

Vergaderjaar 2021–2022

35 905

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022

Nr. 12

VERSLAG VAN EEN WETGEVINGSOVERLEG

Vastgesteld 29 september 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 september 2021 overleg gevoerd met de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022 (Kamerstuk 35 905).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Krijger

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Agema, Den Haan, Hijink, Van den Hil, Paulusma en Westerveld,

en de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Ik open dit wetgevingsoverleg over de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022. We hebben bericht van verhindering ontvangen van de leden Bikker, Kuiken en Van den Berg. De fractie van GroenLinks zal mede namens de Partij van de Arbeid spreken. Ik heet van harte welkom mijn collega's mevrouw Westerveld van GroenLinks, mevrouw Paulusma van D66, mevrouw Van den Hil van de VVD, mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan en de heer Hijink van de SP. Ik heet van harte welkom de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bij dezen maak ik gebruik van de gelegenheid om de voormalig Minister Tamara van Ark van harte te bedanken voor al haar inzet. Om gezondheidsredenen zal zij niet meer terugkeren en dat vinden we als collega's natuurlijk allemaal enorm jammer.

Dit is het eerste commissiedebat in het nieuwe gebouw, de tijdelijke huisvesting B67. We zitten vandaag in de Max van der Stoelzaal. Ik heb verder geen mededelingen en daarom stel ik voor dat we van start gaan. Daartoe geef ik als eerste het woord aan mevrouw Westerveld namens GroenLinks.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Zoals u al aankondigde, spreek ik vandaag ook namens collega Kuiken van de PvdA.

Voorzitter. Het kabinet wil dit niet, maar dankzij de inzet van de hele Kamer komt het er toch van: de bevrozing van het eigen risico. Dat is hard nodig, want voor heel veel mensen is € 385 een enorm bedrag. Met name voor mensen met een chronische aandoening of een beperking is het gewoon heel erg veel geld om elk jaar kwijt te zijn. Boven op alle kosten die ze al maken, zijn zij dat eigen risico jaarlijks kwijt. Mijn collega's van de SP noemden dat heel erg vaak «een boete op ziek zijn» en daar kan ik het alleen maar mee eens zijn.

Voorzitter. Ik wil dan ook beginnen met het maken van een kanttekening bij de eerste alinea in de memorie van toelichting bij deze wet, want daar spreekt het kabinet uit dat de financiering in de zorg is gebaseerd op solidariteit. Maar hoe solidair is het om chronisch zieken structureel extra te laten betalen, terwijl ze er natuurlijk helemaal niets aan kunnen doen dat ze ziek zijn? Deze politieke discussie wordt al een tijd gevoerd in deze Kamer en ik hoop voor alle chronisch zieken dat er ooit een politieke meerderheid opstaat om hier een structurele oplossing voor te vinden.

Voorzitter. Ik wil in dit debat graag aandacht vragen voor een nieuwe boete die dit kabinet introduceert, een boete die het kabinet bovendien niet actief heeft gecommuniceerd aan de Tweede Kamer, maar die wel al per 1 januari ingaat. Dan heb ik het over de wachtlijstboete voor ggz-patiënten. Die wachtlijstboete voor ggz-patiënten is een drama voor duizenden Nederlanders, voor duizenden kwetsbare mensen die worstelen met mentale problemen en die soms al maanden of jaren wachten op hulp. Terwijl de wachtlijsten in de ggz nog steeds akelig lang zijn, worden zij nog eens extra gepakt door deze wachtlijstboete.

Per 1 januari gaan zo'n 100.000 mensen gemiddeld € 170 extra aan eigen risico betalen en voor sommigen loopt dit bedrag nog veel verder op. Doordat mensen zo lang op een wachtlijst staan, hebben deze mensen meer en langer zorg nodig. Als ze langer behandeld worden, dus over die jaargrens heengaan, moeten ze twee keer eigen risico betalen. Het is dus een boete omdat je op de wachtlijst stond. Ik vind dit volstrekt onacceptabel, want hiermee neemt de ongelijkheid tussen lichamelijke en geestelijke zorg alleen maar toe.

Voorzitter. Een voorbeeld. Als je een scooterongeluk krijgt, zoals laatst bij mij voor de deur gebeurde, dan is de ambulance er binnen een kwartier. Ik was echt onder de indruk van de snelheid waarmee hulpverleners toen handelden. Maar heb je suïcidale gedachten, dan kom je op een wachtlijst terecht. En als een kankerpatiënt in november met chemo's begint, dan hoeft hij niet in het volgende jaar bij de volgende chemo weer het eigen risico te betalen. Maar iemand die geestelijke gezondheidszorg krijgt, moet wel het eigen risico betalen als de behandeling na december doorloopt. Soms heb ik ook wel het idee dat het kabinet de ernst van het moeten leven met mentale problemen onderschat en ook de noodzaak om deze mensen te helpen.

Ik heb ze in mijn omgeving en ik heb ook heel vaak met deze mensen gesproken, bijvoorbeeld mensen die in een psychose zijn beland of mensen die op jonge leeftijd te maken kregen met seksueel misbruik en de rest van hun leven kampen met de gevolgen daarvan. Ik heb gesproken met mensen die vanwege hun angststoornis of hun depressie gewoon moeite hebben om naar school te gaan of moeite hebben om werk te vinden. Hulp krijgen kan voor deze mensen het verschil maken tussen meedoen in de samenleving of hun leven lang worden buitengesloten. Daarom moet deze hulp laagdrempelig zijn. Daarom ben ik bang voor de gevolgen als deze mensen onverwacht worden opgescheept met veel hogere zorgkosten.

Voorzitter. Het eigen risico wordt natuurlijk bevroren met het idee dat het volgende kabinet een keuze zal moeten maken over de toekomst van het eigen risico. Maar die wachtlijstboete valt niet te rijmen met de wens van de hele Kamer. Ik wil de Minister vragen hoeveel hij denkt met deze maatregel te besparen. Wij horen dat het om ongeveer 17 miljoen euro gaat. Klopt dat bedrag? Is de Minister het met ons eens dat dit weleens kan leiden tot zorgmijding? Graag een reactie.

Voorzitter. Dan kom ik op de manier waarop de wachtlijstboete is gecommuniceerd. Ik wil de Minister vragen waarom hier niet tijdig, helder en transparant over is gecommuniceerd naar de Kamer toe. Nu weten we eigenlijk alleen maar van deze problemen omdat MIND, de patiëntenvereniging, bij ons aan de bel trok, omdat zij hiervan afwisten. Deze Kamer kent GroenLinks als een politieke partij die altijd probeert om met oplossingen te komen, maar deze wachtlijstboete is een politieke keuze. Het is een keuze die we anders kunnen maken als de meerderheid van de Kamer dat wil. Daarom vraag ik de Minister of hij bereid is om die wachtlijstboete af te schaffen door ggz-patiënten uit te zonderen van het eigen risico wanneer een behandeling over de jaargrens heen gaat. Dat was mijn belangrijkste vraag en daarmee ben ik gekomen aan het einde van mijn bijdrage.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. We gaan nu luisteren naar mevrouw Paulusma. Zij spreekt namens D66.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Voor ons ligt een simpel wetsvoorstel, maar wel een wetsvoorstel dat voor mensen thuis, achter de voordeur, veel kan betekenen. Wij bevriezen namelijk het eigen risico voor 2022. Het blijft

staan op € 385 en de hele Kamer wil dit gelukkig. Mijn collega van GroenLinks refereerde daar ook al aan. Wij hebben dus over het wetsvoorstel zelf geen vragen meer. Dan zou je denken: waarover gaan we dan eigenlijk nog hier met elkaar in debat? Dat doen we, omdat wat mijn fractie betreft er veel speelt rond het eigen risico. Het blijft voor veel mensen namelijk een hoog bedrag. Chronisch zieke patiënten zijn er in januari vaak al doorheen en voor 2022 voorzien we problemen voor een specifieke groep mensen die gebruikmaakt van de ggz. Ik vraag mij daarom hardop af: wat is eigenlijk nog de toekomst van het eigen risico zoals wij het nu hebben ingericht?

Vooropstaat dat de zorg niet gratis is. Sterker nog, die wordt alleen maar duurder. In tegenstelling tot mijn collega van GroenLinks vind ik dat we trots mogen zijn dat we dit in Nederland eerlijk verdelen, dankzij hogere belastingen voor diegenen die het kunnen dragen en een zorgtoeslag voor diegenen die dat niet kunnen. Zo zorgen wij er samen voor dat de zorg betaalbaar blijft.

Maar een eigen risico van € 385 in één keer is voor veel mensen een te grote stap. Veel mensen met grotere zorgen dan de meesten van ons hier zullen kennen, hebben dit niet zomaar even op de plank liggen. Dat kan leiden tot zorgmijding. Als wijkverpleegkundige heb ik dat ook maar al te vaak gezien. Als je moet kiezen voor je eigen gezondheid of voor nieuwe schoenen en schoolspullen voor je kinderen, dan snap ik, als moeder, welke keuze mensen dan soms maken. Soms is deze zorgmijding niet erg, omdat klachten soms vanzelf overgaan, of omdat mensen net zo goed door de huisarts of de thuiszorg geholpen kunnen worden. Ook dat zag ik als wijkverpleegkundige. Maar als een ziekenhuisbezoek wel nodig is en je die € 385 niet kan missen, dan kan uitstel juist zorgen voor duurdere zorg. Daar komt aan de andere kant bij dat als je aan het begin van het jaar al je hele eigen risico kwijt bent, de drempel die wij met het eigen risico beogen er de rest van het jaar niet meer is. Kortom, wat is eigenlijk nog de toekomst van dit eigen risico?

