

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 444

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 30 mei 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 april 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 maart 2013 houdende een reactie op het verzoek van het lid Leijten over de winstcijfers van zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 425);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 februari 2013 over de jaarrekeningen 2012 van ziekenhuizen (Kamerstuk 32 620, nr. 79);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 april 2013 over de positieve financiële resultaten van zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 430).**

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

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

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Neppérus, Leijten, Klever, Krol, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Bouwmeester, Van der Staaij en Anne Mulder,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 10.57 uur

De **voorzitter**: Goedemorgen. Aan de orde is het algemeen overleg over de winstcijfers van zorgverzekeraars. Ik heet de minister, haar ambtenaren en de Kamerleden welkom. We beginnen wat later, omdat de minister het afgelopen halfuur verplichtingen had in de plenaire zaal. De harde werkelijkheid is dat die altijd voorgaan. Omdat we nu minder tijd hebben, zal de spreektijd drie minuten bedragen. Eenieder mag twee interrupties plegen.

Het woord is allereerst aan mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik doe iets wat ik niet vaak doe: ik bedank de minister. Een bewindspersoon doet natuurlijk gewoon zijn of haar werk op het moment dat hij of zij informatie levert aan de Kamer, maar ik dank de minister toch voor de brief die zij gisteren heeft gestuurd over de winsten die gemaakt zijn door zorgverzekeraars. Ik weet namelijk dat dit gegevens zijn die men liever niet te snel openbaar maakt of naar het parlement stuurt, maar de minister heeft, gezien de planning van dit debat, toch gemeend om die winsten, de positieve resultaten of hoe je het noemen wilt, naar de Kamer te sturen. Ik vind dat heel prettig.

Uit de brief wordt duidelijk dat de zorgverzekeraars echt fors te hoge premies hebben vastgesteld. Ik stel de minister voor om de premies af te romen. In 2009 hadden de zorgverzekeraars ook een positief resultaat, van 1,1 miljard, maar in 2010 ging de premie toch gewoon omhoog. De belofte van de minister dat de premies omlaaggaan, hebben een garantie tot aan de deur van deze zaal. Ik wil graag dat zij wettelijke kaders maakt om de winsten af te romen. Dat wordt ook door de Partij van de Arbeid voorgesteld. Wanneer kan dat geregeld zijn?

Wat vindt de minister ervan dat in de jaarrekeningen onduidelijkheden zijn over de toerekening van kosten? Wat zijn acquisitiekosten precies? Er is een rapport verschenen van de VvAA waarin gewag wordt gemaakt van het feit dat daar wel heel erg veel onder gebracht wordt. Mogelijk is dit dus ook een post waarop je winst kunt laten weglekken. Wat vindt de minister ervan dat Achmea zelfs 80 miljoen «toelevering van geleverde diensten» heeft afgeroomd naar het grotere concern, dus niet de zorgtak? Is dit niet gewoon een verkapte winstuitkering? Dat mag toch niet volgens de wet?

Het gaat vandaag ook over de jaarrekeningen. De accountants hebben ons in december een brandbrief gestuurd waarin staat dat zij geen goedkeurende verklaring konden afgeven over de financiële verantwoording van ziekenhuizen. Er is met stoom en kokend water een soort van akkoord gekomen. Vindt de minister het nog steeds verstandig dat zij in één jaar de bekostiging zo heeft veranderd dat er enorm veel van het A- naar het B-segment is gegaan, er is overgeschakeld van dbc naar DOT en het macrobeheersinstrument is ingevoerd? Dat alles is vorig jaar gebeurd, waardoor de jaarrekeningen zo ontzettend ondoorzichtig worden dat zelfs ziekenhuisdirecteuren hun eigen resultatenrekeningen niet meer begrijpen. Ik stel voor dat er een financiële commissie in het leven wordt geroepen om te bekijken hoe de ziekenhuisfinanciering kan worden

vereenvoudigd, waardoor zij ook beter te verantwoorden is. Ik hoor graag de reactie van de minister hierop.

Ik wil nog een laatste opmerking maken. Ik heb gisteren in het debat over fraude aan de minister gevraagd waarom zij zorgverzekeraars zelf onderzoek heeft laten doen, al dan niet door een onafhankelijke commissie, naar inkoopfraude, malversaties en wat het dan ook is. De minister zei: het is nu niet aan de orde, want het staat morgen op de agenda. De minister heeft er nu over na kunnen denken. Welke ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt die zijn teruggedraaid omdat de commissie van mening was dat die eigenlijk niet door de beugel konden? In die afspraken is sprake van inkoopvoordeel en concurrentievervalsing. Ik wil namen en rugnummers. Welke zorgverzekeraars hebben dat gedaan en welke ziekenhuizen hebben dat aangeboden? Ik wil ook weten welke vijf zorgverzekeraars door de NZa op de vingers zijn getikt vanwege onjuiste jaarrekeningen. Ik wil namen en rugnummers. Dat is hard nodig.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Eigenlijk is dit een heuglijke dag, want de zorgverzekeraars hebben gedaan wat ze moeten doen: selectief zorg inkopen voor een scherpe prijs. Dat is wat de SP altijd heeft betoogd. Laat die zorgverzekeraars nu hun werk doen. Dan is er goed nieuws, en dan heeft de SP altijd wel weer wat te klagen. Het is nooit goed. Kan collega Leijten nu voor één keer de zorgverzekeraars een compliment maken voor het feit dat zij selectief zorg hebben ingekocht, zodat we een lagere premie kunnen krijgen? Of is ook dat te veel moeite?

Mevrouw **Leijten** (SP): De VVD legt mij min of meer in de mond dat ik het selectief inkopen van zorg goed zou vinden. Ik vind dat de zorg goed moet zijn. Anders moet je regelen dat de inspectie erbovenop zit om die zorg te verbeteren. Zorg moet beschikbaar zijn en moet niet in een concurrentie-model geleid worden. Wij denken op dat punt dus heel anders. Wij vinden het ook niet zo'n goed idee dat zorgverzekeraars private ondernemingen zijn die neigen naar positieve resultatenrekeningen. Ik noem dat gewoon winst. De heer Mulder weet dat wij het liefst willen dat de zorgverzekeraars publieke organisaties zijn, zodat we ze ook publiek kunnen aanspreken en te hoge winsten en een te hoge solvabiliteit ten goede kunnen laten komen aan de zorg. De heer Mulder vindt dat ik moet erkennen dat zorgverzekeraars soms iets goed doen. Ze hebben een rol gekregen die ze volgens de SP niet zouden moeten hebben. Er wordt te veel premie betaald. Wij vinden dat die terug moet vloeien naar de zorg. Ik hoop dat de VVD dat ook vindt en dat zij zal helpen met het maken van wettelijke kaders als dat niet gebeurt. Ik stel vast dat er jaar in jaar uit positieve resultatenrekeningen zijn geweest en er jaar in jaar geen premieverlaging heeft plaatsgevonden.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Het is echt heel jammer. We willen allemaal verspilling tegengaan en doelmatigheid creëren. Nu gebeurt dat, nu hebben we geld over en het is weer niet goed. Het is gewoon nooit goed bij de SP! Dat is jammer.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het probleem is dat wij geen geld over hebben, maar dat dat geld op de balansen van de zorgverzekeraars staat. De heer Mulder dreigt met nullijnen in de zorg, wat overigens nu van tafel schijnt te zijn. Hij wil de thuiszorg ontmantelen. De VVD zegt ieder jaar dat het eigen risico omhoog moet, omdat het de schuld van de patiënt is. We zien dat de buffers van de zorgverzekeraars almaar stijgen. Ik vind dat echt gewoon in tegenspraak met elkaar. Dat er soms misschien goed ingekocht wordt, is toch gewoon hun taak!

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Er heerst een totale financiële chaos in onze zorgsector. Wat mij verbaast, is dat dit niet is voorzien. Pas nadat de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants aan de bel heeft getrokken dat er geen goedgekeurde jaarrekeningen komen voor de ziekenhuizen, wordt opeens alles uit de kast gehaald om die cijfers alsnog rond te krijgen. En nog is het niet duidelijk of dit gaat lukken. Hoe kan het dat zorgverzekeraars ondanks die chaos bij ziekenhuizen hun jaarrekeningen wél op orde hebben? Ik vind de hele situatie zorgelijk en wil graag weten of de minister dit ook vindt en wat eraan gedaan wordt om dit in de toekomst te voorkomen. Hoe kunnen we tenslotte beleid maken en over kostenbeheersing en bezuinigingen praten als de cijfers niet kloppen? Ik wil ook graag de uitspraak van Hugo Keuzenkamp in herinnering brengen. Hij zei in de NRC van oktober vorig jaar «geen bestuurder van een ziekenhuis begrijpt zijn eigen jaarrekening». Wat vindt de minister daarvan? De overgang van ruim 30.000 dbc's naar 4.000 DOT's heeft het kennelijk vooralsnog eerder ingewikkelder dan eenvoudiger gemaakt. Misschien is het een idee dat de bestuurders op cursus gaan. Je bent immers nooit te oud om te leren. Daarmee kom ik op de aangenomen motie-Gerbrands over het invoeren van een bestuurderstoets in de zorg. Hoeveer is de minister daarmee? Maken de huidige problemen niet heel erg duidelijk dat die bestuurderstoets er echt zo snel mogelijk moet komen?

