begrijpen dat mensen die een dienst afnemen – in dit geval zorg – kennelijk de rekening niet krijgen. Het is toch heel normaal dat je inzichtelijk krijgt wat iets gekost heeft als je iets laat uitvoeren, ook als het je eigen gezondheid betreft? Wij kennen allemaal de gevallen dat mensen dingen op de rekening zien staan waarvan ze zeggen: dat is bij mij niet gebeurd. De beste controle op fraude is altijd de afnemer zelf. Wij doen bij deze een herhaalverzoek: kijk naar die schaderichtlijn, kijk naar de mogelijkheden in plaats van de onmogelijkheden en zorg ervoor dat iedereen die rekening te zien krijgt. Dat kan bijvoorbeeld in het kader van het epd op digitale wijze. Graag krijg ik hierop een reactie.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat schieten we ermee op dat mensen een rekening krijgen waar ze helemaal niets van begrijpen? De dbc-systematiek is ingevoerd. De SP wordt overspoeld met vragen van mensen die onbegrijpelijke rekeningen krijgen. Wat moeten mensen met een onbegrijpelijke rekening? Wij zijn het erover eens dat fraude bestreden moet worden, maar gaat het middel van de heer Zijlstra wel werken?

De heer **Zijlstra** (VVD): Het klopt dat de rekeningen, voor zover men die krijgt, niet altijd overzichtelijk zijn. Dat moet sowieso verbeteren. Als iemand mijn tuin bestraat en mij een onbegrijpelijke rekening stuurt, vraag ik hem ook om het nog eens begrijpelijk uit te leggen. Ik wil wel weten waar ik voor betaal. Dat principe wil ik ook graag op de zorg toepassen. Daarom vinden wij dat patiënten inzicht in die rekeningen moeten krijgen. Zij weten wat er gebeurd is en hebben inzicht in waarvoor betaald zou moeten worden. De beste controle kan alleen door de patiënt zelf worden uitgevoerd.

De heer **Van Gerven** (SP): Is dat geen georganiseerd wantrouwen? Zorg die je nodig hebt, is toch iets anders dan een televisie die je koopt in de private sector. Ik vind dat wij erop moeten kunnen vertrouwen dat de zorg goed geleverd wordt en goed georganiseerd is. Wij moeten andere instrumenten hanteren om de fraude te bestrijden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik vind dit een beetje een gekke vraag. Waarom zou ik van elke willekeurige dienst die ik afneem wel willen weten wat er gebeurt en als het over de zorg gaat zou ik het niet willen weten? Alleen omdat iemand met een witte jas aankomt? Ik vind dat patiënten terecht kunnen zeggen dat zij de rekening willen zien. Zij moeten die te zien krijgen. Ik vind het echt een bizarre redenering van de SP dat je de dokter op zijn blauwe ogen moet vertrouwen dat het allemaal goed komt. De dokter doet het niet per se met opzet verkeerd, maar wij kennen allemaal de situaties waar het in de administratie verkeerd gaat. Dat is geen geval van fraude, maar als premiebetaler betaal je zo wel te veel aan een ziekenhuis of maatschap. Dat wil ik graag voorkomen. Dat is geen georganiseerd wantrouwen, maar een gezonde houding die je ten opzichte van elke leverancier moet hebben.

Dan kom ik op het pakketadvies; met name op het stoppen met roken. De VVD-fractie is er geen voorstander van dergelijke preventieve maatregelen in het pakket te stoppen. Waarom stoppen mensen met roken? Als het de financiële prikkel is vanwege de cursus Stoppen met roken, zien wij eerder een andere financiële prikkel. Het grootste financiële voordeel dat men namelijk haalt, is het stoppen met roken zelf. Dan hoeft je geen sigaretten meer te kopen. Dat voordeel is veel groter dan wanneer je het in het

pakket stopt. Hoe gaan wij om met een situatie dat iemand stopt met roken, daar niet succesvol in is en nog eens stopt met roken, en nog eens? Ik ben zelf vijf keer gestopt. Waar ligt de grens? In hoeverre moet iets succesvol zijn? Wij vinden het advies van het CVZ bijzonder, want het is naar onze mening onvoldoende getoetst op het op lange termijn succesvol zijn van stoppen met roken. Het uitvalpercentage is 80. Wij vinden dat hoog.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. In het bonte boekje dat wij ontvangen hebben over de Zorgverzekeringswet haal ik een aantal elementen. Wat betreft de grensarbeidersproblematiek kunnen wij ons vinden in de overwegingen van de minister. Wij realiseren ons dat het voor een aantal mensen die een tijd lang een oneigenlijk voordeel hebben gehad, wat zuur kan overkomen. Het pgb in de Zorgverzekeringswet vinden wij een verstandige beslissing. De fraudeurs en de verzekerdenmonitor wil ik tegelijk bespreken. Het is duidelijk dat de PvdA-fractie zeer veel belang hecht aan fraudebestrijding, al is het maar om te voorkomen dat mensen die hun premie netjes betalen het slachtoffer worden van mensen die geen premie betalen. Wij willen wel het onderscheid benadrukken – wij hebben dat ook op andere plekken gedaan – tussen het niet willen en niet kunnen betalen. Zij die niet willen betalen, kunnen wat ons betreft niet streng genoeg worden aangepakt. Helaas heb je ook een groep onbekwamen die niet in staat zijn de regie over hun eigen leven te voeren. Wij denken dat daarmee rekening moet worden gehouden. Wij hebben er vertrouwen in dat de minister dit goed aanpakt.

Ik wil apart stilstaan bij de compensatie van het eigen risico. Het is ook al door anderen genoemd. Technisch is degene die compensatie voor het eigen risico ontvangt in financiële zin gecompenseerd voor wat hij nodig heeft. In de praktijk blijkt dit anders te zijn. Ik krijg hier heel veel mails over. Los van de afbakeningsproblematiek zijn er steeds meer vragen. Waarom krijgt iemand bij de ene dosis medicijnen wel een vergoeding en bij een andere dosis niet? Waarom voor de ene ziekte wel en voor de andere ziekte niet? De CG-Raad heeft daar kort geleden een brief over geschreven. Wij vragen de minister om te onderzoeken of de gehanteerde dagdoseringen toereikend zijn en of uitbreiding van de medicijnlijst met medicijnen die nu ontbreken mogelijk is. Het gaat om medicijnen voor nierziekten, reuma, spierziekten, kanker en zeldzame aandoeningen. Kan ook de forse verlaging van de standaarddosering aan de orde komen? Op de bureaucratie is al gewezen. Over veertien dagen doet men daarover in Leeuwarden een uitspraak. Laten wij afwachten wat dat oplevert. In tegenstelling tot de SP-fractie zijn wij van mening dat er wellicht zaken in het basispakket zitten die medisch niet noodzakelijk zijn. Wij sluiten niet uit dat zoiets zich wel eens voordoet. Wij vinden het voorstel dat voorligt een goede zaak. Met name het stoppen met roken spreekt ons aan, al zeg ik dat persoonlijk met een dubbel gevoel. Dat is in ieder geval een signaal dat er in het basispakket meer aandacht is voor preventie. Tot slot nog een opmerking over de risicoselectie en de aanvullende verzekering. Mevrouw Smilde en ik hebben daarover vorig jaar een motie ingediend. De minister heeft daar ook op gereageerd. Wij krijgen toch signalen dat die aanvullende verzekering gebruikt kan worden als een selectiemechanisme voor het basispakket. Dat heeft te maken met het herverzekerden van het eigen risico. Er zitten ook nog wat andere elementen in. Wellicht kan de minister nog eens bekijken in hoeverre de aanvullende verzekering gebruikt wordt als een selectiemiddel.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb een aanvulling hierop. Wij hebben naar een onderzoek gevraagd. Daar hebben wij nog niets over gehoord.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben benieuwd naar het standpunt van de PvdA-fractie over de Polen- en studentenconstructie die mogelijk is binnen de huidige wet- en regelgeving. Die zorgt ervoor dat mensen 30% minder premie betalen voor hetzelfde pakket. Vindt de PvdA-fractie niet met mij dat dit onmogelijk zou moeten worden gemaakt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb net al aangegeven dat wij het op prijs zouden stellen als de minister, in aansluiting op de motie, zou willen onderzoeken welke mechanismen gebruikt kunnen worden door de zorgverzekeraars om tot selectie te komen. Ik kan me goed voorstellen dat wat de heer Van Gerven noemt daarbij betrokken wordt.