Sommige politieke partijen zouden zeggen: laten we het afschaffen. Maar dat kost te veel geld. Wat D66 betreft hoeft dat ook niet, maar het moet wel anders. Het moet slimmer. We zijn voor een systeem waarin je een vast bedrag betaalt per behandeling in het ziekenhuis. Dat kan een bedrag zijn van € 90 of € 100 met een maximum van diezelfde € 385. Dat verlaagt de drempel per ziekenhuisbezoek aanzienlijk en geeft mensen vooraf duidelijkheid. Hiermee houden wij het stelsel ook solidair. Ik snap heel goed dat we dat vanmiddag niet een-twee-drie gaan regelen, maar het is wel waar D66 naartoe wil. Ik heb ook de brief gelezen...

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, meneer Hijink zou daar graag een vraag over willen stellen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nou, dat kan.

De heer **Hijink** (SP):

Ik bleef een beetje hangen op de opmerking: we kunnen het eigen risico niet afschaffen, want dan wordt het te duur. Ik zou mevrouw Paulusma willen vragen: is het eigen risico nou te duur, of moet je hier eerder spreken over een oneerlijke verdeling van de kosten, de lasten van de zorg? Want op zichzelf wordt de zorg alsnog betaald. Het eigen risico zorgt er alleen voor dat de kosten van de zorg betaald worden door de mensen die de pech hebben om ziek te zijn. Uiteindelijk, als je dat collectief zou financieren via de belastingen of de premies, gaat het niet om hogere of lagere bedragen, maar alleen om een andere verdeling van de kosten. Ik zou mevrouw Paulusma willen vragen of zij deze analyse deelt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het korte antwoord zou «nee» kunnen zijn, maar dat is misschien een beetje flauw. Ik denk dat het goed is om ons in deze discussie te realiseren dat de zorg vooral betaald wordt door premies, die we inkomensafhankelijk opbrengen. Ik geloof echt, ook als oud-wijkverpleegkundige, dat een drempel goed kan helpen. Niet elke buikpijn is immers ook meteen een tumor in je darmen. Niet elke gewrichtsklacht is meteen reden voor een nieuwe heup. Ik denk dat het goed is als je daar met een eigen risico een soort drempel voor inbouwt, maar als mensen het niet kunnen betalen en daardoor zorg uitstellen of problemen opstapelen, dan moeten we daar wat aan doen. Maar ik ben wel voor die drempel.

De heer **Hijink** (SP):

Hier spreekt zo veel wantrouwen uit, niet alleen richting patiënten, die blijkbaar voor een bloedneus meteen naar het ziekenhuis willen, maar ook richting zorgverleners en richting de huisarts, die wij altijd zien als de poortwachter tussen de zorg bij de huisarts en in het ziekenhuis. Natuurlijk gaan mensen met een gewrichtsprobleem niet meteen naar het ziekenhuis voor een nieuwe knie. Dat kan ook helemaal niet. Daar zit de huisarts nog altijd tussen. Dat is ook de rol van de huisarts. Het effect van wat D66 voorstelt, is alleen dat je uiteindelijk de lasten neerlegt bij de mensen die het vaak niet kunnen betalen. Dat zijn ouderen. Dat zijn chronisch zieken. Dat zijn mensen die er dus niet voor kiezen om ziek te worden en zorg nodig te hebben. Als mevrouw Paulusma aan de ene kant zegt «wij willen geen zorgmijding», dan past het niet om aan de andere kant te zeggen «er moet wel een drempel zijn, want anders gaan mensen voor niks naar de dokter». Die twee gaan niet samen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dit vraagt natuurlijk om een zeer uitvoerige reactie, maar die zal ik niet geven. Ik heb hier op geen enkele manier gezegd dat wij professionals wantrouwen. Ik denk namelijk dat huisartsen heel erg gebaat zijn bij het feit dat ze tijd hebben voor een goed gesprek en voor oplossingen die niet per se altijd zorggerelateerd zijn. Daar kan het eigen risico juist een enorm hulpmiddel voor zijn. Ik denk dat een deel van de mensen in de gezondheidszorg ook consumeert. U gaat daarop reageren. Daarmee zeg ik niet dat chronische patiënten en ouderen zorg gebruiken die helemaal niet nodig is, maar ik denk wel dat we in het stelsel de ruimte moeten hebben om soms te zeggen dat wachten ook een oplossing is, waarmee we soms dure zorg uitstellen. Dat is niet het straffen van chronisch zieken. Dat is met elkaar kijken hoe we het stelsel betaalbaar kunnen houden. Ik heb juist alle vertrouwen in de professionals, want die zorgen uiteindelijk ook nog dat we hetgeen we hier bedenken met elkaar kunnen uitvoeren. U zegt dat het een straf is, maar wij stellen voor dat we het eigen risico gaan opknippen – daar kom ik nu toe – want daarmee maken we het namelijk betaalbaar voor iedereen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, mevrouw Westerveld heeft hier ook nog een vraag over.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Net als de heer Hijink bleef ik ook hangen op een stukje tekst. Dat was het deel waarin mevrouw Paulusma het had over klachten die vanzelf overgaan. Dat kan natuurlijk voor een deel van de mensen gelden, maar als je bijvoorbeeld, zoals ik in mijn spreektekst ook al aangaf, in je jeugd een traumatische gebeurtenis hebt meegemaakt, dan heb je behandeling nodig om je leven juist weer op te kunnen starten. Dat is niet iets wat vanzelf overgaat. Sterker nog, doordat ze niet worden behandeld, ontwikkelen mensen vaak meerdere problemen en wordt het steeds

moeijker om hen te behandelen. Is ze het dan met me eens dat het oneerlijk, maar ook onwenselijk is als we straks mensen in de ggz twee keer het eigen risico laten betalen als een behandeling over de jaargrens heen gaat? Want daar hebben we het dan over. Zouden we dat niet moeten oplossen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is heel fijn, want ik kom daar nu toe in mijn woordvoering, dus wellicht bent u daarna ook tevreden met het antwoord. Voordat we de hele middag over frames praten: met «soms is wachten ook een oplossing» bedoel ik niet dat we klachten moeten bagatelliseren of mensen niet op de juiste manier moeten behandelen, maar dat geduld soms ook een geneesmiddel is.

Voorzitter. Ik zei net: laten we het opknippen, want dit geeft voor mensen vooraf duidelijkheid. Hiermee houden we ook het stelsel solidair. Ik heb de brief van de Nederlandse Zorgautoriteit gelezen. Ook die ziet mogelijkheden tot het opknippen van het eigen risico. Mijn vraag aan de Minister is dan ook: is de Minister bereid om een rondje te maken langs zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars om de variant van betalen per behandeling nader te verkennen en ook te onderzoeken wat deze variant in de toekomst zou kunnen betekenen voor de ggz? Want in de ggz gaan we over naar een nieuwe manier van betalen van zorgverleners. Er is heel hard aan gewerkt en iedereen, of bijna iedereen, wil dit ook. Alleen zijn er bij het eigen risico – daar gaat de vraag van mevrouw Westerveld ook over – niet alleen vraagtekens, maar ook zorgen, gezien de vele mails die ik ontving. Er zijn zorgen dat de patiënten voor dezelfde behandeling twee keer het eigen risico kwijt zijn. Met de lange wachttijden is er een reële kans dat je in december je intake hebt, maar dat je pas in februari geholpen wordt. Dan moet je dus twee keer € 385 betalen. Ik zag de antwoorden op onze vragen en ik snap dat verzekeraars hard gewerkt hebben om alles op tijd klaar te hebben. Er klinkt in de antwoorden ook door dat de Minister het erg vindt dat juist deze kwetsbare groep hierdoor financiële problemen kan krijgen, maar het leest vooral als: system says no. De Minister geeft zelf aan dat de groep te overzien is. Ik vraag daarom: hoe kunnen we ervoor zorgen dat we het eigen risico wel kunnen koppelen aan een behandeltraject, zodat mensen niet de dupe zijn door de lange wachttijden? Ik hoor ook hierop graag de reactie van de Minister. Dank u wel.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik ben heel blij met deze vraag van mevrouw Paulusma aan het kabinet, maar ik zou haar willen vragen hoe ze hiernaar kijkt. We hebben als Kamer met elkaar de motie van de SP ondersteund die uiteindelijk heeft geleid tot deze wet, dus wij kunnen ook als Kamer zorgen dat er een oplossing komt voor deze groep. Is zij bereid om daarover mee te denken? Is zij bereid om voor goede voorstellen te stemmen die met een oplossing komen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Wellicht is het korte antwoord dat ik uw mening deel dat we geen onderscheid moeten maken tussen dat wat we doen voor het fysieke en dat wat we doen voor het geestelijke. Wat we regelen voor alle andere vormen van zorg moet dus ook gelden voor de ggz. Maar ik heb nog een beetje de hoop dat de Minister vanmiddag met een hele creatieve oplossing komt om er wel voor te zorgen dat we deze overzichtelijke, kleine groep patiënten kunnen helpen en niet in deze financiële problemen laten komen.

De voorzitter:

Voordat we verdergaan zou ik willen voorstellen het aantal interrupties niet te beperken, omdat het een wetgevingsoverleg is. Maar de Minister heeft van tevoren wel aangegeven dat hij hierna nog andere verplichtingen heeft. Dus aan ons allemaal en ook aan de Minister doe ik het verzoek om het kort te houden, omdat we anders in de knel komen qua tijd. Mevrouw Van den Hil, aan u het woord.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen kabinetsperiode is het eigen risico bevroren op € 385. Wij denken dat dit vooral ook voor de middeninkomens die te maken krijgen met ziekte, van groot belang is. De VVD steunt daarom deze wetswijziging, die regelt dat het eigen risico voor 2022 ook wordt bevroren op € 385, nu er nog geen nieuw kabinet is. De VVD heeft ook van harte de eerdere motie die opriep tot het bevroren van het eigen risico voor 2022, ondersteund. Die motie is goed uitgewerkt in deze wetswijziging.