Ik kom te spreken over de winsten van de zorgverzekeraars. Deze winsten zijn flink gestegen. Het gaat in totaal om 1,4 miljard aan winst die niet gebruikt is voor het verlenen van goede zorg. Voor dit debat is het niet belangrijk waarom er zoveel winst is gemaakt, door minder zorggebruik of door lagere kosten van geneesmiddelen, het gaat erom wat er met die winst gedaan wordt. De zorgverzekeraars hebben de regie in ons zorgstelsel. Het is hun taak om de zorg beter en goedkoper te maken. Ik verwacht dan ook dat de zorg volgend jaar 1,4 miljard goedkoper wordt door een verlaging van de premie voor het basispakket. Dit is redelijk, omdat de zorgverzekeraars inmiddels grote reserves hebben opgebouwd die twee keer zo hoog zijn als door de Nederlandsche Bank geëist wordt. Kan de minister aangeven waarom de reserves zo hoog zijn? Achmea Zorg had in 2011 een reserve die vijf keer zo hoog was als vereist, terwijl de reserve van hun schadeverzekeringstak slechts twee keer zo hoog was als vereist. Lopen ze bij de zorg dan zoveel meer risico dan bij de schade? Ik maak tot slot nog een opmerking over de transparantie bij de zorgverzekeraars. Er is een rapport verschenen van de VvAA met als titel «Inzicht in geldstromen van zorgverzekeraars». De conclusie is dat dit inzicht ontbreekt. De zorgkosten worden niet juist weergegeven, er is onduidelijkheid over acquisitiekosten, over geld dat naar Zorgverzekeraars Nederland gaat, over skyboxen bij voetbalclubs et cetera. Is de minister bekend met dit rapport en, zo ja, wat is haar reactie daarop? Zorgverzekeraars voeren weliswaar de regie in ons zorgstelsel, maar de minister is eindverantwoordelijk voor het systeem. Hoe kan zij invulling geven aan die verantwoordelijkheid als zorgverzekeraars zo ondoorzichtig opereren? Ook hierop hoor ik graag een reactie.

De heer **Krol** (50PLUS): Voorzitter. Mijn excuses dat ik nog niet volledig ben ingevoerd op dit dossier. Ik zal misschien een aantal vragen stellen die al eerder zijn gesteld en waarop ik de antwoorden volgens anderen misschien wel zelf had moeten weten. Ik bied ook meteen mijn excuses aan voor het feit dat ik iets eerder weg moet.

Ik heb een aantal vragen. Is er enig zicht op de wijze waarop dit soort zaken in het buitenland is geregeld en, zo ja, kunnen wij daar lering uit trekken? Hoe zit het met nieuwe toetreders? Wij hebben het idee dat die het erg moeilijk krijgen als die ook diensten willen aanbieden. Lukt dat of lukt dat niet? Ik heb gelezen dat momenteel de beheerskosten op slechts

3,9% liggen. Ik snap het woordje «slechts» niet helemaal, want als je dat in harde cijfers uitrekent, is dat toch een enorm bedrag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Een doorsneegezin is € 11.000 per jaar aan zorg kwijt. Dat kan niet aan andere zaken zoals het huis, onderwijs of de oudedagsvoorziening uitgegeven worden. Daarom is elke verlaging van de zorgpremie een uitkomst. Het geeft gezinnen gewoon meer ademruimte. Het kan dus eigenlijk ook wel als een positieve ontwikkeling worden gezien dat zorgverzekeraars goed op het geld van de premiebetaler hebben gelet. Zij hebben hun taak goed uitgevoerd. Er is sprake van een positief resultaat, van een winst van 1,4 miljard. Het CDA vindt het logisch dat dit ook bij de premiebetaler terugkomt. Als we een snelle rekensom maken, met 13 miljoen verzekerden, betekent dit eigenlijk dat de premiebetaling voor een gezin met € 200 omlaag kan.

Het is echter ook goed nieuws voor de minister. Immers, als je die 1,4 miljard terug laat vloeien naar de premiebetaler, heeft dat tot gevolg dat de minister in het komend jaar enorm veel minder geld hoeft uit te geven aan de zorgtoeslag. Als we bedenken dat de ongeveer 6 miljoen mensen met een zorgtoeslag € 1.000 minder krijgen, dan hoeft de minister een bedrag van meer dan 500 miljoen niet meer te compenseren. Dat zou je aan andere zaken in de zorg kunnen besteden. Daarmee zouden we een groot deel van de vreselijke bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging kunnen terugdraaien. Een bedrag van 500 miljoen! Als we dat soort bezuinigingen met dit geld kunnen terugdraaien! Dat zou gezinnen pas echt helpen! Ik hoor graag een reactie op dit punt.

Ik heb de minister in Kassa horen zeggen dat het geld terug moet naar de premiebetaler. Het CDA is het daarmee eens. We vinden het echter ook belangrijk dat de minister het niet alleen bij woorden laat, maar dat er ook echt daden komen. Wat gaat de minister doen om ervoor te zorgen dat die 1,4 miljard ook bij de gezinnen en de premiebetalers terugkomt? Zij heeft een uitgebreide gereedschapskist, van een goed gesprek tot en met wet- en regelgeving. Ik hoor hierop graag een nadere reactie.

Er past ook wel een kanttekening bij dit positieve resultaat, bij deze winst. Het is opmerkelijk dat alle zorgverzekeraars in 2012 ten opzichte van 2011 gewoon in één jaar tijd hun winst kunnen verdrievoudigen. Alleen Microsoft krijgt meestal zo iets voor elkaar. Alle verzekeraars zijn er dus in geslaagd om eenzelfde soort prijsverlaging voor elkaar te krijgen, bij een gelijkblijvend aanbod. Een tweede punt daarbij is natuurlijk het punt van de Vereniging voor Arts en Auto. Uit dat onderzoek blijkt dat verzekeraars eigen kosten ten onrechte als zorgkosten presenteren, dat zij bijvoorbeeld de organisatiekosten aan zorgkosten toerekenen. Het verzoek van het CDA is of de minister de kartelwaakhonden NMa en NZa wil vragen of zij onderzoek willen doen naar het ontstaan van deze winst, maar ook naar de resultaten in het rapport. Dat zou goed zijn voor de verdere beleidsontwikkeling.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is niet voor het eerst dat zorgverzekeraars zo'n resultaat hebben. Ook in 2009 hadden ze een positief resultaat van 1,1 miljard. Dat zijn cijfers van het ministerie die in het najaar naar ons gestuurd zijn. Welke garantie heeft het CDA dat dit geld zal worden aangewend voor premieverlaging? Of zegt mevrouw Bruins Slot: minister, regel maar dat er wettelijke kaders komen, dan kunnen we het hoe dan ook afdwingen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die garantie heb ik nog niet. Dat is natuurlijk aan de minister. Mevrouw Leijten wijst er terecht op dat er in 2009 sprake was van een positief resultaat van 1,1 miljard. We weten in feite pas dit jaar echt wat de winstcijfers zijn, omdat de minister er vier jaar over heeft gedaan om de risicoverevening van de zorgverzekeraars voor elkaar te krijgen. We weten dus ook pas in 2016 wat de zorgverzeke-

raars voor resultaat over 2012 hebben bereikt. Dat is eigenlijk wel een punt waar we dieper in zouden moeten duiken. De ondoorzichtigheid van de uitgaven in de zorg wordt zo steeds groter.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag. Ik ben blij dat het CDA ook kritisch is over het toerekenen van allerlei kosten, zoals organisatiekosten en acquisitiekosten. We hebben het allemaal kunnen lezen in het rapport over de ondoorzichtigheid van de geldstromen van de zorgverzekeraars. Mijn vraag was: vindt mevrouw Bruins Slot dat de minister wettelijke kaders moet maken of niet? Of is het hier kritisch zijn en vervolgens niet te veel bijten?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Laten we vooropstellen dat de premie omlaag moet. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat de minister een enorme hoeveelheid gereedschap heeft om dit af te dwingen. Als het niet lukt met woorden, dan moet je uiteindelijk naar regelgeving kijken. Maar laat de minister eerst maar even aangeven welke instrumenten zij zelf wil inzetten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. De ziekenhuisbestuurder die gezegd heeft dat er niet één ziekenhuisbestuurder is die zijn eigen jaarrekening begrijpt, is door ons allen al geciteerd. We hebben het in Nederland kennelijk zo ingewikkeld ingericht dat zelfs de beste bestuurders en accountants van ons land er geen wijs uit worden. Accountants geven aan dat het onmogelijk is om de jaarrekeningen van ziekenhuizen te controleren en goed te keuren. Er is geen sprake van transparantie en van verantwoording van uitgaven en inkomsten. En als die verantwoording er is, dan is die onbetrouwbaar. Dit gaat niet om klein bier, het gaat om zo'n 18 miljard. We moeten de besteding van dat geld natuurlijk in kaart brengen, want dat zijn we verplicht aan premiebetalers en patiënten. Het is immers in hun belang dat elke euro ten goede komt aan kwalitatief goede zorg. We moeten hiermee ook niet te lang wachten, want als er onduidelijkheid blijft bestaan over de cijfers, wordt kostenbeheersing meer geluk dan wijsheid. Dat kunnen we niet hebben. We weten dat het niet niks is waar de ziekenhuizen mee te dealen hebben. Zij hebben te maken met grote systeemwijzigingen. Ik zal daar verder niet over uitweiden. We hebben een overheid nodig die duidelijkheid biedt over de regels. Nu is pas na alle commotie door de minister een handreiking verstuurd naar de instellingen, de verzekeraars en de accountants. Heeft de minister nu de indruk dat die handreiking ook iets oplevert? Leidt die bijvoorbeeld tot minder vragen? Aanvullend op de handreiking is er een platform gestart dat duidelijkheid moet bieden over het toepassen van de regels van de jaarverantwoording. Biedt dit nu voldoende informatie, zodat de meeste jaarrekeningen medio 2013 kunnen worden goedgekeurd? Wat gebeurt er eigenlijk als ze niet goedgekeurd worden? Wat zijn dan de consequenties? Is het bijvoorbeeld mogelijk dat banken hun geld terugvragen als de verantwoording ondermaats blijft?

Er is een transitiebedrag beschikbaar om de overgang naar het betalen op basis van prestaties voor individuele instellingen soepel te laten verlopen. Wat mij betreft, houden we die transitiefase zo kort mogelijk. Door de compensatie wordt de concurrentie geminimaliseerd, en dat zorgt alleen maar voor extra complexiteit van het systeem. Ik pleit derhalve voor een korte transitiefase. Kan de minister toezeggen dat het transitiemodel na 2013 niet wordt verlengd?

Ik kom te spreken over de jaarrekeningen. De minister moet nu verantwoordelijkheid nemen voor 2013. We moeten voorkomen dat het veld volgend jaar weer verdwaalt in een oerwoud aan regels en transitiebepalingen of dat andere sectoren als de ggz in dezelfde problemen komen.