De heer **Van Gerven** (SP): U geeft geen antwoord op mijn vraag waar de PvdA-fractie staat. Het mag nu wettelijk. Vindt u niet dat die constructie via de aanvullende verzekering gerepareerd zou moeten worden? Kennelijk is dit een leemte in de Zorgverzekeringswet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op een aantal punten zijn wij wat minder stellig dan de SP-fractie. Wij geloven nog wel eens in een onderzoek naar iets. Daar heb ik net om gevraagd. Ik hoop dat wij via dat onderzoek antwoord krijgen op die vraag.

De heer **Zijlstra** (VVD): De PvdA-fractie is voor stoppen met roken in het basispakket. Wat verwacht u daarvan? Waarom zou dat ertoe leiden dat het rokende deel van Nederland gaat stoppen? Waarom moet dit in het basispakket?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daarvoor zijn twee redenen. De ene heb ik al genoemd en is een algemene reden. Wij zien het als een belangrijk signaal van het feit dat er meer aandacht is voor preventie in het basispakket. Dat kan volgens mij ook door de VVD-fractie gesteund worden. Daarnaast geloven wij erin omdat het CVZ daarover een advies heeft uitgebracht. Wij geloven meer in het advies van het CVZ dan de VVD-fractie doet. Daarover kun je van mening verschillen.

De heer **Zijlstra** (VVD): U hebt dus liever het stoppen met roken – ondanks vraagtekens – in het pakket dan de maagzuurremmers.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij zitten in de gelukkige omstandigheid dat wij het CVZ hebben. Zij kan daar op verstandige wijze advies over uitbrengen. In zijn algemeenheid hebben wij de neiging om de adviezen van het CVZ te volgen. Dat laat natuurlijk onverlet dat wij zo nu en dan meer of minder moeite met het advies kunnen hebben. Wat betreft het stoppen met roken en de maagzuurremmers kunnen wij ons in de bevindingen van het CVZ vinden.

Vorige week hebben wij uitvoerig aandacht besteed aan de functionele bekostiging. Ik zou toch willen herhalen dat het mijn fractie erg zou aanspreken dat niet alle vier chronisch ziekten – ik zeg het maar even in deze geheimtaal die wij zo langzamerhand ontwikkeld hebben – tegelijkertijd wordt ingevoerd, maar dat er voorzichtig geëxperimenteerd wordt met diabetes en eventueel later met COPD.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Mijn excuses dat ik wat later ben. Ik stond helaas in de enige file in Nederland. Ik begin met de compensatie van het verplicht eigen risico. Wij zijn ontevreden over de vooruitgang die is geboekt om tot een beter inzicht te komen wie voor compensatie van het eigen risico in aanmerking komt. De huidige afbakening volstaat niet, want de groep met hoge zorgkosten is veel groter. Bij de bepaling van de doelgroep zou ook naar de hoogte van het zorggebruik moeten worden gekeken en naar het gebruik

van hulpmiddelen. Ook de gekozen afbakening op grond van medicijngebruik is ontoereikend. Er is een aanzienlijke groep mensen met beperkingen en aandoeningen die er buiten valt, bijvoorbeeld mensen met een hoog cholesterolgehalte, stofwisselings-, bloed- of huidziekten en zeldzame aandoeningen. Minister Klink zegt in zijn brief dat een andere afbakening van de doelgroep niet uitvoerbaar is. Hier heeft de ChristenUnie-fractie geen vrede mee. En als een betere afbakening pas mogelijk is in 2009 of 2010, dan dienen deze groepen de compensatie met terugwerkende kracht te krijgen.

Er moeten voldoende gegevens aanwezig zijn bij de zorgverzekeraar. De gegevens zijn beschikbaar voor de jaren 2006 en 2007. Zij worden door de toezichthoudende autoriteit beoordeeld. Bovendien is in 2008 op basis van gegevens over de feitelijke zorgconsumptie het verplicht eigen risico door de verzekeraar met zijn verzekerde verrekend. De gegevens zijn er dus. Deze gegevens kunnen door de minister aan de zorgverzekeraars worden gevraagd. Mocht het dit jaar niet tijdig kunnen, dan moet het in ieder geval later mogelijk zijn. Zonder deze gegevens zou de mogelijkheid die de minister wil bieden aan verzekeraars om te differentiëren met het verplichte eigen risico onuitvoerbaar zijn.

Dan kom ik op het pgb in de zorgverzekeringswet. Wij zijn ook hier ontevreden over de resultaten, maar vooral ook over de conclusies die aan de resultaten worden verbonden. De omschrijving die Per Saldo geeft van het «experimenteren met de hakken in het zand» lijkt me juist. Dat is jammer. Het is ook een gemiste kans voor de zorgverzekeraars die graag voor zichzelf in de toekomst een grotere rol zien weggelegd rondom vraaggestuurde zorg. Het is goed dat er nieuwe gesprekken worden gevoerd over hoe er wel invulling aan een pgb in de Zorgverzekeringswet kan worden gegeven, maar van echte stilstand kan nu geen sprake zijn. Dat betekent namelijk achteruitgang en grote problemen voor mensen omdat specialistische zorg is overgeheveld. Mijn oproep is: zorg dat deze mensen hun specialistische zorg kunnen blijven organiseren. Ik denk dan ook in het bijzonder aan de kinderspices en de medisch kinderdagverblijven. De staatssecretaris heeft hierover juist nog een brief naar de Kamer gestuurd en aangegeven dat deze zorg gezien de aanspraken en het medische karakter beter thuishoort in de Zorgverzekeringswet dan in de AWBZ, maar dat de AWBZ weer meer mogelijkheden biedt voor keuzevrijheid. Dit zou een prima kans bieden om invulling te geven aan het pgb in de Zorgverzekeringswet.

Dan kom ik op de functionele bekostiging. Uit antwoorden op schriftelijke vragen blijkt dat de minister mogelijke risico's en beperkingen van functionele bekostiging herkent. Is er wel voldoende basis om met succes van start te gaan? Wat de ChristenUnie-fractie betreft, kan dat enkel binnen de volgende voorwaarden: ketenzorg binnen een integrale setting en optimale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Ik had het onderwerp preconceptiezorg in het pakketadvies verwacht, na het advies van de Gezondheidsraad en wat we daarover in een commissievergadering hebben gewisseld. Wat de ChristenUnie-fractie betreft gaan we per 1 januari 2010 al van start met het programma Stoppen met roken.