Voorzitter. Dit wetsvoorstel gaat natuurlijk over 2022. De VVD vindt dat het aan een nieuw kabinet is om te kijken naar de periode daarna. Maar laat ook helder zijn dat de VVD voorstander is van het bevroren van het eigen risico, zodat oplopende zorgkosten niet bij zieke mensen terechtkomen. Dat staat ook in ons verkiezingsprogramma. We willen wel kijken naar een betere manier van bekostiging in de zorg. Dan is het ook logisch om te kijken naar wat mensen zelf betalen, zoals het eigen risico. Dat betekent dat we ook moeten kijken naar de optie dat iedereen een eigen bijdrage betaalt per behandeling, met als maximum de hoogte van het eigen risico. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Hil. O, mevrouw Westerveld wil nog iets vragen naar aanleiding van de bijdrage van mevrouw Van den Hil. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

In mijn spreektekst vroeg ik, net als mevrouw Paulusma, aandacht voor het oneerlijke verschil dat er nu komt voor mensen met psychische problemen. Zij kunnen geconfronteerd worden met het twee keer betalen van het eigen risico: één keertje in december als je dan bijvoorbeeld een aantal behandelingen krijgt en vervolgens ook nog in het nieuwe jaar. Ik vraag me af hoe de VVD daarnaar kijkt. Is zij het met ons eens dat we dat verschil in ieder geval zouden moeten oplossen hier?

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Dat heeft natuurlijk vooral te maken met het nieuwe financieringsstuk, het zorgprestatie model, waar de Minister ook in oktober al de Kamer over heeft geïnformeerd. Ik wil wel even aangeven dat we dat dus hadden kunnen zien. Maar ik vind wel dat iedereen die zorg nodig heeft, die ook moet krijgen. De VVD vindt dat. Het zorgprestatie model bepaalt dat je het eigen risico betaalt in het jaar waarin de zorg geconsumeerd wordt. Het kan dus dat dat twee keer gebeurt. Echter, je moet ook wel zien dat die groep mogelijk ook klein is. Daar waar dit problemen oplevert, wordt het ook altijd gecompenseerd vanuit allerlei toeslagen. Dus ik zou voor nu, voor deze wetswijziging, vast willen houden aan dit. Laten we vooral van start gaan met het zorgprestatie model en kijken waar daar de risico's liggen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dat het gecompenseerd wordt door allerlei toeslagen, is natuurlijk onzin. Mensen krijgen soms toeslagen omdat hun inkomen laag is of omdat ze bijvoorbeeld ... Moet ik doorpraten of niet?

(Boorgeluiden)

De voorzitter:

Ja, mevrouw Westerveld. Ik denk dat het voor de mensen die op afstand meekijken niet te horen is, maar de verbouwing gaat hier nog steeds door kennelijk. Het trilt hier ook een beetje. Maar gaat u verder met uw vraag.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik zal tot de kern van de vraag komen. Ik wil aan de VVD vragen of zij het met ons eens is dat het hier gaat om een groep kwetsbare mensen, een groep mensen die wel vaker op wachtlijsten staat en soms al maanden of jaren moet wachten, en dat het oneerlijk is dat ze, als ze eindelijk aan de beurt zijn, aan het einde van het jaar, dan hun eigen risico kwijt zijn en vervolgens het volgende jaar ook weer, in januari. Is zij het met ons eens dat dit niet wenselijk is, dat dit oneerlijk is en dat de Kamer, liefst nog het kabinet, moet zorgen voor een oplossing daarvoor?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik denk dat het een heel kleine groep mensen is, want de groep ggz-patiënten met een chronische aandoening betaalt het nu ook al ieder jaar. Dus ik zou er vooral voor zijn om nu te bekijken welke groep het betreft als we van start gaan met het zorgprestatie-model. We moeten namelijk ook wel realistisch zijn. Ik noem mensen die op andere manieren ook al gebruikmaken van het eigen risico. Er staat ook heel duidelijk in de memorie van toelichting dat de duizenden mensen waarover gesproken wordt en die de NZa aangeeft, echt het maximum is. Iemand moet dus ook echt geen andere zorg geconsumeerd hebben op dat moment. In dat opzicht zou ik het vooral willen bekijken.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Het zou a niet moeten uitmaken om welke aantallen het gaat, maar het gaat ook niet om een klein aantal. En b, stel dat we dan toch de vergelijking met de somatische zorg maken. Op het moment dat mensen daar worden behandeld voor bijvoorbeeld kanker, betalen ze ook niet het jaar erop opnieuw het eigen risico voor dezelfde behandeling. Dat noemde ik ook al in mijn tekst. Dat staat nu wel te gebeuren in de ggz, als dit voorstel wordt doorgezet. Is mevrouw Van den Hil het met mij eens dat we op z'n minst ervoor moeten zorgen dat er niet zo'n oneerlijk onderscheid komt voor de mensen die een psychische in plaats van een lichamelijke chronische aandoening hebben?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Laten we vooropstellen dat elke ziekte gelijkgesteld wordt, welke ziekte je ook hebt. Dat vindt de VVD ook. Voor mij geldt het voor chronische aandoeningen, of dat nou een psychische aandoening of een lichamelijke aandoening is. Met name over die groep met een chronische aandoening heb ik het net al gehad. Daarvoor blijft het volgens mij gelijk. Het andere stuk zit met name in de zorgprestatiebekostiging. Dat benoemt mevrouw Westerveld ook. Daarvan hebben we met z'n allen gezegd dat wij dat graag willen. Dat wil het veld graag. Dat wil de politiek graag. Dat is met grote groepen opgezet. Ik zou alle andere dingen aan het nieuwe kabinet willen laten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb twee dingen. Ik zat ook deels op deze lijn. Ik heb daar lang over nagedacht. Toen dacht ik het volgende. Wat is het eigenlijk zuur dat je bij de ggz op een wachtlijst staat – dat is sowieso al een enorm probleem – en dat je dan je eigen risico kwijt bent aan wachten. Pas het jaar erop krijg je hulp en dan ben je nóg een keer je eigen risico kwijt. Ik snap uw verhaal helemaal wat betreft een behandeling in het ene jaar die doorgaat in het

andere jaar. Maar deze mensen betalen een eigen risico om te wachten. Dat voelt heel onrechtvaardig. Ten tweede is het een heel overzichtelijke groep. Dat ben ik ook met u eens. Dat is meteen waarom ik naar de Minister kijk. Ze staan op een wachtlijst. We weten wie het zijn. Als ik bij een reisorganisatie een reis kan boeken en als daar een vinkje kan staan dat ik de aanbetaling heb gedaan, dan kan dat ook voor patiënten in de ggz die op een wachtlijst staan. Dan zetten we daar een vinkje achter dat aangeeft dat zij hun eigen risico betaald hebben. Dan hoeven ze dat niet nog een keer te doen omdat ze nou eenmaal op een wachtlijst hebben gestaan.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik kan helemaal meevoelen in dat stuk. Ik vraag me wel het volgende af. Dit zijn dan de mensen die de intake hebben gehad. Ik denk dat we het over die groep hebben. Die mensen komen vervolgens op een wachtlijst. In het jaar erop volgt dan de behandeling. Volgens mij is daar in de memorie van toelichting wel aandacht voor geweest. Ik denk wel dat we goed moeten bekijken dat dit dan alleen de groep betreft die verder nog niks van het eigen risico verbruikt heeft. Dat zeg ik even ter verduidelijking.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Heel kort. Bent u het dan met mij eens dat het een heel overzichtelijke groep is waar de Minister wat aan zou kunnen doen?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik denk dat het een heel overzichtelijke groep is, maar dan zou ik aan de Minister willen vragen of dat ook uit valt te zoeken. We zitten met de AVG. Ik denk dat de Minister er vanzelf mee komt als dat een heel kleine groep is. In de memorie van toelichting is het niet aangegeven, want daarin is ook gevraagd naar een uitsplitsing. Ik zou dus wel goed moeten weten welke groepen het betreft en wie er helemaal geen gebruik van gemaakt hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U bent aan het einde van uw betoog gekomen, mevrouw Van den Hil? Dan gaan we naar mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Ik mag mijn inbreng ook doen namens mijn collega van DENK, de heer Kuzu, en mevrouw Van der Plas van BBB.

Voorzitter. Het niet verhogen van het eigen risico is een goede stap voor mensen die het financieel zwaar hebben, maar wat mij betreft is het nog niet genoeg. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat nog steeds 7% van de mensen zorg mijdt vanwege de kosten. Dat is minder dan een paar jaar geleden, maar dat zijn nog steeds 900.000 mensen die niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben, omdat ze de kosten daarvan niet kunnen dragen. Daarom zou ik graag zien dat het eigen risico eerst teruggaat naar € 200 en op lange termijn helemaal wordt afgeschaft.

En ja, de zorgkosten stijgen nog steeds doordat we allemaal ouder worden, door nieuwe behandeltechnieken en door de komst van nieuwe en vaak ook duurdere geneesmiddelen. Maar daarnaast zijn er ook voldoende voorbeelden te noemen die de zorg onnodig duur maken. Dan heb ik het over te sterke productieprikkelers in de bekostigingssystematiek, over de handshake-dbc's en over onnodige behandelingen. Ik denk dat er ook nog veel te winnen valt op het gebied van preventie. Het Preventieakkoord dat er nu ligt, is wat mij betreft vrij ambitieus. We moeten preventie echt gaan zien als een langetermijninvestering en niet als een kostenpost. Ik hoop echt dat het volgende kabinet niet gaat voor gewin op de korte termijn, maar een langetermijnvisie gaat ontwikkelen op hoe we

preventie kunnen inzetten om de zorgkosten te laten dalen. Ik hoop ook dat er ingezet gaat worden op het elimineren van perverse prikkels in de financiering van de zorg.