Heeft de minister daarvoor een plan voor ogen? Wil zij bijvoorbeeld het informatieplatform ook voor de jaarrekening van 2013 in stand houden? Ik wil ten slotte nog ingaan op de winsten van de zorgverzekeraars. Ik sluit me aan bij iedereen die zegt dat de winsten terug moeten naar de premiebetaler. Het is goed dat de minister de zorgverzekeraars daarop aanspreekt. Wat zijn haar mogelijkheden? Tot hoever achter de komma kun je eigenlijk gaan als het gaat om vragen aan de zorgverzekeraars wat zij precies doen? Welke posten kun je allemaal inzichtelijk maken? Wat mij betreft, worden de winsten niet alleen aangewend voor een verlaging van de zorgpremie. Het geld moet terug naar de zorg. Zorgverzekeraars kunnen ook een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van substitutie, verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de huisarts, innovatie en preventie. Is de minister dat met D66 eens?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De zorg wordt collectief betaald en is daarmee van ons allemaal. Voor de Partij van de Arbeid staat de gezondheidswinst centraal. Een financiële winst die is gemaakt door zorgverzekeraars, moet aantoonbaar terugvloeien naar de premiebetaler. Wij zeggen de minister na dat afkomen van winst dus moet resulteren in een lagere premie.

Afgelopen jaar is 1,4 miljard aan winst gemaakt. Dat is goed nieuws voor de premiebetaler, want de premie is daardoor dit jaar verlaagd. We hopen op een zich voortzettende trend. De winst die is geboekt, is overigens bereikt door lagere geneesmiddelenprijzen en opbrengsten van beleggingen. Dat is allemaal prima, maar er is natuurlijk meer nodig.

Stel dat de zorgverzekeraars dit jaar meer gaan sturen, en uiteraard ook effect gaan bereiken, op gezondheidswinst en het tegengaan van fraude, verspilling en ondoelmatigheid zoals praktijkvariatie. Daarmee maken we de zorg beter en besparen we nog veel meer. Dan is er pas echt hard gewerkt. Maar dan moet de politiek ook zijn rug rechthouden als uiteindelijke keuzes worden gemaakt.

Ik heb een aantal vragen over de winst. Is de minister het met de Partij van de Arbeid eens dat het goed zou zijn indien de zorgverzekeraars eens per jaar publiek verantwoording afleggen over hun inzet, dus over een hogere kwaliteit, meer doelmatigheid en de behaalde doelen? Vindt zij ook dat dit op een gedetailleerde manier in de jaarverslagen terecht moet komen? Ik heb er een aantal doorgenomen, er staan mooie woorden in, maar de inhoud is vaag, algemeen en niet echt meetbaar. Wij vinden het ook noodzakelijk dat er verantwoording wordt afgelegd over de besteding van winst in brede zin, zodat meer inzichtelijk wordt welk deel teruggaat naar de premiebetaler en wat er eventueel gaat naar preventie, innovatie of de reserve. Minister, wij zeggen: laat de rekensom maar zien. Die kunnen wij immers ook niet zien.

Op welke manier kunnen de zorgverzekeraars geholpen worden om meer te sturen op kwaliteit, doelmatigheid en transparantie? Een aantal zorgverzekeraars is echt goed bezig. Die verdienen een compliment.

Andere verzekeraars hebben echter een steuntje in de rug nodig.

In 2011 hadden de zorgverzekeraars gezamenlijk bijna 7 miljoen aan solvabiliteit. Dat is omgerekend ongeveer € 580 per premiebetaler. Wat is nu de gewenste of de ideale solvabiliteitspercentage? Daar blijft discussie over bestaan. We willen niet dat ze omvallen maar we willen ook niet dat zorggeld onnodig op de plank blijft liggen. Hoe meer winst, hoe hoger de inkomens van de voorzitters van de zorgverzekeraars zijn of kunnen zijn. Hoe staat het met de code die hun inkomen aan banden zou moeten leggen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Bouwmeester stelt een terechte vraag over de solvabiliteitspercentages. Wat vindt zij zelf eigenlijk? Wat is de mening van de PvdA op dit punt? Hoeveel geld moeten de zorgverzekeraars in hun kas houden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij willen dat zo min mogelijk zorggeld op de plank blijft liggen. Je wilt dat geld immers aan zorg besteden. Maar je wilt ook dat er een reserve wordt opgebouwd. We moeten immers niet hebben dat er een zorgverzekeraar omvalt. We hebben er namelijk nog maar vier. Dan blijft er vrij weinig te kiezen over. Ik hoor derhalve graag een onderbouwing van de minister. Waarom kiezen we voor welk model in relatie tot de wet- en regelgeving die wij zelf hebben opgelegd aan de zorgverzekeraars? Ik maak dus nog geen keuze. Ik vraag informatie aan de minister. Als ik een antwoord van de minister heb gekregen, maak ik vervolgens in tweede termijn een keuze.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het uitgangspunt van de PvdA is dus dat het geld terug moet naar de zorg. Gaat dat geld dan terug naar de premiebetaler of gaat het alleen maar naar de zorg? Vindt mevrouw Bouwmeester dat de premiebetaler evenveel moet blijven betalen nu de zorgverzekeraar goed op het geld van de premiebetaler heeft gepast of moeten we nu de uitgaven in de zorg vergroten?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Zoals ik aan het begin van mijn betoog al zei: als winsten worden gemaakt, dan moeten die worden afgeroomd en moeten die teruggaan naar de premiebetaler. Wij vinden tegelijkertijd ook dat als geld wordt bespaard, dat ten goede kan komen aan gezondheidswinst. Dat heeft niet zozeer met winst te maken, maar meer met besparing, met het tegengaan van fraude, ondoelmatigheid en dat soort zaken. Dat geld kan dan worden besteed aan preventie en innovatie. Dat zijn heel belangrijke zaken om de kwaliteit op orde te brengen.

De **voorzitter**: Ik verzoek u om uw betoog te vervolgen. U hebt nog 25 seconden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een uitdaging! Ik kom te spreken over de ziekenhuisfinanciering. Er is al genoeg over de jaarrekeningen gezegd. Ze zijn niet inzichtelijk en de minister heeft maatregelen genomen. Kunnen we er nu van uitgaan dat de jaarrekeningen over 2013 zonder problemen en op tijd worden gepubliceerd? We hebben nu een pervers systeem: hoe meer je produceert, hoe meer winst je maakt. Wij willen van de minister weten welke stappen worden gezet op weg naar een gezond systeem, gericht op gezondheidswinst. Met andere woorden: hoe gaan we ervoor zorgen dat er wordt betaald voor gezondheid in plaats van ziekte?

Mijn allerlaatste vraag betreft het financieel toezicht in ziekenhuizen. Ik noem het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. We weten dat daar van alles mis is, onder andere met het toezicht op de financiën. Wat hebben we daarvan geleerd en hoe kunnen we het in de toekomst voorkomen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb met veel plezier de waarschuwing van de PvdA aan de zorgverzekeraars gehoord. Welke garantie heeft de PvdA dat dit keer, anders dan na 2009, de enorme winsten daadwerkelijk zullen worden aangewend voor een premieverlaging?

Of zeggen we: beste minister, bereid gewoon regelgeving voor, want een stok achter de deur helpt altijd? Welke garantie heeft de Partij van de Arbeid en zou het niet goed zijn om die regelgeving gewoon voor te bereiden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb het al eerder gezegd tegen de SP: bij de Partij van de Arbeid is het glas altijd halfvol. Wij gaan dus uit van positiviteit. Ik heb gezegd dat er een aantal dingen beter moet bij de zorgverzekeraars, maar dat er ook een aantal dingen goed is gegaan. Daarvoor verdienen ze een compliment. Wij zijn het erover eens dat een teveel aan winst terug moet vloeien naar de premiebetaler. Daarvoor

bestaat een aantal mogelijkheden. Wij vinden het in eerste instantie heel belangrijk dat zorgverzekeraars publiek verantwoording gaan afleggen. Zij moeten een jaarverslag opstellen waarin betekenisvolle gegevens staan. Wat was hun inzet, wat hebben ze bereikt, wat hebben ze met de winsten gedaan, hoe is dat aan de kwaliteit van de zorg ten goede gekomen en wat is er aan de premiebetaler ten goede gekomen? Laten ze het jaarverslag maar publiceren en laten we een open hoorzitting houden. In Engeland doen ze dat pittig en goed. Dat lijkt me fantastisch. Dan kunnen we vooral ook de dialoog met elkaar aangaan. Als de zorgverzekeraars zich publiek moeten verantwoorden, lijkt me dat een enorme stok achter de deur. Niemand wil immers uiteindelijk dat hij de «slechtste» zorgverzekeraar is. Dat is de tweede stap.

De **voorzitter**: Hoe lang wordt uw antwoord? U bent nu al ongeveer anderhalve minuut met een antwoord bezig.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het leven is niet altijd zo makkelijk als de SP het doet voorkomen. Die zegt: we maken een wet en het probleem is opgelost.

Ik zal mijn antwoord inkorten. De derde stap is de gereedschapskist van de minister. De minister heeft natuurlijk heel veel mogelijkheden om dit af te dwingen. De vierde stap is uiteindelijk wet- en regelgeving. Als we samen met de minister – het is eigenlijk haar verantwoordelijkheid – de zorgverzekeraars zover kunnen krijgen dat ze dat stapje harder lopen en we ze daar ook bij helpen als er pijnlijke keuzes zijn, moeten we daar eerst voor gaan. Want nogmaals, met draagvlak gaan we met zijn allen een stuk harder vooruit. Als je meteen wet- en regelgeving de lucht in gooit en zegt «ze willen niet, ze kunnen niet en ze doen het toch niet» lijkt me dat niet goed voor de patiënt en de premiebetaler.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een week voor de begroting stond er een grote kop in De Telegraaf dat de premie zou stijgen door het beleid van de minister. Op de dag van de begroting zei de heer Oomen van DSW: ik houd de premie gelijk, want we gaan onmaatschappelijk hoge winsten maken. Als DSW er niet was geweest, hadden we € 100 erop gekregen. Dan hadden de zorgverzekeraars met alle genoeg de regering de schuld gegeven. Ik vind het jammer dat de waarschuwing die de PvdA heeft afgegeven dat het desnoods met regelgeving moet, blijkbaar wat minder hard is. Ik stel voor om het instrument wel degelijk uit te breiden, zodat de minister kan zeggen dat het nu genoeg is met de winsten en dat die worden afgeroomd en ingezet voor de zorg en de premiebetaler. Volgens mij zeggen alle hier aanwezige partijen dat. Ik ga er dan ook van uit dat de minister dit gaat voorbereiden. De zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren alleen «premiestijging, premiestijging, premiestijging» en «vermogen opbouwen, vermogen opbouwen, vermogen opbouwen» laten zien.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wederom: het is niet goed of het deugt niet. Er is nu een belangrijke stap gezet. Daarvoor heb ik complimenten gegeven. Ik heb ook gezegd dat ik meer verwacht van de zorgverzekeraars. Ik heb een hele lijst met voorwaarden gesteld. Ik heb ook gezegd dat als het allemaal niet kan, er uiteraard wet- en regelgeving moet komen.