Minister Klink: Voorzitter. Ik begin met de afbakeningscriteria die te maken hebben met het eigen risico. Dat is een bedrag van € 150 met een compensatie van € 47. Die € 47 is de resultante van het feit dat iedereen een gemiddeld eigen risico betaalt. Daardoor wordt de premie naar beneden gebracht. Dat betekent een gemiddelde premiereductie. Vervolgens krijg je een premie waarover nog zorgtoeslag verleend wordt aan met name de lagere inkomensgroepen. Vervolgens resteert € 47 en daarvoor hebben wij afbakeningscriteria. Van meet af aan wisten wij – dat zeg ik mevrouw Wiegman na – dat die onvoldoende waren. De FKG's en de DKG's waren natuurlijk niet beoogd en niet bedoeld om groepen mee te

compenseren. Zij hadden met name een medische strekking en er moest in het kader van de risicoverevening iets mee worden gedaan. Van die onvolkomenheid waren wij ons bewust. Wij hebben toen gekozen voor de afbakening langs deze weg op grond van het feit dat dit altijd nog beter was dan niets doen. Intussen is er in het kader van de Wtgc een werkgroep onder leiding van de heer Linschoten. Die kijkt naar de afbakeningscriteria die te maken hebben met de compensatie, maar meer qua inkomensbeleid van de chronisch zieken. Wij willen daar nauwgezet bij aansluiten. Als deze commissie met de resultaten komt, zullen wij ook kijken naar de dagdoseringen en dergelijke en naar de indeling van mensen die gebruik maken van bepaalde specifieke geneesmiddelen. Hier hebben wij aandacht voor en wij proberen gemeenschappelijk op te trekken zodat de criteria met elkaar sporen. Ik moet daar wel bij aantekenen dat de Zorgverzekeringswet gaat om meerjarige feitelijk gemaakte zorgkosten, terwijl het bij de Wtgc gaat om onder andere inkomensondersteuning voor mensen die het moeilijk hebben in het leven. Qua strekking en doel zit daar dus een verschil in. Dat neemt niet weg dat de afbakeningcriteria voor ons in het kader van de chronisch zieken en de compensatie van het eigen risico een rol spelen.

Mevrouw Smilde vroeg naar de woonlandfactor. Wat gebeurt er met mensen die in Spanje wonen, maar toch de zorg in Nederland krijgen? In de woonlandfactor die betrekking heeft op de premie hebben wij er rekening mee gehouden dat het zorgniveau en de kosten in het woonland, in dit geval Spanje, wel eens minder zouden kunnen zijn. Dus is er een correctie op de premie die men anders zou moeten betalen als die naar Nederlandse maatstaven zou zijn ingevuld. Wat doe je nu als de consumptie van de zorg in Nederland plaatsvindt tegen datzelfde hoge kostenniveau? We zoeken naar een systeem om die twee zaken toch min of meer te splitsen, zodat wij ook krijgen voor zorggebruik in het woonland en herkomstland. Uiteindelijk zou dat kunnen leiden tot een stijging van de verdragsbijdrage voor degenen die bijvoorbeeld in Spanje verkeren, maar regulier hun zorg in Nederland nuttigen. Dat zal niet eenvoudig zijn, want je moet naar verhoudingsgetallen gaan zoeken. Het punt dat mevrouw Smilde noemt, is op zichzelf wel terecht.

Mevrouw Smilde noemt de protonetherapie als een vorm van innovatieve behandeling. Misschien moeten wij twee dingen uit elkaar houden. Bij de protonetherapie is op dit moment geen sprake van evidencebasedzorg. Het is niet de bedoeling dat behandelingen die niet evidence based zijn in het pakket komen, maar het heeft in dit geval wel vergaande consequenties voor de patiënten. Daarom in het CVZ aan het bekijken welke indicaties wel mogelijkheid bieden om tot verzekerde prestaties te rekenen. Daarnaast loopt een traject bij het CVZ om te bezien in hoeverre innovatieve methoden tijdelijk toegelaten kunnen worden in het pakket om te bezien of daar evidencebasedzorg uit volgt die vervolgens tot definitieve opname zou kunnen leiden. De heer Zijlstra heeft er in het verlengde van mevrouw Schippers ook vaak naar gevraagd. Innovatiemogelijkheden worden in dat opzicht dus wel bekeken.

Ik zeg het de heer Van der Veen na dat wij in deze kabinetsperiode het pakket niet hebben versmald, maar eerder hebben uitgebreid. Denk aan de tandarts, de zorg voor de jeugdigen, de pil en de kraamzorg. Dat neemt niet weg dat er met het zorggebruik nog wel lucht in het systeem zit. Dan denk ik aan de zelfverwijzers, doelmatig voorschrijven, therapietrouw en functionele bekostiging. Dat gaat veel opleveren. Dat hopen wij althans, ook in termen van houdbaarheid en doelmatigheid. Betere zorg is vaak doelmatiger zorg. Therapietrouw is daarvan een ideale illustratie. Van de week zag ik wat gegevens van ramingen rondom drie geneesmiddelen, waaronder een cholesterolverlager en een maagzuurremmer. Als daar de therapietrouw zou verbeteren, levert dat bij deze drie medicijnen wellicht kostenbesparingen op van 100 mln. tot 120 mln. door het voorkomen van complicaties. Dat geeft mij weer een basis om te zeggen dat wij moeten

bekijken hoe wij voor huisartsen en apothekers veel meer die kwaliteit kunnen gaan belonen. De revenuen die daar voor ons als collectief uit voortvloeien, kunnen wij voor een deel als prikkel inzetten om dit te gaan doen. Ik denk dat er dus nog heel veel te doen valt. Zelfverwijzers horen hier ook bij. Waarom zou je de dure tweedelijnszorg inschakelen als je het in de eerste lijn kunt laten?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben het hier zeer mee eens. Ik denk namelijk dat wij naar dergelijke gaten moeten zoeken. Het hoeft helemaal niet altijd met geld. De minister noemt de huisartsen en de apothekers. Ik denk ook aan de werkenden in de zorg en thuiszorg en aan alle mensen die medicijnen toedienen. Ik weet niet waar de therapietrouw zit, maar dat kan ook wel eens zitten bij mensen die niet meer helemaal helder voor de geest hebben wanneer ze welke pil moeten innemen. Ik denk dat de informatie heel breed zou moeten zijn.

Minister **Klink**: Therapietrouw heeft de afgelopen jaren wel de nodige aandacht gekregen. Ik denk dat wij het meer moeten verankeren in onze bekostigingsstelsels. Dat gaan wij natuurlijk proberen in 2011 als het regime van bekostiging – de taal die gesproken wordt bij de onderhandelingen met apothekers – verandert. Ook bij de huisartsen valt er veel te winnen in termen van doelmatig voorschrijven en therapietrouw. Ik hecht daaraan omdat betere zorg ook vaak meer doelmatigheid impliceert. Ik geef toe dat het een beetje een kunstje is om iemand te citeren die het goed doet, maar Obama zei niet voor niets «saving lives and costs». Die twee hangen echt met elkaar samen. Als wij een houdbaarheidsagenda moeten invullen, is dit een van de missies voor de komende jaren. De heer Van Gerven vraagt hoe wij premiestijgingen kunnen voorkomen bij beleggingsverliezen. DNB ziet inderdaad toe op de solvabiliteit van verzekeraars. Beleggingsresultaten kunnen daarop van invloed zijn. In die zin kan premiestijging bij verkeerde beleggingen natuurlijk niet worden uitgesloten. Wij hebben geen signalen dat het op dit moment spaak loopt. DNB let op de solvabiliteit en houdt de vinger aan de pols, zeker in deze tijden.