De Minister geeft in de memorie van toelichting aan dat het bevrozen van het eigen risico ervoor zorgt dat mensen geneigd zijn om meer zorg te gaan gebruiken, omdat de kosten lager blijven. Maar zoals ik net al zei, heeft het Nivel eerder onderzocht dat 7% van de mensen juist zorg mijdt vanwege de kosten. Hoe verhouden deze onderzoeken zich tot elkaar? Voorzitter. Ik wil, net als de collega's, ook nog even stilstaan bij het zorgprestatie-model in de ggz. Ongeveer 98.000 cliënten die zowel generalistische als specialistische ggz gebruiken, moeten hun behandeling betalen uit het eigen risico. Dat geldt niet alleen voor het jaar waarin hun behandeling start – dat hebben we net al gehoord – maar ook voor het jaar erna. Ik lees in de schriftelijke antwoorden die wij van de Minister hebben ontvangen dat hij niet denkt dat dit tot zorgmijding leidt, maar belangenverenigingen vrezen dat wel. Zij vrezen dat mensen zorg gaan uitstellen of de behandeling vroegtijdig stoppen om hun behandeltraject in één jaar te laten plaatsvinden, zodat ze maar één keer hun volledige eigen risico hoeven te betalen. Het gevolg is dat de klachten verergeren en dat de kans groter wordt dat ze langdurig uitvallen, bijvoorbeeld op hun werk, of dat ze niet meer kunnen studeren. Dit kan wat mij betreft echt niet de bedoeling zijn. Wat gaat de Minister doen als dit toch tot zorgmijding leidt?

Voorzitter, tot slot. Ik maak me samen met de fracties van DENK en BBB zorgen over de zorgpremies. De verwachting is dat deze verder gaan stijgen. In het licht van de koopkracht van mensen en het voorkomen van het vermijden van zorg wil ik de Minister vragen of hij ideeën heeft om de elk jaar stijgende premie van de zorgverzekering te voorkomen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is meneer Hijink van de SP aan het woord.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik denk dat het voor de meesten hier geen hele grote verrassing zal zijn dat wij deze wet uiteraard gaan steunen. Die is er gekomen mede naar aanleiding van een ingediende motie van de SP, de motie-Kwint cum suis. Die verzocht om het eigen risico ook voor het komende jaar te bevrozen. Voor ons is dat een belangrijke eerste stap, maar zoals u ziet, sta ik nog niet op de tafel te dansen. Het is voor ons een eerste stap, zodat het in ieder geval niet verder omhooggaat. Maar wat ons betreft moet het eigen risico verder omlaag, het liefst naar nul. Ik denk dat het belangrijk is dat dit gebeurt als je kijkt naar de grote problemen die het eigen risico veroorzaakt. Er zijn net al heel veel voorbeelden genoemd door de overige sprekers, zoals mensen die noodzakelijke zorg uitstellen en daardoor in grotere medische problemen komen. Huisartsen geven aan dat er mensen zijn die door het eigen risico hun noodzakelijke medicijnen niet ophalen. Waarom niet? Omdat die wel onder het eigen risico vallen. Ze gaan niet naar de specialist op het moment dat dat eigenlijk wel nodig is. Zelfs als het om beperkte groepen gaat, vinden wij het ten principale onacceptabel dat mensen door een hoger eigen risico niet de zorg krijgen die ze wel nodig hebben.

De ggz is al uitgebreid aan bod gekomen. Ik denk dat die exemplarisch is voor de ellende die het eigen risico kan aanrichten. Ik denk dat het wel degelijk zo is dat mensen die op een wachtlijst komen of dreigen te komen, alleen al om die reden niet de zorg krijgen die ze wel nodig hebben. Die stellen ze uit, waardoor ze misschien later zwaardere zorg nodig hebben of op andere manieren in de problemen komen. Ik vind ook echt dat de Minister en het kabinet op dit vlak met een oplossing moeten komen.

Nog beter dan een oplossing alleen voor de mensen die te maken hebben met de ggz zou natuurlijk zijn om het eigen risico voor iedereen af te schaffen. Dan heb je namelijk ook niet meer dit soort idiote discussies, waarbij wachtlijsten en een vinkje achter je naam gaan bepalen of jij wel of niet het eigen risico gaat betalen. Het is onzin. Laten we het voor iedereen afschaffen. Daarom hebben wij ook een amendement ingediend. Ik zag dat het nog niet is rondgedeeld, maar het is wel al in Parlis te vinden. Wij stellen voor: als we nu besluiten het voor het komende jaar te bevriezen, laten we voor het jaar daarna dan het eigen risico op nul zetten. Dan lossen we voor heel veel mensen veel problemen op.

Voorzitter. De Raad van State heeft nog wat noten gekraakt over dit voorstel. Die merkte ook op dat het bij de regering op dit moment eigenlijk ontbreekt aan een duidelijke visie op eigen betalingen in het algemeen. Het is niet duidelijk wat volgens het kabinet nu eigenlijk de toekomst zou moeten zijn van eigen betalingen, zeker als je het afzet tegen de enorme commerciële kosten die gemaakt worden in het huidige zorgstelsel. Kijk naar de winsten die worden gemaakt. Kijk naar de productieprikkels die in ons zorgstelsel zitten. Kijk bijvoorbeeld naar de medisch specialisten, die meer geld opstrijken dan strikt noodzakelijk is. Laten we nou eens kijken hoe op die manier heel veel geld verloren gaat in de zorg. Laten we kijken hoe we het geld daar beter kunnen benutten, hoe we de salarissen kunnen verhogen door de winsten aan te pakken. En laten we er dan eens mee ophouden om de rekening van de zorg neer te leggen bij de mensen die de pech hebben om ziek te worden. Dat is niet solidair, en de SP zal zich daartegen blijven verzetten. Ik hoop ook van harte op steun van de rest van de Kamer, niet alleen voor de motie van de afgelopen keer, maar ook voor het amendement dat vandaag voorligt – daar gaan we morgen mogelijk al over stemmen, en ik zou daar ook graag een hoofdelijke stemming over willen; ik zal maar vast waarschuwen – om ervoor te zorgen dat we dat eigen risico helemaal van tafel halen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan ga ik het voorzitterschap even overdragen aan mevrouw Westerveld, zodat ik de bijdrage namens mijn fractie kan leveren.

Voorzitter: Westerveld

De voorzitter:

Dan geef ik het woord aan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Veel is al gezegd, dus mijn bijdrage zal een hoop herhaling van zetten in zich hebben. Dit wetsvoorstel vloeit voort uit de met algemene stemmen aangenomen motie-Kwint c.s. om ook in 2022 het eigen risico op € 385 te handhaven. Het had dus een hamerstuk kunnen zijn. De hele Kamer heeft immers met deze bevriezing ingestemd. Zo ook wij, al is het bekend dat wij het eigen risico liever helemaal willen afschaffen. Wij zien het eigen risico als een blokkering van preventie. Het gaat er namelijk om dat als er echt iets aan de hand is, zoals een knobbeltje of druk op de borst, mensen zich niet laten doorverwijzen naar het ziekenhuis, alleen maar omdat dan het eigen risico gaat lopen. Dat we hier nu toch over spreken, komt door het neveneffect dat optreedt omdat de ggz per 2022 overgaat op een andere manier van bekostiging. Het nieuwe zorgprestatie-model heeft namelijk invloed op de betaling van het eigen risico voor ggz-patiënten. Bijna 100.000 patiënten krijgen naar schatting van de NZa te maken met een hoger eigen risico en moeten in 2022 in totaal ongeveer 17 miljoen euro extra ophoesten, € 172 per

persoon. Dat strookt natuurlijk totaal niet met de aangenomen motie. Die was immers ingegeven door de wens om de zorgkosten voor patiënten niet te laten stijgen. Met het principe dat de ggz nu ook jaarlijks het eigen risico moet gaan betalen, kunnen wij dus niet leven. Wij vinden dat het eigen risico in z'n geheel moet worden afgeschaft. Ondanks dat we natuurlijk vinden dat ggz-patiënten en patiënten in de reguliere ziekenhuiszorg gelijkwaardig betaald moeten worden, is dit natuurlijk een miskleun. Het kan niet zo zijn dat patiënten twee keer het eigen risico moeten gaan betalen – we hebben het al een aantal keren gehoord – omdat de facturering per 2022 wordt gewijzigd, zeker gezien de wachttijden in de ggz, waarbij er tussen het intakegesprek en de daadwerkelijke start van de behandeling maanden kunnen liggen. Kan de Minister hier een oplossing voor vinden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het voorzitterschap weer terug aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. De Minister heeft ongeveer een kwartier nodig om zich voor te bereiden op zijn eerste termijn. Ik stel voor dat we schorsen tot 14.25 uur.

De vergadering wordt van 14.05 uur tot 14.31 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de Minister voor zijn beantwoording in de eerste termijn.

Minister De Jonge:

Voorzitter, dank u wel. Allereerst wil ik er toch even bij stilstaan – zo begon u ook, voorzitter – dat ik hier zit omdat collega Tamara van Ark zich helaas om gezondheidsredenen heeft moeten terugtrekken. Dat vinden wij allemaal heel erg, maar voor haarzelf is het natuurlijk het allerergste. Wij wensen haar dus heel veel sterkte en hopen dat ze snel weer echt op de been is om weer onderdeel uit te kunnen maken van ons gezelschap. Dan twee. Dank in de richting van de Kamer omwille van de flexibiliteit die is betracht. Ik kon deze middag heel moeilijk vrijmaken, maar als u roept, dan kom ik natuurlijk. Maar dank dat het zo ingepast kon worden en dat u iets later wilde beginnen. De belofte om kort te zijn, ga ik proberen gestand te doen, voorzitter. Anders hoop ik dat u mij aanvuurt. Ik wil een aantal meer algemene vragen beantwoorden in het eerste blokje. Dan wil ik echt ingaan op de wet en op de andere systematiek die door een aantal fracties is benoemd. Dan wil ik ingaan op het effect voor de ggz, omdat daar misschien nog wel de meeste vragen over zijn gesteld. Dat is dan het derde blokje. Daarmee hoop ik dan alle vragen te hebben beantwoord.