Bij de SP is het echter nooit genoeg. Er is nooit vertrouwen en er kan nooit met draagvlak aan de slag worden gegaan. Uw toon is ontzettend boos, terwijl iedereen het er volgens mij over eens is dat de premie terug moet naar de premiebetaler en dat Zorgverzekeraars Nederland namens de zorgverzekeraars heeft gezegd dat het geld teruggaat. Als de minister zegt dat het geld niet teruggaat, moet er zeker wet- en regelgeving komen. Ik heb gezegd dat stap 4 wet- en regelgeving is. Dat zeggen we dus en

daar staan we ook gewoon achter. Als je het nu sneller, beter en met draagvlak kunt bereiken, waarom dan gelijk dat geschreeuw van de SP en dat eeuwige negatieve? Ik word daar echt een beetje verdrietig van.

De voorzitter: Dat willen wij toch vermijden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Er past eigenlijk wel een meditatieve pauze na de laatste uitroep van mevrouw Bouwmeester. Niettemin zal ik mijn tekst uitspreken over de winsten van de zorgverzekeraars. Heel kort is mijn stelling dat een positief resultaat voor zorgverzekeraars winst is. Dat ik deze tekst uitspreek, betekent allereerst dat ik niet meega in het hele terminologische gedoe of je wel over winst mag spreken, omdat het allemaal bijzonder is. Dat is het, maar ik houd maar simpelweg de gangbare definitie aan. Als je opbrengst meer is dan je kosten, is dat winst. Vervolgens is de vraag, niet terminologisch maar inhoudelijk, hoe je ertegenaan kijkt als er sprake is van een zo fors positief resultaat, een zo grote winst. Ik ben daar dan blij mee. Ik vind dat winst, dus als waardeoordeel. Het betekent namelijk dat we niet allerlei premieverhogingen tegemoet hoeven te zien en dat willen we graag. Ik zou het slecht nieuws vinden als we juist geld tekort kwamen of als het maar krap aan was. Het is dus heel goed dat het zo gewerkt heeft dat er inderdaad een ruim positief resultaat beschikbaar is. Dat kan dus ook leiden tot een lagere premie, waarnaar we allemaal uitzien. We leven allemaal in moeilijke tijden, we hebben allemaal te maken met behoorlijke premies, dus hoe meer geld er terug kan naar de gezinnen, naar de mensen die de premies betalen, hoe uitstekender het is.

Je loopt dan wel aan tegen de vraag of dat dan ook zomaar kan en zomaar gebeurt. Er blijft natuurlijk heel wat geld in de buffer zitten. Als je je in de aangehouden reserves verdiept en je afvraagt of die eigenlijk wel allemaal nodig zijn, zie je dat dit te maken heeft met de eis van solvabiliteit. Je ziet dat er een wettelijke reserve-eis is van 11%. Zorgverzekeraars lopen natuurlijk behoorlijke risico's, dus het is logisch dat er een stevige eis is. Je kunt niet zeggen dat ze geen enkele buffer mogen aanhouden; dat zou onverstandig zijn. Begrijp ik echter goed dat er een wettelijke reserve-eis is van 11% en dat de Nederlandsche Bank daar nog eens anderhalf keer overheen gaat, en dat zorgverzekeraars vervolgens boven op die 150%-eis van de bank nog weer een extra veiligheidsmarge aanhouden? Leidt dat niet tot te grote buffers? Zou het niet verstandig zijn om ook eens na te denken over wat een maatschappelijk aanvaardbare buffer is? Ik hoor graag het oordeel van de minister hierover. Welke mogelijkheden heeft zij om verzekeraars die een te grote buffer aanhouden, aan te spreken om meer terug te geven in de vorm van lagere premies? Als we een wettelijke minimumeis hebben, moeten we dan ook niet een maximumeis hebben? Dat hoeft van mij niet per se in de wet te worden geregeld, maar er moet in ieder geval wel een duidelijke richtlijn zijn.

Ik kom te spreken over de ziekenhuisfinanciering en wat er mis was met de jaarrekeningen en de goedkeurende accountantsverklaringen. Het is een ingewikkeld verhaal. Ik wist ook niet of ik ernaar moest streven om het te willen begrijpen. Ik vond de volgende zin in de brief van de minister wel mooi: «Het geheel van bovengenoemde bekostigingswijzigingen, bestuurlijke afspraken en nieuwe contractering maakt 2012 een complex jaar». Dat vond ik een heldere zin, dat het allemaal wel erg complex was door een samenloop van van alles en nog wat. De vraag is dan wel of het allemaal niet erg lang heeft geduurd voordat helderheid werd geboden. Vroegtijdig was toch al duidelijk dat er de nodige mist hing. Is daar wel voldoende regie op gevoerd, ook naar de toekomst? Dat vind ik eigenlijk nog belangrijker.

De voorzitter: Tot slot.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Aan het einde van de brief staat dat er omstreeks 20 februari, dus een paar dagen na het verschijnen van deze brief van 15 februari, een zogenaamde NBA Alert zou komen. Dat houdt in dat de accountantsorganisatie de zorgsector laat weten wat er speelt. We hebben dat natuurlijk even nagekeken. Uit die NBA Alert blijkt dat heel wat individuele ziekenhuizen nog steeds geen goedkeuring zouden kunnen krijgen. Dat kan weer leiden tot hogere rentepercentages op leningen. Is aan die problematiek nu wel tegemoetgekomen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Toen de fractie van de Socialistische Partij dit debat aanvroeg, dacht ik: wat een bijzondere vorm van zelfkastijding. Wij praten namelijk over het succes van het stelsel. Verzekeraars slagen erin om geld over te houden. Daar kunnen we leuke dingen mee doen, zoals het laag houden van de premie zodat ons stelsel betaalbaar en daarmee solidair blijft. De SP weet wel waar het geld heen moet, maar heeft geen enkele bijdrage – behalve een negatieve dan – geleverd aan het realiseren van deze winsten door verzekeraars. Eigenlijk kun je het gedrag van de SP als volgt vergelijken. Een aantal mensen wil een feestje organiseren. De SP werkt dat hartgrondig tegen. Vervolgens komen er lekkere hapjes op tafel die de SP graag wil opeten, maar een bedankje kan er vervolgens niet eens af. Jammer!
Waar moeten we heen met de winsten van de zorgverzekeraars?

De **voorzitter**: Omdat dit enigszins uitlokking is, sta ik mevrouw Leijten een korte interruptie toe. Ik vraag de heer Mulder om ietsje minder uit te lokken

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik wilde net een compliment maken aan de SP ...

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Leijten heeft het woord.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het bijzonder dat de minister in het algemeen overleg heeft gezegd dat ze niet verwachtte dat het verhogen van het risico zou leiden tot het verhogen van de premie, omdat de solvabiliteit al zo ontzettend goed was. Toen heeft ze gezegd dat de zorgverzekeraars er zo goed voor staan dat we meer risico kunnen opleggen. Wat is nu een van de redenen van de hoge winst? Ik volg de heer Van der Staaij namelijk volledig in zijn uitleg. Het positieve resultaat is vooral de premieopslag. Ik vind het totaal onlogisch dat de premiebetaler altijd eerst moet betalen in plaats van dat wordt gekeken naar het vet op de botten. Dat zou de VVD ook moeten steunen. De minister deed dat wel in het algemeen overleg van 12 mei 2011, maar helaas deden de verzekeraars dat niet voor hun premie voor 2012.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik kom bij mijn complimenten aan de SP. De vraag is waar de winsten nu heen moeten. In dit soort algemeen overleggen doen wij altijd ons best om toezeggingen te ontlokken aan de minister. Ik heb een artikel uit Het Financieele Dagblad van deze week voor mij liggen. Daarboven stond «zorgpremie gaat omlaag». Daar weer boven stond in heel kleine letters «toezegging»; een toezegging dus van de zorgverzekeraars om de premie omlaag te brengen. Achmea zal dat doen, VGZ zal dat doen, CZ zal dat doen. Andere verzekeraars zullen dan wel volgen. Mevrouw Leijten zei namelijk iets heel slims. Zij zei dat als DSW er niet was geweest, de premie niet omlaag zou gaan. Zij begrijpt het element van concurrentie dus wel, alleen is de ideologie belangrijker dan het verstand. Het is interessant dat je het wel begrijpt, maar dat je toch je ideologie laat overheersen.

Voorzitter. We hebben dus geen regels nodig om de verzekeraars te prikkelen om dat geld terug te geven. Ze gaan dat vanzelf doen. De Kamer

moet de verzekeraar niet kapittelen, maar ervoor zorgen dat de verzekeraar verder in zijn rol komt. In de scan van de zorgverzekeringsmarkt zien we nog steeds dat er ziekenhuizen zijn die tot 30% meer kosten hebben dan andere ziekenhuizen. Daar is dus sprake van verspilling. Daar is sprake van te veel en te dure managementlagen. Zet die zorgverzekeraar in zijn rol zodat hij de verspilling in de managementlagen eruit kan drukken. Geef ze dus meer positie.

We hebben weleens een debat gehad over de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars. Je zou verwachten dat als er op de verzekeringsmarkt een winst te behalen is, dat leidt tot nieuwe toetreders. Kan de minister zeggen of deze winsten nu leiden tot nieuwe toetreders?

De vergadering wordt van 11.36 uur tot 11.51 uur geschorst.