De heer Van Gerven wijst ook op de Polen- en studentenconstructie, zoals hij dat noemt. Dit zou een aantasting van de solidariteit zijn. De NZa komt daarover over niet al te lange tijd met gegevens. Ik zal dat nauwgezet volgen. Ik ben het wel met de heer Van Gerven eens dat daar een potentieel risico ligt. Men gaat naar het maximale eigen risico van € 500 en daar komt de € 150 nog bij. Daarvoor krijgt men een reductie van de premie bovenop de 10% collectiviteitskorting. Zo differentieer je in de premie en trek je met name diegenen aan die het aandurven om het eigen risico te maximaliseren. Dat kan ertoe leiden dat je via een omweg een vorm van risicoselectie krijgt. Aangrijpingspunten voor ons om dat te verhinderen zijn niet vrij makkelijk te vinden. Je zit met een aanvullend pakket dat zich onttrekt, zeker gegeven de derde schaderichtlijn, aan overheidsinterventies. Ik zal er goed naar kijken. Als het echt een risico met zich meebrengt zou je kunnen denken aan een plafond voor het eigen risico. Daar kom ik eventueel later nog op terug. Het heeft in ieder geval mijn aandacht, want wij moeten geen loopholes krijgen die de solidariteit onder druk kunnen zetten.

De heer **Van Gerven** (SP): De polis bestaat op dit moment en leidt tot 30% verschil in premie voor eenzelfde pakket. De differentiatie zou eigenlijk maximaal 10% mogen zijn vanwege de collectiviteitskorting. Vindt de minister die 30% te veel? Is hij met de SP-fractie van mening dat het maximaal 10% zou moeten zijn? Er komt dus een onderzoek van de NZa. Is de minister bereid om de wet aan te passen om dit onmogelijk te maken? Nu is het nog gering, maar het kan natuurlijk massaal aangeboden worden. Als er een schaarpe over de dam is, volgen er wellicht meer.

Minister Klink: Wettelijk kan inderdaad 10% collectiviteitskorting worden gegeven. Het eigen risico is ook wettelijk. Dat hebben wij mogelijk gemaakt om op die manier meer verantwoordelijkheden en keuzemogelijkheden bij de verzekerden te leggen. Beiden zijn mogelijk en daarom kan die korting van 30% bestaan. Ik wacht eerst het onderzoek van de NZa af. Dan zullen wij zien hoe het zit, hoe de verspreiding is en hoeveel risicoselectie er echt uit voortvloeit. Dat wil ik wel eerst in beeld krijgen voordat ik actie zou ondernemen.

De heer Van Gerven had het over het eigen risico en de FKG's. Het CAK heeft 64 000 aanvragen ontvangen waarvan 85% ongegrond werd verklaard. Die afhandeling zet op zichzelf druk op het CAK, maar het is geen chaos bij het uitvoeren en afhandelen van de regeling. Dit geldt in ieder geval voor het CAK. Ik heb het niet over de onduidelijkheid die kan bestaan bij de mensen die denken dat zij ervoor in aanmerking komen. Van een chaos in de afhandeling is echter geen sprake.

De heer Van Gerven had het over de beroepsvaardigheden van artsen en apothekers die zouden worden beïnvloed door verzekeraars als je spreekt over – om het maar duur te zeggen – therapeutische substitutie. Als er medische noodzaak is om bepaalde medicijnen voor te schrijven, gaat dat voor. Met de regeling creëren wij de mogelijkheid voor verzekeraars om een bepaald geneesmiddel aan te wijzen dat therapeutisch gezien hetzelfde effect heeft en dat als voorkeursgeneesmiddel in de polis op te nemen. Het blijft voor de arts mogelijk om daarvan af te wijken.

Volgens de heer Zijlstra zijn de rekeningen niet inzichtelijk. Ik kom op die derde schaderichtlijn graag schriftelijk terug, want in algemene zin ben ik het met de heer Zijlstra eens dat een verzekerde die de rekening zelf onder ogen krijgt een bron is voor het opsporen van eventuele fraude. Ik zal hem voor het einde van het reces daarop een schriftelijke reactie geven.

Het experiment met het pgb loopt tot 1 januari 2010. De vraag was in hoeverre het zinvol is het experiment in zijn huidige vorm voort te zetten. De NZa geeft in haar rapport een aantal randvoorwaarden waaraan het pgb zou moeten voldoen. Er moet voldoende draagvlak, juiste en volledige informatie over de mogelijkheden die het experiment biedt en een geschikte doelgroep zijn. Daarnaast moet de gekozen vorm van zorg ruimte bieden voor innovatie en extra keuzemogelijkheden bieden bovenop het reguliere aanbod. Dat tegen de achtergrond van het feit dat wij nu al een restitutiepolis kennen, biedt niet zo heel veel kanshebbende mogelijkheden voor een pgb. Op dit moment zijn wij wel in overleg met Per Saldo om te bezien in hoeverre een experiment voortgezet kan worden en waar zich kansrijke mogelijkheden aandienen. Voor zover mijn informatie strekt, zit ook Per Saldo een beetje met de handen in het haar. Waar kan het nu eigenlijk binnen de Zorgverzekeringswet? De suggesties van mevrouw Wiegman zal ik dankbaar meenemen. Zeker als de AWBZ zijn diensten heeft bewezen en het naar de Zorgverzekeringswet gaat, zou je je bijna afvragen waarom het experiment niet daar wordt opgepakt. Ik neem het mee in het overleg met Per Saldo.

Wat betreft de grensarbeiders ben ik het eens met de heer Zijlstra. Het had alles te maken met de toenmalige Ziekenfondswet waarin mensen qua inkomen erboven zaten en voor een deel nog pensioen uit België kregen. Zo konden zij voor een geringe bijdrage via België verzekerd zijn. Dat wordt nu gecorrigeerd op grond van het feit dat wij nu geen Ziekenfondswet meer kennen, maar een Zorgverzekeringswet. Die correctie vindt nu inderdaad plaats.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat betekent dus dat de mensen niet een nadeel ondervinden ten opzichte van anderen, maar dat ze het voordeel dat zij hadden kwijt zijn.

Minister Klink: Ja. Voor de zeer geringe bijdrage die men in België betaalde, was men voor het volledige pakket in Nederland verzekerd

omdat men in die periode particulier verzekerd was. Het voordeel dat daaruit voortvloeide, zijn ze kwijt.

Tegen de heer Zijlstra zeg ik dat wij in het verlengde van de taskforce-Linschoten terugkomen op die criteria. Ik realiseer me heel goed dat wij dat echt gedegen moeten doen. Er is nu veel verwarring bij mensen die aanspraken hebben en misschien ook bij mensen die zich afvragen waarom zij een aanspraak hebben, zoals de vader van de heer Zijlstra. Die € 47 kreeg hij gewoon gestort, neem ik aan.