Allereerst het meer algemene blokje. GroenLinks heeft gevraagd: is de manier waarop we in Nederland onze eigen betalingen hebben georganiseerd nou solidair? De SP heeft daar al wat langer de kwalificatie «een boete op ziek zijn» aan gekoppeld. Die hoor ik ook weleens terug bij andere fracties. Ik wil daarom toch beginnen met een paar vragen die daarop zien, omdat ik het toch echt anders zie. Politieke verschillen zijn natuurlijk bij uitstek aan de orde van de dag als het gaat om de betaling van zorg. Toch denk ik dat het goed is om het eventjes in een iets breder kader te plaatsen. Ten eerste betalen we in Nederland met z'n allen voor

de zorg. Het gros van de kosten voor de zorg wordt met elkaar opgebracht. Als je kijkt welk deel daadwerkelijk eigen betalingen betreft, dan zie je dat dat in Nederland zo'n 11% is. Dat is bijna het laagste percentage van alle OESO-landen. Er wordt een hele ranking gemaakt van alle landen die zijn aangesloten bij de OESO, dus bij de OECD. Nederland staat dan echt helemaal links in dat rijtje van een oplopend aantal eigen betalingen. België bijvoorbeeld ...

De voorzitter:

Er is niet gevraagd naar een internationale vergelijking met andere landen. Ik snap dat de Minister er even een paar woorden aan wil wijden en een inleiding wil maken, maar hier heeft niemand vragen over gesteld.

Minister De Jonge:

Ik noem het omdat wordt gezegd dat we het in Nederland niet solidair geregeld hebben en dat het een soort boete op ziek zijn is. Ik waag dat zeer ter discussie te stellen, omdat ik juist denk dat het percentage eigen betalingen in Nederland heel laag is. We hebben het juist zo geregeld dat als je gezond bent, je ook betaalt voor de mensen die ziek zijn, als je jong bent, je ook betaalt voor de mensen die oud zijn, en als je veel verdient, je ook meebetaalt aan de zorgkosten voor de mensen die weinig verdienen. We hebben eigenlijk een heel solidair betalingssysteem. In de afgelopen kabinetsperiode hebben we daarnaast juist heel erg veel gedaan om de stapeling van zorgkosten aan te pakken, waarbij een van de maatregelen de bevroering van het eigen risico betrof, naast de invoering van het abonnementstarief, de verlaging van de eigen bijdrage in de Wlz en de maximering van de kosten van geneesmiddelen. Kortom, we hebben juist heel veel maatregelen getroffen om de stapeling van zorgkosten aan te pakken. Een van die maatregelen is het bevroeren van het eigen risico. Dus hebben wij een solidair eigenbetalingensysteem? Ik zou durven zeggen van wel. Kun je het eigen risico zien als een boete op ziek zijn? Nee, dat denk ik echt niet, sowieso omdat het geen boete is, maar vooral omdat we met elkaar juist heel erg collectief bijdragen aan alle zorgkosten. Leiden eigen betalingen dan tot zorgmijden? Dat was een vraag van mevrouw Den Haan. Dat is juist heel erg afgenomen: van 16% zorgmijden in 2016 omwille van zorgkosten naar 7% in 2020. Daar heeft natuurlijk ook de aanpak van de stapeling van zorgkosten juist heel erg aan bijgedragen. Kortom, ik snap de politieke verschillen, maar er is alle reden om daar net iets anders tegen aan te kijken.

Voorzitter. Dan het tweede blokje, de wet zelf. De wet die op dit moment voorligt, is het resultaat van een Kamerbreed aangenomen motie, de motie van Peter Kwint; zijn naam zij geloofd en geprezen. Iedereen heeft die motie gesteund. Dat snap ik ook, want we hebben in de afgelopen jaren een bevroering van het eigen risico gehad. Omwille van het nog lopen van de formatie en het nog niet afgerond zijn van de formatie moet je natuurlijk niet willen dat het eigen risico opeens weer omhooggaat. Met hoeveel had het anders omhooggegaan? Waarschijnlijk met een euro of tien; daar zou je rekening mee moeten hebben gehouden. Het eigen risico wordt bevroren. Dat leidt bij een aantal fracties, onder andere bij D66 en de VVD en eigenlijk ook bij de SP en de PVV, tot de vraag of je dan überhaupt niet naar een andere systematiek toe zou moeten. De SP heeft daar een amendement voor ingediend. Dat heb ik nog niet gezien, maar zoals u daarover sprak, leidt dat tot een... O, ik hoor dat het amendement ergens hier bij mij op tafel ligt. Spannend! Ja, ik zie het. Dat zou leiden tot een eigen risico van nul euro, maar als je een eigen risico hebt van nul euro, is het punt natuurlijk dat de nominale premie dan stijgt, want dat geld moet natuurlijk wel ergens betaald worden. Per amendement geld wegtoveren kan niet; eigen betalingen wegtoveren kan niet. Ergens moet het dus wel worden betaald. Dat leidt in ons huidige stelsel dus tot een

stijging van de nominale premie. De vraag is dus of dat een gewenst effect is.

Zijn er eigenrisicosystemen of eigenbetalingssystemen die beter zijn dan wat we hebben? Zonder twijfel. Ik kan me ook zomaar voorstellen dat daar aan de formatietafel over wordt gesproken. Dat weet ik niet, want ik zit daar niet. Maar die keuzes moeten wel daar worden gemaakt, want dat zou echt over een stelselwijziging gaan. Wat je zou kunnen doen, is een eigen risico per verrichting. Dat is eigenlijk wat de VVD noemt en wat ook mevrouw Paulusma noemt. Dat is dus eigenlijk een eigen betaling per behandeling. Dat kan. Dat is echt een mogelijkheid en dat wordt bijvoorbeeld in België gedaan voor een aantal behandelingen. Daar wordt dat «remgeld» genoemd, een mooie Belgische benaming. Dat is echt denkbaar, als het geldt voor die behandelingen die ook te vermijden zijn. Want daar moet je dan natuurlijk wel goed naar kijken. Een afrekening per maand wordt ook wel genoemd. Dat voelt misschien ook ietsje eerlijker. Ook een afrekening per kwartaal wordt wel genoemd. Er zijn dus allerlei mogelijkheden voor, maar we hebben nu de eigenrisicosystematiek per kalenderjaar. Alle zorgkosten die zijn gemaakt per kalenderjaar, somatisch of psychisch – dat maakt eigenlijk niet uit – worden in dat kalenderjaar ook betrokken bij de afrekening van het eigen risico.

Kortom, alle ideeën om daaraan te willen sleutelen en daarvoor een andere systematiek op tafel te leggen, kan ik me voorstellen. In de techniek heeft collega Van Ark voor de zomer nog een brief gestuurd aan de Kamer waarin alle technische mogelijkheden zijn genoemd om met de eigenbetalingssystematiek om te gaan. Ik denk dat wij daar op dit moment geen keuze in kunnen maken. Dat zal echt aan de formatietafel moeten gebeuren als dat gewenst is.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma heeft een vraag, en u kunt ook uw appreciatie van het amendement geven.

Minister De Jonge:

Ik ontraad het.

De voorzitter:

De Minister ontraadt het amendement op stuk nr. 6 van de heer Hijink. Dan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik snap heel goed dat de keuze bij een volgend kabinet ligt, maar ik vroeg ook niet om een keuze. Ik vroeg of u een gesprek of een verkenning wilde. U heeft allemaal hele goede mensen op het departement lopen. Het is een beetje zonde als we tijd verspillen op dit belangrijke onderwerp.

Minister De Jonge:

Zeker, maar ik hecht eraan te benadrukken dat dat is gedaan. Die verkenning is gedaan met de NZa en die heeft u voor de zomer ontvangen. Daarin zijn eigenlijk alle opties naast elkaar gezet, met de voor- en nadelen erbij. Volgens mij is het dus technisch voldoende uitgewerkt en is het nu gewoon een kwestie van kiezen. Kies je de huidige eigenrisicosystematiek of er is reden om naar een andere eigenrisicosystematiek te gaan? Ik heb me in de verschillende verkiezingsprogramma's verdiept en ik meen dat de verschillende verkiezingsprogramma's daar ook echt keuzes in maken. Ik kan me dus echt voorstellen dat dit aan de formatietafel tot een goed gesprek leidt. De techniek, dus de uitwerking van de opties, is eigenlijk gedaan.

Dan blokje nummer drie, voorzitter, over de ggz en het eigen risico.

Daarover is gezegd dat door de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz het effect is bereikt dat een deel van de patiënten meer eigen risico gaat

betalen. Dat voelt niet helemaal eerlijk. Laat ik vooropstellen dat ik dat gevoel wel begrijp. Dit is ook eerder aan de orde geweest. Het was de eerste vraag van mevrouw Westerveld: waarom is de Kamer hier niet bij betrokken geweest? De Kamer is er wel bij betrokken geweest. Er zijn vragen gesteld in 2020, toen er sprake was van een nieuwe bekostigingssystematiek. Die is toen met een brief voorgehangen bij de Kamer, ik meen in oktober of november. Toen zijn er vanuit de Kamer ook vragen over gesteld dat er sprake zou zijn van een eigen risico; ik dacht door D66 en het CDA. Die vragen zijn ook beantwoord. Dat is natuurlijk ook niet helemaal onlogisch, want eigenlijk wordt de systematiek voor de ggz gelijkgetrokken met die van de rest van de zorg. Dus die verrekening per jaar gaat nu ook in de ggz plaatsvinden. Het gebeurt dus niet meer op een langjarige dbc, maar met een berekening op de zorgkosten die in enig jaar zijn gemaakt, en een betaling eigenlijk meer per verrichting dan over een heel langdurig dbc-traject.

Voor wie is dat nou een probleem? Ik denk namelijk dat we daar eerst naar moeten kijken. Voor wie zou dat een probleem kunnen opleveren?