De **voorzitter**: Als de interrupties kort en bondig zijn, sta ik er twee per fractie toe. Als het te lang gaat duren, gaan we terug naar één interruptie. Het woord is aan de minister voor haar antwoord in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het zijn positieve berichten, laten we wel zijn. De heer Van der Staaij heeft dat ook helder aangegeven. Ik bedenk mij dan wat voor debat wij zouden hebben gehad als de verzekeraars hadden laten weten wat hun verliezen dit jaar waren en hoe we dat dan zouden opvangen met elkaar. Het gaat er niet alleen om dat het winst is in plaats van verlies. Het gaat er ook om dat het systeem steeds beter werkt, dat iedereen zijn rol steeds beter oppakt. Wat dat betreft zit een verzekeraar natuurlijk wel in een lastige rol. Als een verzekeraar niets doet, zeggen wij hier met zijn allen datgene wat wij jaren hebben gezegd, ik niet uitgezonderd: ga eens in de benen, pak je rol op, koop selectief in, koop op kwaliteit in. Dan doet een verzekeraar dat en dan zegt iedereen: waar bemoeit die verzekeraar zich mee? Het is dus een lastige rol, maar hij wordt wel opgepakt. Iedereen pakt zijn rol op, want niet alleen de verzekeraars, maar ook de zorgaanbieders hebben hier natuurlijk een rol in, niet in de laatste plaats bij zaken zoals het preferentiebeleid. Dat beleid is hier ingezet en is gewoon succesvol. De kosten dalen ten opzichte van de raming. De premies dalen. Ook dit jaar is de premie lager vastgesteld dan de raming. Dat komt niet vaak voor, maar het is dit jaar wel gebeurd. De kwaliteit is goed. Mij stemt dat in ieder geval positief.

Natuurlijk zijn we er nog lang niet. We weten allemaal dat er nog een heleboel kan gebeuren op het gebied van betere zorginkoop, verspilling en praktijkvariatie. Gisteren spraken we met elkaar over fraude. We hebben allemaal dus nog hoge ambities maar als iets positief verloopt, mag je tot de constatering komen dat het beleid werkt. Ik vind dat een aangename gedachte. Een goed financieel resultaat is belangrijk voor elke financiële sector, dus ook voor de zorgverzekeringssector. Daarmee hebben de verzekerden de garantie dat zorgverzekeraars hun zorgplicht kunnen blijven nakomen. Tegelijkertijd benadruk ik dat het maatschappelijk draagvlak voor ons stelsel van ons verlangt dat we er alles aan doen om de zorg betaalbaar te houden. De kwaliteit zit goed en dat moeten we zo houden, maar de betaalbaarheid is echt speerpunt nr. 1. Dit houdt in dat zorgverzekeraars transparant zijn over hun winsten en, nog belangrijker, dat ze overgehouden premiegelden teruggeven aan premiebetalers. Ik zie dat als een logische en wenselijke stap. Ik heb het al eerder gezegd: nu de resultaten zo gunstig lijken te zijn, verwacht ik dat dit zich volgend jaar vertaalt in een premieverlaging.

Welke omstandigheden hebben bijgedragen aan dit positieve resultaat?

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Bouwmeester nu al wil interrumperen.

Minister **Schippers**: Ik kom straks op de vragen van de Kamerleden; dit is mijn inleiding.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag ter verduidelijking. In de inleiding zei de minister, even vrij vertaald: met de kwaliteit zit het wel goed, nu de rest nog. Er wordt natuurlijk nog niet echt ingekocht op kwaliteit omdat we nog te weinig inzicht hebben in kwaliteit. Wil de minister toelichten wat ze daarmee bedoelde?

Minister **Schippers**: Ik citeer mevrouw Bouwmeester: is het glas halfvol of halfleeg? De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg scoort internationaal goed. Betekent dit dat de kwaliteit hier niet beter kan? Nee, dat kan wel degelijk. Wij kennen allemaal voorbeelden waarvan we zeggen dat daar keihard moet worden gewerkt aan de kwaliteit door iedereen die ermee te maken heeft. We hebben daar ook beleid op ingezet. Zorg nu dat je complexe zorg met weinig patiënten meer concentreert, want daar wordt de kwaliteit beter van. Nou ja, ik hoef de kwaliteitsagenda hier niet uiteen te zetten. Ik wil een betere betaalbaarheid van de zorg, zodat mensen met een gemiddeld inkomen de zorg gewoon kunnen blijven betalen. Tegelijkertijd moet je dan erg opletten hoe het met de kwaliteit gaat. Blijft die zoals we willen dat die is of sterker nog, wordt die beter? Het is een ambitieuze agenda om die twee te verenigen.

Voorzitter. Verzekeraars hebben hun premie hoger moeten vaststellen om de vereiste reserves te verhogen. Ik zeg met nadruk: de vereiste reserves. Zoals de heer Van der Staaij zei, stellen wij de solvabiliteitseisen zelf vast. Met ingang van 2012 is de solvabiliteitseis verhoogd. Zorgverzekeraars lopen namelijk meer risico en moeten daarom een hoger bedrag aan solvabiliteit aanhouden. Ik wil maar even zeggen dat als wij bijvoorbeeld een groot bedrag uit de AWBZ overhevelen naar de Zorgverzekeringswet, dat direct betrekking heeft op en gevolgen heeft voor de solvabiliteit, dus wat er op de bank moet worden gehouden. Wij hebben de geriatrische revalidatie van 800 miljoen overgeheveld. Dat heeft dus consequenties voor datgene wat zorgverzekeraars op de bank moeten houden. Als wij straks, conform het regeerakkoord, voor 2 miljard overhevelen uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, zal dat consequenties hebben voor de solvabiliteit, dus voor wat een verzekeraar op de bank moet houden. Dat moeten we ons goed realiseren.

Daarnaast zijn er in 2012 meevallers geweest, met name in de farmacie. Ook bij de medisch-specialistische zorg zijn er indicaties van een meevallende groei. De zorgkosten zullen naar verwachting lager uitvallen dan vooraf geraamd. Ook zijn de beleggingsresultaten van zorgverzekeraars over 2012 toegenomen. De gematigde ontwikkeling van de gemiddelde premie in 2013 bevestigt dat zorgverzekeraars concurreren op prijs, want zoals gezegd is ook voor dit jaar de premie lager vastgesteld dan wij hadden geraamd.

Ten aanzien van de ziekenhuisfinanciering heb ik de Kamer in mijn brief van 15 februari geïnformeerd over de complexiteit in de ziekenhuiszorg en de gevolgen die dit heeft voor de financiële verantwoording van instellingen. Dat is puur de transitie. We hebben met elkaar gezegd dat de wijziging van het financieringssysteem niet mag betekenen dat ziekenhuizen die een goede kwaliteit zorg voor een goede prijs leveren, alleen door deze systeemwijziging in financiële problemen komen. Daarom is een transitieperiode van twee jaar ingesteld. Ik zeg het mevrouw Dijkstra na: het is ontzettend belangrijk om die kort te houden. Je ziet ook hoe complex het is. We houden het dus ook kort, op twee jaar. Dit is het laatste jaar waarin de transitie van toepassing is. We wisten van tevoren dat het complex zou zijn, omdat er dit jaar niet alleen een ander systeem, maar ook een transitie-model is. Het was dus niet onverwacht.

Hoe is het gegaan? De NZa heeft in de zomer van 2012 hierover een rapport gemaakt. Na de zomer is VWS in gesprek gegaan met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de NFU en de zorgverzekeraars. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de NFU en de

zorgverzekeraars zijn al na de zomer begonnen met de handreiking. De NBA heeft in december een brandbrief geschreven, waarna we het allemaal hebben samengevoegd in één werkgroep. Dat heeft geleid tot een handreiking, die in februari is vastgesteld. Het heeft eveneens geleid tot de oprichting van een platform. Dat platform loopt goed. Er komen nog wel een paar vragen, maar het zijn er niet heel veel meer. De jaarrekeningen moeten er 1 juni liggen, zoals altijd. Er ligt nu nog niets, want het is nog geen 1 juni. We moeten dus afwachten hoe het in de praktijk uiteindelijk loopt.

Nu zou het kunnen zijn dat een instelling een verklaring met beperkingen krijgt. Een aantal leden hebben gezegd dat dit ook invloed heeft op de rente van banken. De vraag is of die invloed heel groot is, omdat het eenmalig is. Het is per slot van rekening een transitiejaar, een complex jaar. Naar onze inschatting zou het dus best een heel beperkte invloed kunnen hebben. Met de partijen van het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 voor de ziekenhuizen is afgesproken dat het definitief vaststellen van het transitiebedrag wordt verschoven naar 2014. Er is een audit gedaan om de zogenaamde grouper te certificeren. Deze grouper zorgt ervoor dat de uitgevoerde zorgactiviteiten correct worden omgezet in een te declareren zorgproduct.

Het derde onderwerp van vandaag is de expertcommissie van Zorgverzekeraars Nederland. Ik heb de vragen die mevrouw Leijten gisteren heeft gesteld wel degelijk beantwoord, alleen zijn we het er niet over eens. Dat kan natuurlijk. Om nog even terug te gaan naar het begin: eind vorig jaar klonken er geluiden dat er mogelijk misbruik was gemaakt van het transitieproces voor ziekenhuizen in verband met de invoering van de prestatiebekostiging. Naast de actie met betrekking tot de jaarrekening, die ik net heb geschetst, is er dan ook een expertcommissie ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Deze expertcommissie heeft geluiden van mogelijk misbruik onderzocht en enkele weken geleden een rapport gepubliceerd. Ik vind het een goede zaak dat Zorgverzekeraars Nederland dit initiatief heeft genomen. Dat is een teken van het nemen van verantwoordelijkheid. Het rapport is geschreven door een onafhankelijke expertcommissie. De inhoud ervan heb ik naar de Kamer gestuurd. Ik ben over de inhoud van dat rapport tevreden. De commissie heeft een aantal aanbevelingen gedaan. De verzekeraars hebben laten weten deze op te pakken. Dat lijkt mij logisch; ik kan mij daar dan ook in vinden. Een groot deel van de aanbevelingen heeft ermee te maken of verzekeraars en aanbieders een consistent beleid voeren vanaf 2012 en in de jaren erna. Uiteraard zal VWS de voortgang van het uitwerken van de aanbevelingen goed in de gaten houden. Natuurlijk is het jammer dat in een enkel geval opportunistisch is geopereerd. Daar waar dat is gebeurd, is dat hersteld. Ik sluit mijn inleiding af. Ik wist dat het vervallen van de budgetsysteem, het vervangen van 44.000 dbc's door 4.400 zorgproducten of DOT's en het verdubbelen van het vrije segment een grote en complexe operatie was. Mevrouw Leijten noemde ook het mbi, maar dat is nog niet ingezet. Het instrument is er dus wel, maar het is nog niet ingezet. Ondanks de complexiteit en op sommige punten onduidelijkheid ben ik van mening dat de wijzigingen een goede zaak zijn geweest.