Dan kom ik op het programma Stoppen met roken. Jaarlijks sterven 19 000 mensen als gevolg van aan roken gerelateerde ziekten. Roken is een belangrijke oorzaak van de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaken. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat integraal stoppen middels een programma de meest effectieve manier is om rokers te laten stoppen. Het bestaat uit een combinatie van gedragsmatige begeleiding en farmacotherapeutische ondersteuning. Het CVZ heeft gewezen op de effectiviteit van het geheel en de kosteneffectiviteit. In die zin is het een waardevolle bijdrage voor het pakket dat één ding beoogt, namelijk de gezondheid dienen van de gemiddelde Nederlander. Een keer per kalenderjaar kan het programma Stoppen met roken voor rekening van de zorgverzekeraar worden gevolgd. Uiteraard moet het volgen wel zinvol zijn. Daar komt de arts in beeld. Als het niet zinvol wordt toegepast, moet de arts daarop toezien. Als de heer Zijlstra al tien keer is gestopt met roken, mag hij het niet nog een elfde keer op kosten van de gemeenschap proberen. Ik begrijp dat hij er echter op eigen kracht vanaf is gekomen en dat siert hem.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik ben er inmiddels zestien jaar vanaf. Dat is wel redelijk definitief. Ik heb inderdaad vijf pogingen gedaan. De VVD vindt ook dat stoppen met roken gezond is voor mensen. Daar gaat de discussie niet over. Het gaat over de vraag in hoeverre het opnemen van stoppen met roken in het basispakket het verwachte heil gaat brengen dat de minister en het CVZ verwachten. Waarom zouden mensen dat programma massaal gaan volgen? Vanwege de financiële prikkel? Dat lijkt mij niet, want de grootste financiële prikkel is het niet meer hoeven kopen van sigaretten. Dat levert een stuk meer op. Wat zijn de elementen die ervoor zorgen dat de rokende Nederlander gaat stoppen als je dat programma in het basispakket opneemt?

Minister **Klink**: Als u mij dat een halfjaar geleden onbevangen had gevraagd, had ik u even onbevangen gezegd dat ik dat ook niet weet, maar dat het CVZ daarvoor is. Zij kijkt naar de doelmatigheid en naar de kosteneffectiviteit. Daarin is natuurlijk wel meegenomen hoeveel mensen zouden meedoen en hoeveel kans van slagen het dan heeft. Daar zijn ongetwijfeld gezonde en goede ramingen van gemaakt. Daaruit blijkt dat het kosteneffectief is. Ik kan mij heel goed voorstellen dat je in de setting tegenover een arts, melding makend van vier mislukte pogingen om te stoppen, een zekere ondersteuning ervaart en dat zo'n setting een dwingend karakter krijgt. Dat zou net de laatste zet kunnen zijn om mensen ertoe te bewegen het stoppen met roken heel serieus te nemen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij kunnen hier een lange discussie over voeren, maar ik denk niet dat we het eens worden. Ik heb wel een verzoek aan de minister. Wil hij in het kader van de monitor die jaarlijks op de agenda staat bekijken of er sprake is van effectiviteit, zoals het CVZ die verwacht? Dit is het eerste preventieve programma dat in het basispakket wordt neergezet en deze discussie zal waarschijnlijk op een aantal andere gebieden ook plaatsvinden. Is de minister bereid dit als toetsingscriteria de komende tijd in de gaten te houden?

Minister **Klink**: Ja, voor zover dit niet al toegezegd was, zal ik dat zeker doen. Het is inderdaad de eerste keer dat er een stevig element op het gebied van preventie in het pakket komt. Het moet sowieso kosteneffectief zijn. Het CVZ zal dat ongetwijfeld in de herbeoordeling van het pakket meenemen. Ik zal het niet aan het toeval of de routine overlaten, maar erom vragen en de Kamer daarover berichten.

Tegen de heer Van der Veen zeg ik dat wij in het verlengde van de taskforce-Linschoten ook zullen kijken naar de differentiatie van de standaard dagdoseringen bij medicijngebruik en naar de selectie van de geneesmiddelen. Ik moet er wel bij aantekenen dat daar een kostenplaatje aan vastzit als er veel groepen bijkomen die meerjarig gebruik maken van farmaceutische geneesmiddelen die hen indiceren voor die € 47. Die afweging zullen wij integraal gaan maken. Laten wij ons eerst een beeld vormen in hoeverre de afbakening toereikend is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is goed dat dit in de commissie wordt meegenomen. Ik heb ook gevraagd of er gekeken wordt naar bepaalde ziekten die ontbreken, bijvoorbeeld nierziekten, reuma, spierziekten, kanker en zeldzame aandoeningen.

Minister **Klink**: In het verlengde van de taskforce zullen wij daar ook naar kijken. U krijgt een integraal beeld van ons over de mogelijkheden en onmogelijkheden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben natuurlijk dankbaar voor deze toezegging. Het is goed dat dit gebeurt. Het stelt mij echter wel geweldig teleur dat wij dit al voorzagen bij de wijziging van de Zorgverzekeringswet. Toen zijn er moties ingediend op al die punten van hulpmiddelen en de problemen bij afbakening. Nu zitten wij hier vandaag en doen wij dezelfde constatering. Opnieuw wordt er via een commissie naar gekeken. Ik had eigenlijk al wel wat resultaten verwacht, of in ieder geval wat noodverbanden om iets te doen met gegevens van de zorgverzekeraar. Het zou goed zijn als het CAK meer mogelijkheden zou hebben om meer inzicht te krijgen in de vraag om wie het gaat. Het CAK is slechts uitvoerend en is zeer beperkt in de mogelijkheden. Die zullen dan wellicht door de minister geboden kunnen worden.

Minister **Klink**: Zo stil hebben wij niet gezeten. Wij hebben gekeken naar de hulpmiddelen en naar mensen die in verpleeginrichtingen zaten en langdurig gebruik maakten van medicijnen. De categorieën zijn uitgebreid op basis van de debatten hier en in de Eerste Kamer. Parallel daaraan liep de discussie over de Wtcb. In de volle wetenschap dat daar in feite dezelfde vraagstukken naar voren zouden komen, hebben wij toen al bekeken in hoeverre dat opnieuw aanknopingspunten zou bieden. Toen is gezegd dat het geen harde aanknopingspunten zijn waarop je onderbouwd en wel een nieuwe regeling kunt enten. Daarom is die commissie in het kader van de Wtcb in het leven geroepen. Wij gaan daar natuurlijk wel heel serieus naar kijken. Maar wij hebben de afgelopen periode niet stilgezeten.

De heer **Van Gerven** (SP): Vorig jaar is een motie van mijn hand aangenomen over het compenseren met terugwerkende kracht. Die motie heeft de minister niet uitgevoerd om formeel juridische redenen. Het probleem is echter nog levensgroot. Mensen ervaren dat als bijzonder onrechtvaardig. Er zijn allerlei categorieën waarvan iedereen weet dat ze erin thuishoren, maar wij hebben niet het instrument om de compensatie te geven. Hoe gaat de minister dat tackelen? Stel dat je een bepaalde groep er over een halfjaar wel in onderbrengt waarvan met terugwerkende kracht duidelijk te constateren is dat ze er eigenlijk al eerder recht op

hadden. Hoe wordt die dan toch tegemoetgekomen? Het wordt namelijk als zeer onrechtvaardig ervaren. Verzin een list.