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, u wilt interrumpen, maar ik stel voor dat we de Minister even zijn blokje laten afmaken en dat we daarna bij u komen voor de vragen.

Minister De Jonge:

Voor wie zou dat nou een probleem kunnen betekenen? Per jaar krijgen 1,1 miljoen mensen een ggz-behandeling. Voor maximaal 9%, hoewel dat niet helemaal uit te zoeken is volgens de NZa, zou dat kunnen betekenen dat er meer eigen risico betaald gaat worden. Dat zijn dus juist niet de patiënten die sowieso al veel zorgkosten maken. Die zijn het juist niet, want die maken ieder jaar hun eigen risico vol. Dat zijn de mensen die een ggz-behandeling hebben die over de jaargrens heen loopt, die niet veel zorgkosten maken maar die juist heel weinig zorgkosten maken, waardoor dit inderdaad in meerdere jaren kan drukken.

Hoezeer ik ook begrijp dat dit een vervelend bijeffect is van een overigens gewenste bekostigingssystematiek, waarvoor hele brede steun was in het veld, de vraag is of je iets kan veranderen aan die systematiek. Volgens mij is uw zoektocht daarop gericht. Dan zeg je dat je de mensen die nadeel ondervinden compenseert. Dat is eigenlijk niet goed te doen, omdat het zo onderdeel van de systematiek is dat je de afrekening per jaar doet dat je daar niet zomaar een uitzondering op kan maken bij de ggz.

Daar zou geen andere systematiek in te voeren zijn die dat ongedaan maakt of zo, behalve als je die hele nieuwe bekostigingssystematiek niet zou invoeren. Dat kan overigens nu niet meer besloten worden, want die trein rijdt. Dat zou trouwens ook door iedereen als zeer ongewenst worden ervaren, want die bekostigingssystematiek voeren we niet voor niks in. We wilden af van alle prikkelwerking in de oude systematiek, dus die nieuwe bekostigingssystematiek is volgens mij juist heel verstandig. En daar zit inderdaad dit neveneffect aan dat heel vervelend is.

GroenLinks zegt dat dit toch eigenlijk een wachtlijstboete is. Dat is het niet, want je betaalt niet voor wachten, maar je betaalt voor zorg die je hebt gehad in dit jaar en die je vervolgens ook volgend jaar hebt. Dat is dan niet meer één dbc, maar dat wordt verrekend. Dat heeft niet te maken met een wachtlijst; daar staat het echt los van.

Er zit helemaal geen opdracht om te besparen achter. Dat is helemaal niet het doel van deze hele operatie. Het doel is gewoon om een betere bekostigingssystematiek neer te zetten. Per prestatie, per behandeling, per verrichting et cetera in enig jaar wordt de eigen betaling in rekening gebracht. Er is geen financiële opdracht of wat dan ook. Het effect is inderdaad dat de opbrengst naar verwachting wat hoger zal zijn, maar daar is het niet voor bedoeld.

De VVD vroeg of uit te zoeken is wie dat dan zijn. Mevrouw Den Haan vroeg dat ook, volgens mij. Het punt is dat dit niet op voorhand vast te stellen is, omdat je dan de totale zorgkosten van iemand moet hebben. Verzekeraars zouden het achteraf wellicht kunnen zien. Dan moet je bekijken welke zorgconsumptie er nog meer heeft plaatsgevonden in datzelfde jaar. Dat zou een hele arbeidsintensieve operatie zijn die alleen maar achteraf zou kunnen plaatsvinden. Eigenlijk moet dan ook een inschatting worden gemaakt hoeveel men onder een andere systematiek zou hebben betaald. Dat lijkt mij een vrij ondoenlijke operatie. Dan is er nog één vraag, die meer als overig kan worden gezien. Die kan ik nog even doen, want dan hebben we echt het hele blokje gehad. Mevrouw Den Haan vraagt wat de Minister zou kunnen doen om de stijging van de nominale zorgpremie te voorkomen. Voor wie is dat echt een probleem? Met name voor mensen met een laag inkomen of een laag middeninkomen. U heeft gezien dat we in de afgelopen kabinetsperiode heel erg hebben ingezet op het drukken van de stapeling van zorgkosten. Ik denk dat dit een heel goed effect heeft gehad, juist voor die inkomensgroepen. Honderdduizenden huishoudens hebben daardoor minder zorgkosten hoeven te betalen. Ik denk dat dat heel erg goed is om te doen. De stijging van de nominale premie wordt overigens deels gecompenseerd via de zorgtoeslag. Ik denk dat die systematiek wel goed is. De echte zorg moet zitten in de stijging van de zorgkosten überhaupt en hoe je die drukt, maar dat is een veel te uitvoerig debat om even in het bestek van dit debat te kunnen hebben. U zegt terecht dat alle zorgkosten die je collectiviseert, uiteindelijk ook weer leiden tot een stijging van de nominale premie. Dat is inderdaad zo. Ook als wij vandaag zouden besluiten om het eigen risico helemaal te schrappen, wat we niet gaan doen, dan leidt dat natuurlijk tot een stijging van de nominale premie. Ergens moeten de zorgkosten toch betaald worden, tenzij je ze niet maakt. Dat is natuurlijk de echte kunst om uitgaven te drukken, maar dat is een ander debat, denk ik. Dit was het, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Westerveld en daarna nog mevrouw Paulusma. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

De Minister doet nu in de beantwoording eigenlijk net alsof de, zeg maar, zorg aan mensen met psychische problemen en de zorg aan mensen met lichamelijke problematiek gelijk worden gesteld in de behandeling. Afgelopen vrijdag kwam MIND met een aantal andere patiëntenverenigingen nog met een hele concrete casus, en die wil ik de Minister heel graag voorleggen. Ik zal het kort houden. Het gaat bijvoorbeeld over een student van 20 in Utrecht met een eigen risico, die een angststoornis heeft. In oktober 2021, zeggen zij, mag deze student beginnen met een traject. En vier gesprekken kosten al snel bijvoorbeeld € 500; daar ben je al snel aan. En vervolgens ben je natuurlijk niet na een paar gesprekken in één keer beter; vaak duren zaken als angststoornissen wel een tijdje. Dus het volgende jaar worden die gesprekken doorgetrokken. Deze persoon is dan wel degelijk twee keer eigen risico kwijt. En dat is een andere situatie dan als je bijvoorbeeld iemand hebt met een kankerbehandeling, die ook een traject volgt; die is één keer eigen risico kwijt. Daar zit wel een ongelijkheid in. En ondanks dat ik ook vind dat die zorgkosten voor iedereen omlaaggetrokken moeten worden, vind ik dit toch een oneerlijkheid in het systeem, en zou ik de Minister willen vragen hoe hij daarnaar kijkt.

Minister De Jonge:

Kijk, dat laatste, die kankerbehandeling, dat hangt er maar net van af. Dat kan ook in meerdere dbc's worden ondergebracht, dus dat hangt er maar net van af. En je hebt ook daar de beperking gehad van de lengte van de duur van de dbc's, ook juist om meer recht te doen aan die jaarlijkse systematiek van het eigen risico. Het voorbeeld dat u noemt is, denk ik, wel een treffend voorbeeld van hoe de eigenrisicosystematiek inderdaad kan werken, dus dat klopt. En dan zijn de zorgkosten inderdaad in meerdere jaren gemaakt, en daarmee is dus ook het eigen risico voor die zorgkosten in meerdere jaren gemaakt. Of dit daadwerkelijk leidt tot meer kosten voor iemand, hangt helemaal af van welke andere zorgkosten er nog meer worden betaald in dat jaar. Is dit dan een voorbeeld, zeg maar, waarmee uw kwalificatie van «wachtlijstboete» wordt geïllustreerd? Dat denk ik niet, want dat je even hebt moeten wachten totdat je je zorg kreeg – en veel mensen in de ggz moeten te lang wachten totdat ze zorg krijgen; daarover heeft u meerdere debatten gehad met collega Blokhuis – kan er ook toe leiden dat je toevalligerwijs, door het opschuiven van de start van je zorg, juist precies daar waar anders je behandeling over twee jaar zou zijn uitgesmeerd, die behandeling in één jaar hebt. Dus je betaalt niet voor wachten, je betaalt voor zorg, en die zorg kan inderdaad in meerdere jaren plaatsvinden, en dan wordt die opgeteld bij de andere zorg die is genoten in dat – tussen aanhalingstekens – «jaar», en dat leidt dan vervolgens tot de afrekening van het eigen risico. Dus dat klopt. Maar dat geldt ook voor de somatische zorg.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ja, dat hangt er natuurlijk inderdaad maar net van af welke dbc's zo'n cliënt ook krijgt. En in de ggz zijn dat natuurlijk heel vaak andere dbc's, waardoor ik echt wel snap dat het voorbeeld, die een-op-eenvergelijking, niet altijd opgaat. Maar het is natuurlijk wel zo dat hier wordt berekend dat gemiddeld ongeveer zo'n 100.000 mensen hierdoor meer zorgkosten gaan betalen, mensen die in de ggz zitten. Ik vroeg de Minister net: klopt het dat dit ongeveer een besparing van 17 miljoen oplevert? Volgens mij is dat moeilijk te ontkennen.