Ik ga nu over naar de vragen van de Kamerleden. Er zijn heel veel vragen gesteld over de solvabiliteit. Een aantal leden heeft zelf geconstateerd dat als een zorgverzekeraar onder de 150% van DNB komt, DNB langskomt om eens even te kijken wat er allemaal aan de hand is. Als de zorgverzekeraars zeggen dat de 150% voor hen een bodem is omdat ze anders de Nederlandsche Bank op hun dak krijgen, vind ik dat op zich geen gek idee. Ik vind het ook geen gek idee als zorgverzekeraars er rekening mee houden dat het kabinetsbeleid er aankomt en er een overheveling van 2 miljard komt, wat consequenties heeft voor hun solvabiliteit. Ik vind het niet raar dat dit gebeurt. Uiteindelijk bepalen zorgverzekeraars echter zelf hoe hoog de reserve moet zijn.

Enkele leden hebben gevraagd of het afromen van de reserves moet worden verplicht. Ik ben daar geen voorstander van. Wij hebben een systeem gekozen waarin de verzekeraars concurreren. Zij concurreren met elkaar op prijs, op kwaliteit en op wat zij hun patiënten weten te bieden aan service en andere zaken. Een verplichte afroming van reserves zou die concurrentiewerking beperken. Eerlijk gezegd vind ik dat nu wordt gedaan alsof dit een groot probleem is dat nu totaal uit de hand loopt. Wij leggen zelf eisen op aan zorgverzekeraars over solvabiliteit. De Nederlandsche Bank doet daar nog eens een schepje bovenop om een marge aan te houden. Er komt beleid aan dat nog meer impact heeft op de reserves. Tegelijkertijd zien we dat zorgverzekeraars ook vorig jaar de premies hebben vastgesteld onder de raming van VWS. Ook nu heb ik zorgverzekeraars al horen zeggen dat er met deze winsten ruimte is om de premie volgend jaar weer lager vast te stellen. Ik zie dus niet waarom afroming nu aan de orde zou moeten zijn.

Gevraagd is of verzekeraars transparant zijn over hun reclame- en acquisitiekosten. Opgegeven bedragen wijken af in verschillende ramingen. Het is mij niet bekend hoe de kosten voor reclame en acquisitie zich tot elkaar verhouden. Het is aan verzekeraars zelf om te bepalen of en hoeveel geld ze aan reclame besteden. Uiteindelijk zie je alles weer terug in de prijzen, waarop ze concurrerend kunnen zijn. Zij zullen daar zelf dus ook altijd rekening mee moeten houden in hun bedrijfsvoering. Het aantrekken van verzekerden is onderdeel van het marktmechanisme. Zorgverzekeraars willen laten zien waarom een verzekerde zich juist bij hen moet verzekeren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Afgelopen zaterdag zei de minister dat ze rekent op premieverlaging, maar welke garantie heeft zij? Dat heb ik net aan haar gevraagd.

Minister **Schippers**: In dit systeem bepalen verzekeraars zelf in hoeverre zij hun premie verlagen, zonder dat ik ingrijp. In dit systeem is gekozen voor concurrentie tussen zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar zegt «hahaha, ik houd die winst lekker op mijn bankrekening en ik stel de premie niet lager vast», terwijl andere zorgverzekeraars dat wel doen, zal dat consequenties hebben voor het aantal verzekerden dat kiest voor zo'n verzekeraar. Zo zit het systeem in elkaar.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het antwoord is dus eigenlijk gewoon «geen». De afgelopen jaren hebben we steeds positieve resultaten, dus winsten, gezien, alsmede een stijging van de premies. Sterker nog, de minister heeft op 12 mei zelfs in de Kamer gezegd dat zij niet verwachtte dat het extra risico dat zorgverzekeraars zouden lopen en de solvabiliteitseisen die daaruit zouden voortkomen, zich een-op-een zouden vertalen in premieverhogingen. We zien wel dat ze dat toen deden. Het is niet fair om op de televisie te zeggen dat je op premieverlaging rekent en vervolgens geen garanties te kunnen geven. Nogmaals: als de minister geen garanties heeft, wil zij dan niet op televisie en in kranten zeggen dat zij rekent op een premieverlaging?

Minister **Schippers**: Deze redenatie begrijp ik van kop tot staart totaal niet. Ik heb niet op tv gezegd dat ik een premieverlaging garandeer. Ik heb niet gezegd: beste mensen, ik garandeer een premieverlaging, de overheid stelt de prijs voor de zorgverzekering op x vast. Dat zou in het systeem van mevrouw Leijten het geval zijn, maar niet in het mijne. Ik kan dus ook nooit zeggen dat de overheid de premie vaststelt, want de verzekeraars stellen die in concurrentie met elkaar vast. Wat zien we? Niet de stelling die mevrouw Leijten betreft, namelijk dat de verzekeraars de premie steeds hoger vaststellen en steeds hogere winsten maken. Nee, onze raming van de premie voor dit jaar was € 20 hoger. We hebben

gezien dat de premies veel lager werden vastgesteld, namelijk € 8. Laten wij er dus eerlijk over zijn dat concurrentie de premiebetaler in dit geval heeft geholpen. Hadden wij de premie vastgesteld, dan hadden wij haar hoger vastgesteld dan het bedrag dat de premiebetaler nu heeft moeten betalen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het voelt niet goed wat de minister zegt. Zij begint het debat met te zeggen dat zij betaalbare zorg ontzettend belangrijk vindt en dat mensen niet te veel geld aan zorg kwijt moeten zijn. In 2011 hadden de zorgverzekeraars een positief resultaat van 500 miljoen. Als je dat omrekent, is er 100 miljoen teruggedaan naar de premiebetaler en is 400 miljoen bij de zorgverzekeraars gebleven. Als je dat zou verrekenen met wat er dit jaar gebeurt met de 1,4 miljard, is degene die uiteindelijk het meeste pijn lijdt niet de zorgverzekeraar, maar de gezinnen die het al zo zwaar hebben. We zijn voor een betaalbare zorg. Deze minister is dat ook. Moet zij er niet meer druk achter zetten dat dit geld teruggaat naar de premiebetaler, die het al heel zwaar heeft in Nederland?

Minister **Schippers**: Dat is een wonderlijke redenatie uit de mond van een CDA'er. Het CDA was medearchitect van het systeem waarin wij verzekeraars meer risico laten lopen. Dat heeft enorm gedrukt op de afschaffing van de ex post-nacalculatie. Als je de ex post-nacalculatie bij een verzekeraar afschaft, loopt een verzekeraar meer risico. Als een verzekeraar meer risico loopt, moet hij van de Nederlandsche Bank meer geld op de bank vasthouden. Dat is precies wat er is gebeurd. Dat het met de winst zo is gelopen, is volledig daaruit te verklaren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank de minister voor het compliment dat het CDA aan dit positieve resultaat heeft bijgedragen. Ik ben mijn inbreng ook begonnen met te zeggen dat ik het verheugend vind dat zorgverzekeraars erin geslaagd zijn om zo veel geld over te houden. Dat is ook zo. De vraag die nu voorligt, is niet hoe het systeem werkt maar wat onze opvatting is over wat er met dat geld moet gebeuren. Dat is mijn vraag aan de minister.

Minister **Schippers**: Ik zie het CDA ook als een trouwe partner met een gedeelde opvatting over het systeem. Doordat we de ex post hebben afgeschaft, hebben we ervoor gezorgd dat de verzekeraars meer solvabiliteit moesten aanhouden. Dat is nu gebeurd. Ik zie niet in dat er dit jaar eenzelfde redenatie zou moeten zijn, want dat is dit jaar dus niet aan de orde. Daarom heb ik ook gezegd dat als het systeem werkt, wij de winsten van de zorgverzekeraars zouden terugkrijgen in premieverlaging. Als je te veel geld betaalt en je krijgt je geld niet terug, gaat er ergens iets mis in het systeem. Dan is het inderdaad eens tijd voor de NMa om te bekijken hoe het zit met de kartelvorming. Ik heb geen enkele aanwijzing dat die er is, aangezien de zorgverzekeraars tot nu toe nog scherper op de prijzen hebben gehandeld dan de overheid had verwacht.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister heeft op televisie, maar ook hier, terecht opgemerkt dat als er veel winst is, dat terug kan naar de premiebetaler. Zoals de heer Mulder al heel mooi zei, ligt er via het FD en via nu.nl een toezegging van de zorgverzekeraars dat ze het terug gaan geven. Dat lijkt mij bij elkaar heel veel garantie dat het wordt teruggegeven. Ik heb er wel twee vragen over. De eerste vraag betreft de ramingen van VWS. Afgelopen jaar was de raming hoger en toen bleek dat ze uit zichzelf geld teruggaven; fantastisch! Hoe zit dat echter technisch? Stel dat VWS de ramingen dit jaar € 30 lager legt. Heeft dat dan als effect dat we nog meer terugkrijgen? De tweede vraag betreft het feit dat we wel inzicht moeten hebben in de winst om te kunnen zien of

die winst vervolgens teruggaat naar de premiebetaler of voor innovatie wordt gebruikt. Wat doen ze ermee? Dat inzicht hebben we niet. Vindt de minister met mij dat het belangrijk is dat we dat inzicht krijgen?

Minister **Schippers**: De raming van VWS is een standaardsondage, die ieder jaar wordt gemaakt. Over het algemeen is die te laag. Het komt een enkele keer voor dat premies lager worden vastgesteld dan onze raming. Dat was afgelopen jaar bijvoorbeeld het geval. Dit is echter uitzonderlijk. Uiteraard hoop ik dat we die traditie voortzetten.