Minister **Klink**: Listen verzinnen als er juridische onmogelijkheden zijn, met name vanwege het feit dat de registratie onvoldoende was en de gegevens niet betrouwbaar en uniform zijn, is buitengewoon lastig. Dat heb ik ook schriftelijk weergegeven. Ik kan soms ook niet aan bepaalde werkelijkheden ontkomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dit is met alle goede bedoelingen ingesteld, maar wij constateren dat het vooral leidt tot onduidelijkheden en gevoelens van onrechtvaardigheid, niet alleen bij de chronisch zieken, maar ook als je principieel naar zo'n stelsel kijkt. Is het afschaffen van compensatie ook onderdeel van de onderzoeksopzet van de commissie-Linschoten?

Minister **Klink**: Wij gaan op verzoek van de Eerste Kamer in 2010 kijken naar het eigen risico als zodanig. Is het effectief? Hoeveel kosten staan daarnaast? Levert het wat op voor BKZ? Daarnaast gaan wij kijken naar een ophoging van het eigen risico, eventueel met inkomensafhankelijke elementen. De Eerste Kamer heeft daar uitdrukkelijk naar gevraagd. Dit om te bezien of er langs deze weg meer verantwoordelijkheid bij de zorgvrager gelegd kan worden om op den duur de houdbaarheid van het zorgstelsel in de benen te houden. Natuurlijk zal in het verlengde daarvan de vraag aan de orde zijn hoe effectief het middel zelf eigenlijk is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zou het toch mogelijk zijn, gelet op de mails die wij allemaal krijgen, bepaalde zaken naar voren te halen? Ik denk aan de dagdosering. Het onderzoek van die commissie lijkt me prima. Ik hoor het nu voor de eerste keer. Wellicht zijn wij er al een keer over geïntformeerd, maar ik zou het niet onplezierig vinden om daarover bericht te krijgen, met name omdat deze commissie bezig gaat met de zaken die ik net aan de orde heb gesteld. In de correspondentie met de burgers kan dat schelen. Wellicht kan de minister aangeven wanneer de commissie tot uitspraken komt.

Minister **Klink**: Voor zover mogelijk zal ik zaken naar voren halen. De commissie komt in november met resultaten. Daar zal de Kamer dan snel een kabinetsreactie op krijgen. Het in beeld brengen van de plekken waar de problematiek het grootst is – de heer Van der Veen noemde een aantal ziekten – vind ik geen enkel probleem en daarvan zal ik de Kamer in kennis stellen.

De heer Van der Veen vroeg naar de functionele bekostiging en voorzichtigheid. Ik ben het met hem eens dat voorzichtigheid geboden is. Tijdens het debat van vorige week wees ik al op de enorme gezondheidswinst die hiermee gemoeid is. Ik wil dat graag borgen via de bekostigingssystemen. Wij komen daarover in september te spreken op basis van de brief die morgen voorligt in de ministerraad. Dan is wat mij betreft ook aan de orde hoe breed wij het moeten trekken. Ik vind het geen enkel probleem om daar reëel met elkaar over te spreken. Het voornemen van het kabinet is – laat ik daar duidelijk over zijn – om op vier ketens in te steken, maar argumentaties van de Kamer en nadere afwegingen aan onze kant kunnen ertoe leiden dat het er drie of twee worden. In september krijgen wij daar nog een gesprek over en dan sta ik open voor uw argumenten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik vind het uitstekend om te horen dat wij het er in september in alle serieusheid over kunnen hebben. Het gaat niet alleen om de signalen die wij hier geven, maar ook om de signalen van organisaties. Er is een groot draagvlak voor die ontwikkeling en dat is

zelden in de gezondheidszorg aanwezig. Dat onderstreept nog eens: doe het met beleid en trouw. Over de winsten zijn we het eens; dat mag duidelijk zijn.

Minister **Klink**: De NZa wijst bijvoorbeeld op de zorgstandaarden die nodig zijn. Naar ons gevoel liggen er voldoende zorgstandaarden onder, maar daarover zullen we een open debat met een open uitkomst hebben. Ik denk dat ik inmiddels de vragen van mevrouw Wiegman ook in voor een groot gedeelte heb meegenomen. Op het preconceptieconsult wil ik graag in tweede termijn terugkomen. Datzelfde geldt voor een enkele opmerking over Per Saldo.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag over de reiskosten voor de dagbehandeling van PG-patiënten is blijven liggen.

Minister **Klink**: Daar kom ik ook in tweede termijn op terug.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag over de Sjögrenpatiënten en de kunsttranen is ook nog niet beantwoord.

Minister **Klink**: In elk geval leidt de wijziging van het uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn naar alleen uad verkrijgbaar zijn niet tot een wijziging in de vergoeding. Die blijft gelijk. Dan gaat het eigenlijk om het distributiekanaal en niet om de vraag in hoeverre dit geneesmiddel vergoed is of blijft. Ik denk dat ik hiermee tegemoet kom aan wat de heer Van Gerven beoogt, tenzij hij bezwaren maakt tegen het distributiekanaal dat gekozen wordt.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat over de vergoedingstatus. Als het naar uad gaat, wordt het een zelfzorggeneesmiddel en dat zit niet in het pakket. Fabrikanten hebben bezwaar gemaakt tegen het feit dat het uad wordt. Die discussie loopt. Als de minister toezegt dat het in het pakket blijft, is het probleem opgelost.

Minister **Klink**: Dat zei ik namelijk zo-even. Mocht het nu anders zijn, dan krijgt u schriftelijk bericht.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu gelegenheid voor de tweede termijn. De woordvoerders krijgen twee minuten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Wij kunnen constateren dat de Zorgverzekeringswet na drie jaar niet meer weg te denken valt. Wij zijn er al helemaal aan gewend. Ook in deze rapportage zijn wij bezig de zaken goed uit te diepen. Het CVZ is met van alles bezig en je ziet dat dit doorontwikkeld. Het is heel aardig om te zien dat er ruimte kan zijn. Zonder dat er meteen een financiële impuls is, kunnen wij toch een aantal zaken realiseren. Er hoeft niet meteen geld bij. Wij komen met de Zorgverzekeringswet steeds een stapje verder, ook al is er nog een boel te doen. Ik heb nog geen reactie gekregen op mijn opmerking over de motie Smilde/Van der Veen over het onderzoek naar de aanvullende verzekering en de risicoselectie. Hoe staat het met dat onderzoek? Aanvankelijk zei de minister dat dit niet kon vanwege de Europees rechtelijke zaak.

Minister **Klink**: Wij hebben het over het onderzoek van de NZa. Dat komt in november en kijkt met name naar de thematiek die de heer Van Gerven aanroerde en die parallel loopt met wat mevrouw Smilde in haar motie aansneed.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan is dat opgehelderd. Ik dank de minister voor zijn toezegging op mijn voorstel om met die afbakening aan te sluiten bij de commissie-Linschoten. De staatssecretaris bleef daar wat vaag over. Ik

denk dat het een goede zaak is. Ik begrijp het verschil, maar ik denk dat het de kortste klap is om zo snel mogelijk hieruit te komen, met de toevoeging die de minister gedaan heeft. Verder wacht ik op het antwoord op mijn vraag over de reiskostenvergoeding.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister dat hij het probleem wil onderkennen van de risicoselectie en de solidariteitsdiscussie met betrekking tot de Polen- en studentenpolis. Wij komen daar dus nog over te spreken. Ik hoop dat hij bij die discussie ook wil kijken naar het thema dat wij heel vaak aanroeren: de voorkruipzorg. Die discussie moet ook nog worden voortgezet. De SP zou dat er graag bij betrekken als wij toch over het NZa-rapport komen te spreken.