Minister De Jonge:

Nee, want dat is een getal dat volgens mij uit een berekening van de NZa komt, dus ik zal dat niet ontkennen. Maar toch even heel precies: waar het om gaat, is dat er een nieuwe bekostigingssystematiek is ingevoerd, die door iedereen gewenst is. Dit heeft een onbedoeld, en wel vervelend, neveneffect, namelijk dat er voor sommige patiënten met een psychiatrische aandoening meer eigen betaling, dus meer eigen risico, zal gaan gelden. Vervolgens moet je proberen in te schatten wie dat dan zijn en hoeveel dat er zijn. Nou, van de ruim 1,1 miljoen patiënten zijn dat er naar schatting van de NZa maximaal 100.000. Zijn dat de patiënten die heel veel zorg gebruiken, zijn dat de zware psychiatrische patiënten, hele kwetsbare mensen, de EPA-doelgroep et cetera? Nee, eigenlijk juist niet. Het zijn eigenlijk juist de mensen die vrijwel geen zorgkosten maken, maar wel nou net één behandeling hebben, waarbij die behandeling niet netjes in één kalenderjaar plaatsvindt, maar verspreid is over twee kalenderjaren. Die patiënten zouden die kosten twee keer aangeslagen krijgen op hun eigen risico. Wanneer hebben ze daar last van? Als ze verder eigenlijk vrij weinig zorgkosten maken, want anders loopt dat eigen risico sowieso al vol. Het is die groep. De vraag is of ik daar iets aan kan doen. Nou, eigenlijk niet zonder het bekostigingssysteem, dat we nou juist heel graag willen met elkaar, terug te draaien of on hold te zetten. Het is gewoon inherent aan die systematiek. Kan je er naar de toekomst toe iets aan doen? Ja, natuurlijk. Dat kan overigens niet overmorgen, maar je zou een nieuwe eigenrisicosystematiek in kunnen voeren. Dat kan. Sterker nog, heel veel partijen vinden dat daar veel voor te zeggen is. Het kabinet heeft

de technische opties uitgewerkt. Ik verwacht dat daar tijdens de formatie over wordt gesproken.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik wil nog graag een laatste vraag stellen, voorzitter. We hebben de groep die getroffen wordt redelijk in beeld. Het is eigenlijk een onbedoeld effect van de nieuwe bekostigingssystematiek. Is het dan niet simpel op te lossen door ggz-behandelingen buiten het eigen risico te plaatsen als men in het voorgaande jaar ook al behandelingen heeft gehad waardoor het eigen risico werd aangesproken? Zou dat niet een concrete oplossing kunnen zijn voor deze groep, waarbij je niet het hele bekostigingssysteem omver hoeft te halen?

Minister **De Jonge**:

Dat zou dan een bypass zijn voor de ggz met een meerjarige doorwerking. Dat zou zorgen voor een enorme administratieve belasting waarvan ik niet eens denk dat die uitvoerbaar is, als ik het zo hoor. Op deze manier zou je dus eigenlijk de hele eigenbijdragesystematiek wijzigen. Dat doen we ook niet voor de somatische zorg. Waarom zou je dat dan wel doen voor de psychiatrische zorg? Je wil juist dat die twee gelijkelijk worden behandeld. Dat zou toch eigenlijk juist heel raar zijn?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik haak nog even aan bij de collega van GroenLinks. Ik deel met de Minister dat we met dit zorgprestatie-model aan de gang moeten. De datum is dichtbij. Dat kunnen we dus ook niet stopzetten. U komt, net als ik, uit het lokaal openbaar bestuur. Soms zijn gemeenten weleens verrast door dat wat er in Den Haag wordt besloten. Dat is ook nu al mijn ervaring in deze korte periode. Zou het kunnen dat we gemeenten op voorhand iets beter informeren over deze overzichtelijke groep? Dan weten gemeenten als mensen in de knel komen of aan de bel trekken wat de aanleiding is en hoe ze deze mensen het beste kunnen helpen. Ze zijn vaak namelijk wel in beeld bij de sociale teams, waarvan u in Rotterdam volgens mij aan de wieg heeft gestaan. Kunnen we kijken of we kunnen samenwerken met het lokaal bestuur en of we deze mensen op die manier een vangnet kunnen bieden?

Minister **De Jonge**:

Allereerst sluit ik mij natuurlijk graag aan bij de hoge achting die u heeft van het lokaal bestuur en de mate waarin lokaal maatwerk kan worden geboden. Ik ga er hardop proberen achter te komen of ik snap wat u zegt en of dit inderdaad een klus is die je aan de gemeenten mag vragen te doen. Om wie gaat het nou? Wie zijn vaak in beeld bij de gemeenten? Dat zijn vaak cliënten van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, de OGGZ, zoals dak- en thuislozen, mensen die beschermd wonen of in de maatschappelijke opvang zitten en EPA-patiënten. Die patiënten uit de ggz zijn echt in beeld bij de gemeenten. Maar dat is nou net niet de groep waar het hier over gaat. De groep waar het hier over gaat, zijn mensen die relatief weinig zorgkosten hebben en die een singulier behandeltraject starten in, pak 'm beet, oktober en dat afronden in februari. Mevrouw Westerveld zegt: dan kan het dus zo zijn dat je eigen risico twee keer wordt aangeslagen. Dat klopt; dat is waar. Zijn dat mensen die hierdoor echt in de problemen gaan komen? Dat denk ik niet. Maar het is wel vervelend, want onder het oude bekostigingssysteem hadden ze minder eigen risico betaald dan ze onder het nieuwe bekostigingssysteem doen. De vraag is dus: kunnen we inderdaad met gemeenten afspreken dat zij die mensen toch in beeld hebben? Ik denk het eerlijk gezegd niet. Ik denk dat gemeenten tegen ons terugzeggen: we hebben deze mensen helemaal niet in beeld; deze mensen zijn bij ons niet bekend.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dit is dan denk ik de tweede keer dat de Minister mij anders begrijpt dan ik bedoel. Ik kom zo meteen namelijk ook op het tweede punt. Ik heb te lang in het bestuur van de VNG gezeten om te zeggen: laat de gemeenten dit maar oplossen. Maar ik ben eigenlijk met u aan het verkennen of we niet toch tot een oplossing kunnen komen voor deze groep, die misschien wél in de financiële problemen komt. Dan heb ik liever vooraf meer informatie gedeeld dan dat we achteraf met de handen in het haar zitten. Dan vind ik het niet genoeg als de Minister zegt: dat kan niet in het systeem, dus dit is wat er gaat gebeuren. Volgens mij zijn we allemaal creatief. Er is vast nog wel een andere manier te verzinnen dan te zeggen: dit is wat het is en dat is eigenlijk een beetje pech voor deze categorie die weinig zorgkosten maakt en niet in beeld is bij de gemeente.

Minister **De Jonge**:

Ik voel echt met mevrouw Paulusma mee. «System says no» of «het past niet in het systeem» krijg je bijna je strot niet uit. Dat zijn woorden die je het liefst niet gebruikt. Maar we hebben ons op het departement enorm zitten buigen over de vraag of we iets kunnen betekenen voor deze groep. Eigenlijk is het antwoord dat we dat niet kunnen zonder de bekostigings-systematiek te wijzigen – dat willen we niet – en niet zonder de eigenbijdragesystematiek te wijzigen, wat we pas kunnen doen bij de formatie, want op dat moment kun je echt tot een nieuwe eigenbijdragesystematiek komen. Het is heel moeilijk om te voorzien in de compensatie van een groep die je eigenlijk niet zo goed kent. Gemeenten hebben wel meer generieke mogelijkheden; ik herken wel wat u daarover zegt. Je hebt natuurlijk de gemeentelijke polis. In veel gemeentelijke polissen wordt het eigen risico überhaupt behoorlijk afgedekt. Die mogelijkheid hebben gemeenten vaak gekozen nadat de Wtcg en de Cer waren afge... afijn, u komt uit het lokaal bestuur en kent al die afkortingen. Gemeenten hebben daar dus mogelijkheden toe. Ze hebben daar heel mooie polissen voor afgesloten. Daar zit inderdaad vaak een dekking in voor het eigen risico. Dat is niet per se een oplossing voor deze groep, maar zou ook voor deze groep best een oplossing kunnen zijn naar de toekomst toe, niet voor dit jaar, maar in het overstapeseizoen voor het volgende jaar. Zo zijn er op maat wel weer dingen mogelijk. Alleen, ik kan deze groep niet met een schaarstje knippen en daar een oplossing voor bedenken. Wij hebben die oplossing in ieder geval niet kunnen bedenken. Als u daarvoor een idee heeft, kijk ik er graag naar, maar wij hebben het gewoon echt niet kunnen bedenken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik neem de uitnodiging van de Minister graag aan en kom er wellicht nog op terug. Er is nog een ander punt waarop de Minister wellicht wat anders hoorde dan ik zei. Ik weet dat er een verkenning is gedaan naar de varianten van het eigen risico. Daar verwees ik ook naar in mijn woordvoering. Ik verwees letterlijk naar de brief van de NZa. In die verkenning is de ggz alleen niet meegenomen. We zeggen nu toch met elkaar dat een aantal dingen niet kloppen in deze bekostigingssystematiek; we hebben het nu over één onderwerp daarvan. Kan de Minister niet alvast een verkenning starten naar hoe de ggz goed past in de varianten die al benoemd zijn? Daardoor komen we wellicht van het probleem af waar we nu al een hele tijd over praten. Dat is niet het doel van die verkenning, maar in die verkenning die we al gedaan hebben is de ggz niet meegenomen.

Minister **De Jonge**:

Oké. Dan zou het eigenlijk gaan over de vraag wat de betekenis zou zijn van de verschillende varianten voor de ggz-doelgroep. Dat is dan de achtergrond; ja, natuurlijk, dat kunnen we zeker doen. Zeker.

De voorzitter:

Zijn er nog andere vragen? Nee? Dan is de Minister gekomen aan het eind van zijn beantwoording in eerste termijn. Dat is echt een absoluut record.

Minister De Jonge:

Ik ben zelf ook verbaasd.

De voorzitter:

U heeft niet alleen de portefeuille van mevrouw Van Ark overgenomen, maar ook haar korte en bondige beantwoording. Ik kijk naar mijn collega's of er behoefte is aan een tweede termijn. Ik constateer dat dit het geval is. Ik schors voor drie minuutjes.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Dank u, voorzitter. Ik heb nog een opmerking over de opmerking van de Minister dat ons woord «wachtlIJstboete» niet zou kloppen. Wij doelen erop dat als je in de ggz zit en hulp nodig hebt, je dan vaak heel erg lang moet wachten. Dat brengt vaak weer problemen met zich mee, waardoor je ook weer langer in behandeling moet. Dat levert in dit nieuwe systeem voor die ggz-patiënten uiteindelijk extra zorgkosten op. Vandaar dat wij zeggen: dit is eigenlijk een extra boete op ziek zijn en op op die wachtlIJst staan, terwijl die ggz-patiënten daar natuurlijk helemaal niets aan kunnen doen.