Inzicht in de winst is een beetje een lastig verhaal, want wat is «inzicht in de winst»? Wat wil mevrouw Bouwmeester precies weten? We hebben vastgesteld wat zorgverzekeraars in hun jaarrekening moeten publiceren. Dat publiceren ze ook. Dat is het inzicht dat ze in hun jaarrekening geven. Die kunnen we, zoals ik net al zei, op 1 juni weer verwachten. Dan kunnen we zien hoe de huishouding van een zorgverzekeraar is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor het antwoord. Ik heb nog een vraag over het inzicht in de winst. Wij stellen regels vast voor jaarverslagen, maar is het niet interessant om te onderzoeken of we strengere regels voor jaarverslagen moeten vaststellen, omdat we dan kunnen zien wat ze ermee doen? De minister zegt dat het aan de private ondernemers is. Dat klopt feitelijk. Het is echter wel publiek geld. Het premiegeld wordt publiek verzameld en privaat geregeld, om het zo maar te zeggen. Is de minister met ons van mening dat dat wél interessant kan zijn? Het kan een extra stok achter de deur zijn, waardoor we kunnen zien wat er met de winst gebeurt. Dan wordt het ook weer sneller teruggegeven, los van de toezeggingen die er al liggen.

Minister **Schippers**: Een zorgverzekeraar kan in het jaarverslag niet maar schrijven wat hij wil. Het is allemaal wettelijk vastgelegd en het is in allemaal accountancyregels vastgelegd. We hebben de jaarrekeningen voor de financiële sector niet even op een achternamiddag bedacht. Daar zit een pakket eisen aan vast. Als mevrouw Bouwmeester dat wil veranderen, dan moet ze dat via de commissie doen, niet via deze commissie maar via de financiële commissie die we daar speciaal voor hebben en die voor die sector allerlei regels vaststelt. Daaraan moeten de zorgverzekeraars allemaal voldoen. De Nederlandsche Bank heeft er regels voor, de accountants hebben regels en wij stapelen daar dan weer wettelijke regels op. Het is dus echt niet waar dat een jaarverslag zomaar iets op de achterkant van een kladblokje is waar je zomaar wat mee kunt doen. Wij zijn daar als wetgever gewoon ook sturend in. Ook accountancyregels zijn daar sturend in. De zorgverzekeraars doen dus een heel pakket. We hebben ook vastgelegd wat ze moeten uitvoeren, het zorgverzekeringspakket. En daaromheen hebben we ook weer allerlei regels over risicoverevening. Het is dus niet zomaar een flutdocumentje of zo.

De **voorzitter**: Nu eerst de heer Van der Staaij, daarna mevrouw Klever. En dan stoppen wij ...

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter, toch nog eventjes. Ik heb niet willen zeggen dat het een flutdocument is. Ik heb alleen gevraagd of het interessant is om te bekijken of we het moeten aanscherpen. Daar gaan we zelf over. Dat legt de minister ook uit. De politieke vraag is: vindt de minister het belangrijk dat er meer betekenisvolle informatie in staat?

Minister **Schippers**: Als we in de zorg al ergens gebrek aan hebben, dan is het in ieder geval niet aan regels en eisen. Kijk maar eens wat voor pakketten er opgeleverd moeten worden bij dit soort documenten. Die geven dan ook nog daadwerkelijk inzicht in datgene waarin we inzicht

moeten hebben. De politiek moet inzicht hebben in de hoofdlijnen. Daarop kun je sturen. De vraag is of we met de huidige regelgeving voldoende inzicht hebben. Ik zie niet zo snel wat ik eraan zou moeten toevoegen. Dat moet mevrouw Bouwmeester maar inbrengen. Ik zie niet zozeer een noodzaak tot nadere specificatie.

De **voorzitter**: Dan nu toch de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb nog een vraag over de solvabiliteitseis. We hebben wettelijke eisen voor de solvabiliteit, maar in de praktijk liggen de reserves nog een stuk hoger. Kan het zo zijn dat het onnodig hoog is en dat daardoor te veel premie wordt gevraagd van de burger?

Minister **Schippers**: We gaan uit van een systeem van prijsconcurrentie en kwaliteitsconcurrentie. Als een verzekeraar veel te veel oppot, dan zien we dat in de jaarrekening. Ook een verzekerde kan dat zien. De verzekeraar kan daarop worden aangesproken. Een verzekeraar zal dan ook onderdeel worden van het publieke debat: «wat doe jij daar?» En bovendien prijst hij zich uit de markt. Immers, als je zo veel op de plank kunt laten liggen terwijl een ander dat in premieverlaging stopt en daarmee premiegeld teruggeeft, dan ben je gewoon te duur. Dat is het fundament van ons systeem.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Die redenering begrijp ik, maar tegelijkertijd hebben we wel een minimum gesteld en de speelruimte beperkt door te zeggen dat men een bepaalde reserve in acht moet nemen. Als alle verzekeraars het heel ruim gaan nemen, dan is er ook weinig concurrentie. Kan het ook niet een belang zijn dat er voor de zorgverzekeraars een level playing field is door een bepaald maatschappelijk aanvaardbaar maximum voor die buffer te laten gelden? Voor mij is dit puur een informatieve vraag, zodat ik er een goed oordeel over kan vormen.

Minister **Schippers**: Op een markt waarin bijna niemand van verzekeraar wisselt, is 10% overstappers echt fors. Dat is een teken van concurrentie. En als in een situatie zonder concurrentie een instelling enorm aan het oppotten is, dan zou de overheid daaraan een maximum moeten stellen. Er is echter een systeem met concurrentie. De overheid heeft deze sector steeds het volgende signaal gegeven: uw solvabiliteit moet omhoog. En: uw risico gaat omhoog en dus ook uw solvabiliteit. Waarom doen we dat? We doen dat alleen maar om de burger te beschermen, zodat er een buffer is om het op te vangen als het fout gaat. We maken met elkaar een beschermingsconstructie. We kunnen wel willen dat het niveau van die beschermingsconstructie omhooggaat, maar ik zie geen enkele grond om te zeggen dat het niet goed gaat en dat we een maximum moeten stellen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik wil hier toch graag nog even op inhaken. Theoretisch klopt het verhaal van de minister wel, maar in de praktijk blijkt dat de zorgverzekeraars een reserve hebben die gemiddeld twee keer zo hoog is als wat de Nederlandsche Bank vereist. Ik heb in mijn termijn Achmea al genoemd. De zorgtak daarvan had in 2011 een reserve die vijf keer zo hoog was als vereist, terwijl de reserve in de schadetak twee keer zo hoog was als vereist. Hoe verklaart de minister dat verschil dan? Het lijkt mij dat de zorgtak dan behoorlijk veel aan het oppotten is.

Minister **Schippers**: Dat zorgtak-schadetakverhaal kan ik totaal niet thuisbrengen en de mensen hier naast me ook niet. De zorgtak is niet een echt aantrekkelijke tak om in te stappen. Een aantal woordvoerders vroeg ook hoe het zit met nieuwe toetreders. Dat valt reuze mee, want daar zijn

de winsten niet naar. Verder is het niet twee keer zo veel, want bij 150% komt DNB bij een verzekeraar kijken hoe het ermee staat. We moeten ons nog iets realiseren. Ik heb het al genoemd. Als we als beleidsmakers aankondigen dat er een enorme sloot geld, 2 miljard, uit de AWBZ naar de zorgverzekering wordt overgeheveld, dan kunnen we het een verzekeraar niet kwalijk nemen dat hij zegt: daar houd ik dan wel enigszins rekening mee. Dat zijn allemaal bedrijfsafwegingen. Ik vind die niet zo raar. Wel ben ik het met mevrouw Klever eens dat hier ruimte zit voor premieverlagingen. Daar ben ik heel blij mee. Dat is ook noodzakelijk. Dat vinden we fijn, omdat het de zorg betaalbaar houdt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb nog een andere vraag, over de transparantie bij de zorgverzekeraars. Ze moeten efficiënt werken. We willen controleren of ze hun geld goed uitgeven. De minister zegt: ze geven een jaarverslag, dus het is transparant. Maar in het verslag van de VvAA lees ik bijvoorbeeld dat wat ze in hun jaarverslag opgeven, namelijk 58 miljoen aan reclamekosten, iets heel anders is dan wat ze aan DNB opgeven, namelijk 353 miljoen aan reclamekosten. Hoe verklaart de minister het licht dat daartussen zit? Misschien kan ze daar iets over zeggen.

Minister **Schippers**: Ik heb begrepen dat dat vrij omvangrijke rapport gisteren op internet is gezet. Ik heb dat dus niet verder bestudeerd. Ik vaar wel op de NZa en de Nederlandsche Bank. Zij zijn onze toezichthouders. Zij houden hierop toezicht. Het gaat mij hierom: wij houden bij de zorgverzekeraar toezicht op de rechtmatigheid van hun uitgaven. Zo hebben we het afgesproken. Voor de doelmatigheid van hun uitgaven hebben we een concurrentiesysteem. Bij de rechtmatigheid van de uitgaven gaat het om het volgende: wij stellen een pakket vast en gaan na of het geld rechtmatig wordt uitgegeven. Daar hebben we een toezichthouder voor.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister haar verhaal nu afmaakt. Alleen de heer Mulder en mevrouw Dijkstra hebben nog een interruptie over. Ik bekijk het even praktisch. We hebben de tijd tot 12.30 uur. Daar kunnen we 12.45 uur van maken. Dat betekent dan wel dat de tweede termijn heel summier moet. Of we doen die een andere keer. Of het wordt toch een VAO.

Minister **Schippers**: Voorzitter, met permissie. Als we de tijd hebben tot 12.30 uur ... Ik heb nu drie vragen beantwoord van het eerste Kamerlid.

De **voorzitter**: Vandaar dat ik het nu even praktisch bekijk. Hoe gaan we verder? Het is natuurlijk wel een principiële discussie. We kunnen een andere keer verdergaan. Ik bespreek het openlijk met u allen. We kunnen ook zeggen: de minister kijkt nu hoever ze komt en dan gaan we een andere keer gewoon verder. Zullen we dan tot uiterlijk 12.45 uur doorgaan en dan een andere keer verdergaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik denk dat de minister haar beantwoording in eerste termijn niet eens gaat halen. Ik wil de commissie daarom voorstellen om dan de overige vragen schriftelijk te laten beantwoorden. Op basis daarvan kunnen we dan beoordelen of we nog een tweede termijn nodig hebben of een VAO willen aanvragen. Dat is mijn voorstel.