Wij hebben het uitgebreid gehad over het drama van het eigen risico. Er wordt ook naar de effectiviteit gekeken. Voor de SP-fractie is het helder: de administratieve lasten lopen in de orde van de 60 mln. Dat is net zo veel als het potentieel kan opleveren. Wat ons betreft schaffen wij het af. Dan hebben wij een hoop gewonnen.

Dan het stoppen met roken. Ik heb goed geluisterd naar het betoog van de heer Zijlstra. Ik vind het toch een rare kruistocht van de VVD tegen het stoppen met roken. Het is kortzichtig en selectief. De verslavingszorg heeft ook preventieve elementen in zich. Als het goed is stoppen mensen met drinken en dat levert ook geld op. Gaat de heer Zijlstra dat ook uit het pakket halen? Ik vind het heel erg selectief gedacht.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik ga op dat laatste meteen maar even door. Wij hopen dat het plan van de minister ontzettend succesvol zal zijn. Ik hoop dat ik ongelijk krijg, maar de VVD heeft grote bedenkingen bij de effectiviteit van deze maatregel. Volgens mij gaat het daarom. Wij denken dat het opnemen van het stoppen met roken in het basispakket niet tot een enorme toename van het aantal stoppers zal leiden. Dan is het naar onze mening niet kosteneffectief. De minister gaat het monitoren. Als over een paar jaar blijkt dat ik ongelijk heb, zal ik dat ruiterlijk erkennen en zal ik er blij mee zijn, want wij zijn het eens over het feit dat het goed is voor mensen om te stoppen met roken. Volgens mij moeten wij echter nooit een discussie uit de weg gaan over de vraag of iets effectief is of niet. Kennelijk wil de heer Van Gerven die discussie wel uit de weg gaan, ook gezien het feit dat hij ongeveer alles in het pakket wil houden, los van de discussies over de effectiviteit.

De heer **Van Gerven** (SP): U diskwalificeert met deze opmerking het onderzoek van het CVZ. Daar maak ik bezwaar tegen. Zij zegt dat het kosteneffectief is. Erken dat nou. Dan hoort het gewoon in het pakket.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil best een deal maken hoor. Als de heer Van Gerven nu zijn vertrouwen in het CVZ uitspreekt voor alle andere zaken waar hij net commentaar op had, doe ik het hiervoor. Hij kan de VVD verwijten dat zij op een bepaald onderdeel bedenkingen heeft bij het CVZ-advies. Dat is prima. Ik heb hem ook niet daarop aangevallen. Hij moet mij echter niet verwijten dat ik vind dat het CVZ op dit punt een steekje heeft laten vallen. Hij vindt dat bijvoorbeeld met de maagzuurremmers. Dat is zijn mening, maar ga niet selectief shoppen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is een verdraaiing van de feiten. De SP heeft geen bezwaren tegen het wetenschappelijk oordeel van het CVZ. Zij voegt daar een maatschappelijk oordeel aan toe – kan het voor eigen rekening komen? – en dat hoort bij de politiek te liggen, niet bij het CVZ. Dat is een duidelijk onderscheid dat wij maken. Dat moet je niet op een hoop gooien.

De heer **Zijlstra** (VVD): De commissie-Linschoten onderzoekt de effectiviteit van het eigen risico. De VVD is van mening dat het eigen risico aan de lage kant is. Wij zijn erg benieuwd wat daaruit gaat komen. Het is goed dat ook de compensatie wordt bekeken. Ik neem aan dat ook wordt bekeken wat het onderbrengen van de huisarts in het eigen risico met zich meebrengt. Ik ben wel in verwarring over de toezegging aan de Eerste Kamer. Voor zover ik weet ging die over een evaluatie van het eigen risico in 2010. Heeft de minister dit nu naar voren gehaald? Hoe zit dit precies? Wij geloven ondanks alle goede bedoelingen niet in deze regeling. Wij zien hetzelfde bij het mantelzorgcompliment. Met goede bedoelingen worden vooral heel veel frustraties opgebouwd bij mensen die denken dat zij ervoor in aanmerking komen en het dan toch niet krijgen. Hou daar een keer mee op.

Wij zijn verbaasd over de wanbetalers. Het is goed dat die wet eraan komt. Dat blijkt nodig te zijn. Ik heb de begroting en de indicatoren er nog eens bij gepakt. Daar zegt de minister dat het aantal wanbetalers elk jaar gelijk blijft. In 2011 moet dat een lichte daling gaan opleveren. In de monitor constateert de minister echter dat er een stijging van 16% is. Hoe kan het in de begroting gelijk blijven en in de monitor 16% stijgen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik ben met name tevreden over de toezegging op het gebied van de compensatie van het eigen risico. Ik zou willen benadrukken, gelet op alle ellende die chronisch zieken hiervan ondervinden, dit zo snel mogelijk te regelen. Ik ga ervan uit dat het advies van de commissie-Linschoten er in november is. Het zou mij heel wat waard zijn dat de zaken die door de CG-raad zijn geconstateerd volgend jaar opgelost zijn. Zojuist was de maatschappelijke relevantie van de adviezen van het CVZ aan de orde. Men heeft daar een adviescommissie voor het pakket. Ik heb vorig jaar toen dit aan de orde was, gezegd dat ik mij zorgen maakte over de grote invloed van de raad van bestuur van het CVZ in deze adviescommissie. Ik hoop dat ik nu goed begrepen heb dat de rol van de raad van bestuur in die adviescommissie voor het pakket vanwege eventuele belangenverstrengeling is teruggebracht.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ook van mijn kant dank voor de antwoorden. Ik zou nog wat na kunnen mopperen over enige traagheid rond de compensatie van het eigen risico, maar ik heb maar twee minuten en ik wil ook andere dingen noemen. Ik dank de minister voor de toezegging dat de commissie-Linschoten het een en ander gaat verduidelijken. Het is mijn diepe wens dat per 1 januari 2010 de dingen goed in beeld zijn gebracht en goed kunnen gaan lopen.

Wanneer krijg ik uitsluitel over het pgb in de Zorgverzekeringswet? Zou mijn suggestie een oplossing kunnen zijn voor de kinderspices en medisch kinderdagverblijven? De minister heeft gezegd dat hij in gesprek gaat met Per Saldo over een nieuwe vorm. Ik twijfel niet aan de creativiteit van Per Saldo, want ik geloof dat daar wel goede ideeën leven. Het zou echter ook goed zijn als de minister een gesprek voert met de zorgverzekeraars. Van die club zegt Per Saldo immers dat hij de hakken in het zand heeft gezet. Daar zal vooral wat moeten gebeuren.

Wellicht heeft de minister zojuist wat informatie gekregen over de preconceptiezorg. Ik wil hem helpen en verwijzen naar het debat van 9 oktober 2008. Toen heeft de minister gezegd: «Ik zal de betrokken beroepsgroepen en verenigingen vragen om die richtlijnen tijdig op te leveren, zodat het CVZ die tijdig kan meenemen in het advies waarover ik moet beslissen om het pakket 2010 vast te stellen. Ik zal de Kamer inlichten over de trajecten die wij daarbij lopen en de termijnen die dan gaan gelden. Als de richtlijnen dan nog niet binnen zijn, bekijken wij of het CVZ een zelfstandig traject kan inzetten, zodat dit wel meegenomen wordt bij de afwegingen

over de pakketbeslissingen.» Dit zijn heel duidelijke toezeggingen en ideeën die nu uitgewerkt hadden kunnen zijn. Graag krijg ik hierop een reactie.