Voorzitter. Ik heb daar ook een motie over.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er 100.000 mensen in de ggz op een wachtlIJst staan voor een behandeling;

constaterende dat ze hierdoor vaak meer en langer zorg nodig hebben;

constaterende dat mensen in de ggz nu twee keer eigen risico moeten gaan betalen als de behandeling over de jaargrens heen loopt, en deze patiënten daardoor eigenlijk een boete betalen voor hun plek op de wachtlIJst;

verzoekt de regering om de wachtlIJstboete af te schaffen door ggz-behandelingen buiten het eigen risico te plaatsen als de verzekerde in het voorgaande jaar ook ggz-behandelingen heeft gehad,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Westerveld.

Zij krijgt nr. 8 (35 905).

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter. Ik wil graag alleen nog even de toezegging checken. De communicatie had namelijk wellicht wat ruis op de lijn. Ik overwoog hierover namelijk een motie, maar de Minister gaf volgens mij aan dat de verkenning die voor de zomer heeft plaatsgevonden, nu ook voor de ggz toegepast gaat worden. Hij zei ook dat hij de NZa gaat vragen hier onderzoek naar te doen, zoals ook gedaan is in de verkenning in de brief die nu op tafel ligt. Dat wilde ik dus nog even checken. En als het antwoord daarop «nee» is, dien ik alsnog een motie in, als dat mag van de voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat is niet heel gebruikelijk. Dan kunt u die motie beter nu indienen en dan kunt u die later aanhouden of intrekken. Maar zal ik anders eerst even langs de collega's gaan?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, excuus.

De **voorzitter**:

Voordat we naar de Minister gaan, kom ik nog even bij u terug. Mevrouw Van den Hil?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Nee, voorzitter, dank je wel.

De **voorzitter**:

Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ook niet, voorzitter. Dank u.

De **voorzitter**:

Hijink ook niet en ikzelf ook niet. Mevrouw Paulusma, wilt u dat we even schorsen voordat u uw motie indient?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nee hoor. Ik kan de motie volgens mij nu voorlezen, en dan kan ik haar alsnog aanhouden als de Minister een reactie geeft...

De **voorzitter**:

Maar we hebben geen derde termijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

O, ja! Wat is dan nu wijs, vraag ik even voor de nieuwe mensen hier.

De **voorzitter**:

We kunnen even een paar minuutjes schorsen. Of heeft u de motie al bij zich?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, de motie ligt hier al.

De **voorzitter**:

Dan kunt u die indienen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

O, dat bedoelde ik! Ik kan die dus nu indienen en dan alsnog aanhouden?

De voorzitter:
Precies. Aan u het woord.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Oké. Dan dien ik, met uw goedkeuring, graag de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat een eigen risico van € 385 kan leiden tot onterechte zorgmijding;

overwegende dat zowel het Centraal Planbureau als de Nederlandse Zorgautoriteit een vast bedrag per behandeling als reëel alternatief zien voor het huidige eigen risico;

constaterende dat de ggz-sector met het zorgprestatie­model juist afstapt van behandeltrajecten;

verzoekt de regering in gesprek te gaan met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa en de ggz-sector hoe een eigen betaling met een vast bedrag per behandeling te realiseren is binnen het zorgprestatie­model, en de Kamer hier het eerste kwartaal van 2022 over te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:
Deze motie is voorgesteld door het lid Paulusma.
Zij krijgt nr. 9 (35 905).
Dank u wel. Wil de Minister nog schorsen?

Minister De Jonge:
Ik zou het wel fijn vinden om even de tekst van de motie van mevrouw Westerveld voor mij te hebben. Dat helpt in het becommentariëren, al heb ik goed opgelet, hoor.

De voorzitter:
De motie komt eraan.
Het woord is aan de Minister.

Minister De Jonge:
Twee moties. Ik doe die even op mijn geheugen. Dat is niet fotografisch, maar op zich nog wel redelijk functionerend. Ik denk dus dat er ik er wel uit kom.
Allereerst even over die wachtlijstboete. Kijk, ik ga wel mee met de observatie van mevrouw Westerveld – dat is volgens mij waarom we hier bij elkaar zitten – dat de nieuwe bekostigingssystematiek, in combinatie met de al geldende eigenrisicosystematiek, kan betekenen dat je zowel in het ene jaar als in het volgende jaar een eigen risico zult moeten betalen. Dat geldt voor het gros van de ggz-patiënten niet, maar voor een deel wel, namelijk voor het deel dat verder weinig zorgkosten heeft. Voor dat deel zou dat kunnen gelden. Daarover zijn we het eens. Dat is alleen niet goed oplosbaar; dat heb ik zojuist toegelicht. Mevrouw Westerveld maakt er een «wachtlijstboete» van. Daar ben ik het niet mee eens, sowieso vanwege het woord «boete», maar laten we die semantiek hier niet proberen uit te

vechten. Als je, toevallig, normaal een traject had dat in oktober begon maar in april eindigde en als dat traject pas in januari aanvangt doordat je eventjes op een wachtlijst hebt moeten staan, noem je het ook geen «wachtlijstbonus», denk ik. Dan is dit dus ook geen wachtlijstboete. Het is echt een term die niet beschrijft wat er in de werkelijkheid gebeurt. Daarom kan ik niet meegaan in die kwalificatie; die klopt gewoon echt niet.

Daarnaast is de vraag: is het op te lossen op de manier die u in deze motie voorstelt? Nee, dat is zo niet op te lossen. Daarmee is de motie onuitvoerbaar, dus ik ontraad haar.

Dan mevrouw Paulusma. Zij zei: zorg dat de verkenning die de NZa heeft gedaan ook van toepassing wordt op de ggz, leg de ggz-situatie tegen de verschillende handelingsopties voor het eigen risico aan en vraag dan eens aan de NZa wat de voor- en nadelen daarvan zouden zijn voor ggz-patiënten, want dat zou weleens wat anders uit kunnen pakken dan voor de somatische zorg. Dat vind ik heel interessant; dat ga ik doen. Ik denk dat het overigens niet eens zo veel werk is, want die opties zijn gewoon uitgewerkt, dus ik weet niet of ik er tot het eerste kwartaal van 2022 over hoeft te doen. Ik denk namelijk dat het wel in het laatste kwartaal van 2021 kan. Ik ga die vraag dus gewoon aan de NZa stellen.

De voorzitter:

Dank u wel. Een laatste vraag van mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Als het gaat om een woord, hebben we dat natuurlijk zo veranderd, maar ik zou de Minister het volgende willen vragen. Als we met elkaar constateren dat het gaat om een groep die het al moeilijk heeft en als we met elkaar aangeven dat we het onwenselijk vinden dat voor deze groep de zorgkosten stijgen, dan is het toch, ook voor onszelf, niet goed uit te leggen dat we zeggen «het is niet uitvoerbaar, want dan moeten we het systeem aanpassen en daarom doen we het niet»? Dan moeten we daar toch met elkaar, met een beetje creativiteit, een oplossing voor kunnen bedenken?

Minister De Jonge:

Maar als dat zo was, als die oplossing te bedenken zou zijn geweest, denkt u dan niet dat wij die al aan u hadden gemeld, of denkt u dan niet dat een van de fracties dan een amendement had ingediend waar die oplossing in vervat was? Ik denk dat het ongemakkelijke juist is dat hier inderdaad wel een probleem is, maar geen oplossing. Dat heb je weleens. Voor de toekomst kan het weer wel, want dan kun je de hele eigenbijdragesystematiek aanpassen; dat is denkbaar. Maar voor deze groep nu een uitzondering maken op het eigen risico kan niet, want dan moeten we de hele eigenrisicosystematiek wijzigen, nu nog eventjes. Dat is gewoon ondoenlijk. Ik denk dat we ook wel oog mogen hebben voor dingen die wel of niet uitvoerbaar zijn. Dit is echt niet uitvoerbaar, ook niet met een beetje creativiteit, zelfs niet met heel veel creativiteit, want we hebben onszelf natuurlijk ook aan de enkels ondersteboven gehouden, maar het is gewoon niet op te lossen.

De voorzitter:

U gaat er niet uit komen met de Minister, mevrouw Westerveld. U heeft al een heleboel interrupties aan dit vraagstuk gewijd, dus ik denk dat we het zo moeten laten. Zijn er nog toezeggingen? Nee. Wat is trouwens uw oordeel over de motie, Minister?

Minister De Jonge:

De motie op stuk nr. 9 kan ik aan het oordeel van de Kamer laten. Ik kan haar gewoon uitvoeren, dus het is aan mevrouw Paulusma of ze de motie wil handhaven.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik zal in ieder geval het dictum wijzigen, want er staat namelijk in dat de regering in gesprek moet. Het wordt dan: «verzoekt de regering om de NZa te laten onderzoeken». Daar heeft de Minister een toezegging op gedaan, dus die wijziging breng ik aan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zullen we de gewijzigde motie later ontvangen. De motie-Paulusma op stuk nr. 9 krijgt dus oordeel Kamer. De motie-Westerveld op stuk nr. 8 is ontraden. Het amendement-Hijink op stuk nr. 6 is ook ontraden.

De stemmingen over de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022 zullen morgen zijn. Ik dank de Minister voor zijn beantwoording in beide termijnen voor de verdediging van de wet. Ik dank mijn collega's voor hun inbreng, ik dank de Dienst Verslag en Redactie, de mensen die thuis hebben meegekeken, de bodes, de griffie en iedereen van de ondersteuning die hierbij vandaag aanwezig was.

Sluiting 15.12 uur.