Minister Klink: Voorzitter. Op het vervoer van psychiatrische patiënten naar de dagbehandeling waar mevrouw Smilde naar vroeg, kom ik schriftelijk terug. Ik zou een kort exposé kunnen geven over de verschillende categorieën en dat vervolgens uitsplitsen naar de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Vervolgens zou ik tot de conclusie komen dat voor deze patiënten ook in het verleden geen ruimte was binnen de Zorgverzekeringswet voor ziekenvervoer en dat dit nu ook niet zo is. Ik vrees echter dat ik daarmee niet helemaal tegemoet kom aan de groep die mevrouw Smilde bedoelt. Ik kom daar dus op terug en zal die groep goed afbakenen tegen de achtergrond van de hardheidsclausule rondom het ziekenvervoer. Ik zal de zorgverzekeraars betrekken bij het in kaart brengen en bij de beleidsmaatregel die wij al dan niet nemen. De heer Van Gerven wil de voorkruipzorg betrekken bij de discussie over de risicoselectie. Dat lijkt mij prima, ook tegen de achtergrond van wat de NZa eerder gemeld heeft. Als er een hoger tarief mee gemoeid is, mag het sowieso niet. De dbc-tarieven mogen niet opgeplust worden om voorrang te krijgen.

Dan kom ik op het eigen risico. De commissie-Linschoten kijkt naar de criteria die van toepassing zijn voor de Wtcb en de compensatie van chronisch zieken. In het verlengde daarvan nemen wij de afbakening van het eigen risico mee. In 2010 komen wij met een integraal stuk over het eigen risico als zodanig. Dan kijken wij in hoeverre het eigen risico opgehoogd moet worden en welke inkomenseffecten dat heeft. Ook kijken wij naar de eventuele inkomensafhankelijkheid die hiermee gemoeid kan zijn. Daarom vind ik dat je nu niet de huidige regeling moet muteren. Ik wil op zijn minst 2010 afwachten om te zien welke mogelijkheden eigen risico's bieden. Dat in kaart brengen gebeurt met name op verzoek van de PvdA-fractie in de Eerste Kamer. Dat doen wij in 2010. Tegen die achtergrond wil ik met de Kamer spreken over de zinvolheid van het eigen risico en de verbeteringen die op dat gebied mogelijk zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik hoop dat de minister ook de mogelijkheid van het afschaffen erbij betreft.

Minister Klink: De Eerste Kamer vroeg integraal naar het eigen risico en de effectiviteit ervan te kijken. Ik ben niet voornemens het eigen risico af te schaffen. Dat neemt niet weg dat het integraal wegen van de effectiviteit wel kan leiden tot bepaalde beleidsuitkomsten. Daarmee preludeer ik niet op een beslissing in die richting. Er zal ook een financieringsverschuiving plaatsvinden van niet-collectief naar collectief van 1,4 mld. Daar zitten dus ook budgettaire consequenties aan. Het heeft ook te maken met EMU-saldi.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat om solidariteit en om de vraag of het goed uitvoerbaar is. Op beide punten heeft de SP een andere visie. Het eigen risico past niet in de Nederlandse samenleving.

Minister Klink: Die opmerking is voor rekening van de heer Van Gerven. De heer Zijlstra sprak over de wanbetalers. In de monitor is gebruik gemaakt van de meest recente cijfers van het CBS. Die kunnen afwijken van de geraamde cijfers bij de begroting. Daar zit ook een afwijking in. De cijfers die ik in de verzekerdenmonitor noem, zijn het meest recent en het meest accuraat. Daarom is het belangrijk dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel dat wanbetaling zal moeten ondervangen, hopelijk snel zal aanvaarden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan is duidelijk dat wat de minister beoogd had geen groen vakje oplevert. Ziet de minister, buiten het wetsvoorstel dat in de pijplijn zit, nog andere mogelijkheden om hier effectief tegen op te treden?

Minister **Klink**: Het geeft des te meer de noodzaak van de nieuwe wet aan. Dan mogen mensen na één maand niet betaald te hebben niet meer weg bij hun verzekeraar. Zij raken dus niet onverzekerd. Na een periode van zes maanden niet betalen, komen zij in een bestuursrechtelijk regime en moeten zij de premie betalen. Dat wordt op hun inkomen ingehouden. Dat is heel belangrijk, want het loopt op.

Na het advies van de heer Linschoten gaan wij twee dingen bekijken: de groepen geneesmiddelen en de differentiatie rondom de dagdoseringen. Ik zal voor het einde van het reces inzicht geven in de plekken waar de grootste knelpunten zitten. De heer Van der Veen gaf al een aantal categorieën. Wij zullen dat mede doen op basis van de signalen die wij krijgen van het CAK. Dan komen wij daarover te spreken in november.

Over de adviescommissie en de rol van de raad van bestuur zijn wij in overleg met het CVZ. Mochten er uitkomsten zijn dan krijgt de Kamer die zo snel mogelijk te horen.

Wat betreft het preconceptieconsult is er nog geen consensus bij de beroepsgroepen over een richtlijn. Een dergelijk consult zou gebaseerd moeten zijn op een door de beroepsgroep gedragen richtlijn. Dat neemt niet weg dat mevrouw Wiegman mij een beetje verraste met de laatste zinsnede van de toezegging die ik ooit gedaan heb. Ik zou zelfstandig het CVZ om advies vragen als er geen richtlijn zou zijn. Ik laat nagaan of dat buiten mijn gezichtsveld gebeurd is en zal mevrouw Wiegman daarover berichten.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zal dit niet ongenadig afstraffen, want ik ben blij dat ernaar gekeken wordt. Binnen welke termijn gaat dit gebeuren? Kan dit nog voor 2010 geregeld worden of hebben wij voor dit jaar de boot gemist en moeten wij een jaar wachten? Dat zou ik ontzettend jammer vinden.

Minister **Klink**: Ik ga hier schriftelijk op reageren. Ik sluit niet uit dat het toch bij het CVZ is neergelegd, maar dat dit buiten mijn gezichtsveld is gebeurd. Dat hoop ik ook, want ook anderen moeten letten op de toezeggingen.

De kinderhospices zal ik zeker betrekken in de gesprekken met Per Saldo. Ik gaf al aan dat wat van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgaat en kansrijk bleek, wellicht ook kansrijk zal blijven.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het gaat mij niet alleen om de gesprekken met Per Saldo, maar ook om de gesprekken met de zorgverzekeraars. Ik denk dat vooral daar een stevige bottleneck zit.

Minister **Klink**: Ik doe die toezegging in de volle wetenschap dat u mij nog nauwgezet in de gaten gaat houden wat betreft toezeggingen.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik wil de woordvoerders bepalen bij het feit dat het uiteraard mogelijk is om een VAO aan te vragen, maar dat u dan op de wachtlijst komt. Er is een heel lange wachtlijst. Dat wilde ik zeggen voordat ik u vraag of u voornemens bent een VAO aan te vragen. Dan kan de griffie daar rekening mee houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, ik zou graag een VAO willen aankondigen.

De **voorzitter**: De SP-fractie vraagt een VAO aan en komt op de wachtlijst. Ik dank de minister voor zijn antwoorden, zijn ambtenaren voor hun steun daarbij, de woordvoerders voor hun inbreng en het gasten op de publieke tribune voor hun belangstelling.