De **voorzitter**: Ik kijk even hoe de collega's hierop reageren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het lijkt me heel goed om het in tweede termijn wel af te maken. Dat kan dan misschien een VAO voorkomen. Er zijn in dit debat heel veel vragen gesteld en heel veel zorgen geuit. Het lijkt me ook

een onderwerp, zeker als het gaat om jaarrekeningen en winsten, dat we gewoon moeten afronden in een debat. Als er dingen op schrift kunnen komen ter voorbereiding op de tweede termijn, dan kan dat altijd. We kunnen nu echter wel afspreken dat we het volgende week afronden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mijn voorkeur is: zo veel mogelijk beantwoording in eerste termijn nu, het overige schriftelijk en op een later moment de tweede termijn.

De **voorzitter**: Dan gaan we door tot 12.45 uur. De minister beantwoordt zo veel mogelijk en bekijkt of een deel schriftelijk kan. Volgende week, of wanneer er ruimte op de agenda is, gaan we dan verder met de tweede termijn, zodat we die op een fatsoenlijke manier kunnen doen. Ik geef het woord aan de minister.

Minister **Schippers**: Er wordt mij niet eens gevraagd of ik tot 12.45 uur de tijd heb, maar goed, de Kamer beslist.

De **voorzitter**: Excuus. Ik nam aan dat een korte uitloop mogelijk was.

Minister **Schippers**: Drie kwartier.

Mevrouw Leijten zei dat er winsten worden weggesluisd, omdat winstuitkering volgens haar is verboden. Dat is niet het geval bij zorgverzekeraars. Alleen, we hebben bij zorgverzekeraars veel onderlinge waarborgmaatschappijen en veel coöperaties. We hebben ook op winst gerichte ondernemingen, op winst gerichte verzekeraars.

Mevrouw Leijten had een vraag over de 80 miljoen van Achmea. Achmea is een onderlinge waarborgmaatschappij, zonder winstoogmerk. Als zorgverzekeraars onderdeel zijn van een holding, zoals Achmea, dan kan dat mogelijkheden bieden in de bedrijfsvoering, bijvoorbeeld doordat je dingen samen doet met andere partijen in de holding. Het is aannemelijk dat daarvoor een financiële verrekening plaatsvindt. Achmea geeft aan dat het gaat om een bedrag over de afgelopen drie jaar op het gebied van informatietechnologie, HR, juridische activiteiten en communicatieactiviteiten. Over de redelijkheid van de hoogte van het bedrag ga ik uiteraard geen uitspraak doen. Het is aan Achmea om te bepalen wat wordt gedeeld, wat apart wordt gedaan en hoe het onderling wordt geregeld. Ik kom op de ziekenhuizen. De vraag werd gesteld wat ik eraan heb gedaan om aan de voorkant dit soort problemen te voorkomen. Laten we eerst het volgende helder stellen. Iedereen kon weten dat 2012 een complex jaar zou worden voor de ziekenhuizen. Ik vind dat de ziekenhuizen ongelofelijk hard hebben gewerkt om de transitie op een heel goede manier voor elkaar te krijgen. Ze hebben daarin heel veel energie gestoken. Dat waardeer ik ontzettend. Ze moeten er overigens nog elke dag energie in steken, want we zijn er nog niet. De overgang was ingewikkeld. Het was een financiële overgang van budget naar prestatie. Dat is ongelofelijk ingewikkeld. Het was een overgang van 35% naar 70% vrije prijzen. Dat wisten we dus van tevoren. Aan de voorkant zijn zo veel als mogelijk onduidelijkheden weggenomen. Dit gebeurde bijvoorbeeld door de Kamer en veldpartijen uitgebreid te informeren over de overgang naar prestatiebekostiging, de verschillende aspecten daarvan, het proefdraaien met het DOT-systeem en alles erbij wat je goed moet doen voordat je daadwerkelijk en voor het echte de transitie in gaat. Verder heeft de NZa de veldpartijen uitvoerig betrokken bij de invoering. Ik benadruk hierbij dat een aantal specifieke aspecten de overstap extra complex hebben gemaakt. Mede op verzoek van het veld was het nodig om een transitiefase in te bouwen. Dat vind ik begrijpelijk, maar dat maakt het wel complexer, dat leidt wel tot complexiteit in de verantwoording over die jaren en voor nieuwe contractering door verzekeraars. Bij de geestelijke gezondheidszorg is gekozen voor een veel eenvoudiger

transitiemodel. Er is al overleg met de ggz-sector en de accountants over de verantwoording in die sector over 2013, het jaar waar we nu nog in zitten.

Welke ziekenhuizen en verzekeraars hebben afspraken gemaakt die zijn teruggedraaid? Dit gaat over het onderzoek van de door Zorgverzekeraars Nederland ingestelde expertgroep. Ik heb daarvan geen namen. Ik weet wel dat er in een aantal gevallen afspraken zijn herzien, maar ik heb er zelf geen namen van.

De vraag werd gesteld of ik de namen bekend wil maken van vijf verzekeraars die voor 490 miljoen euro aan fouten hebben gemaakt. Ik hecht eraan om het een beetje te nuanceren, zoals ik ook gisteren heb gedaan. De fouten waren namelijk in het nadeel van de betreffende zorgverzekeraars. Ze wilden er dus niet zelf rijker van worden. Anders hadden ze het wel andersom gedaan. De fouten zijn ontstaan doordat ziekenhuizen nog declaraties vanaf 2008 mogen indienen. Dat maakt het moeilijk om die declaraties juist te rubriceren. Dit is een kenmerk van de complexiteit van de informatievoorziening. Het is niet voor niets dat we er samen met de sector een topprioriteit van hebben gemaakt om daar nu eens een slag in te maken. De fouten zijn voor een deel dubbel geteld, omdat ze uitwisselbaar zijn, met als gevolg rubriceringsfouten. De NZa stelt zelf vast dat de gemaakte fouten binnen de afgesproken nauwkeurigheidstolerantie van 3% vallen. Bij het bekendmaken van namen heeft de NZa zich te houden aan wet- en regelgeving, in het bijzonder aan de WOB. Daarnaast heeft de NZa een eigen publicatiebeleid, dat voor iedereen kenbaar is omdat dat op haar website staat. Voor het al dan niet bekendmaken dienen verschillende belangen te worden gewogen. De NZa dient de procedure in dit geval nog af te ronden en moet nog een definitief besluit nemen. Het lijkt me sowieso dat je überhaupt al niet over namen spreekt voordat je iets hebt afgerond en een definitief besluit hebt genomen. Dat zou namelijk kunnen leiden tot grote vergissingen ten nadele van een verzekeraar. Als de NZa besluit tot bekendmaking, krijgen partijen eerst nog tien dagen de tijd om bezwaar te maken. Eén ding is dus zeker: ik kan de namen vandaag niet aan de Kamer geven. Het publicatiebeleid van de NZa is wel dat ze bekendmaakt, tenzij het niet proportioneel is en tenzij belangen onnodig worden geschaad. Dat is het uitgangspunt van de NZa.

Mevrouw Klever vroeg ook wat ik aan de voorkant heb gedaan om die problemen te voorkomen. Ik heb dat in mijn inleiding al opgesomd. De vraag werd gesteld in hoeverre de in de brief genoemde maatregelen ervoor zorgen dat er wél goedkeurende verklaringen op de jaarrekeningen komen. Ik heb dat net eigenlijk al aangegeven. Er is een handreiking. Er is een platform, waar vragen binnenkomen. Het aantal vragen wordt lager. Het zijn er niet zo veel meer. Uiteindelijk kunnen we in juni beoordelen wat het resultaat van die inspanningen is geweest. Het is overigens wel zo dat een accountant de jaarverantwoording van elke instelling afzonderlijk toetst, zodat de beoordeling van die jaarverantwoording ook afhangt van de kwaliteit van het financiële bestuur in het betreffende ziekenhuis. Het is niet alleen afhankelijk van de transitie, maar dat is waarschijnlijk een opmerking ten overvloede.

Gevraagd werd wat ik ervan vind dat geen enkele bestuurder van een ziekenhuis de eigen jaarrekening begrijpt. De complexiteit van de transitie is evident. Wel is er door de genomen maatregelen veel verhelderd. Ik verwacht dat ziekenhuizen daardoor een goede jaarrekening kunnen opstellen en dat bestuurders dus goed zicht hebben op het eigen bedrijf. Waarom zijn de reserves zo groot? Daarover hebben we het al gehad. Ik heb het VvAA-rapport niet gelezen. Mijn mensen hebben het echter wel gelezen; ze zijn ermee bekend. Ze stellen dat het feit dat een dergelijke analyse kan worden gemaakt, aantoont dat er al een aanzienlijke hoeveelheid informatie openbaar is. Mijn oordeel wordt gebaseerd op het oordeel van de rapporten van de Nederlandse Zorgautoriteit en de

Nederlandsche Bank. In zijn algemeenheid is het goed dat er maximale transparantie wordt gegeven.

Er is gevraagd of er zicht is op de manier waarop dergelijke zaken in het buitenland zijn geregeld en of daaruit conclusies zijn te trekken. De zorgverzekeraars vallen in het buitenland ook onder de Europese schaderichtlijnen en solvabiliteitseisen als ze in hun risico vergelijkbaar zijn met de Nederlandse verzekeraars. Daar gelden voor private verzekeraars dezelfde eisen. De systemen in Europa zijn wel heel verschillend. Dat geldt ook voor de manier waarop wordt gefinancierd, al moet ik zeggen dat er opmerkelijke stappen worden gezet: heel veel systemen zijn inmiddels publiek-privaat. Dat is wel aardig om te zien.

Hoe zit het met nieuwe toetreders? Op een verliesgevende markt heb je sowieso geen toetreders. Als er winst wordt gemaakt, heb je dus in ieder geval al één positieve voorwaarde. Het is wel een heel apart vak. Wat verzekeraars doen, is ontzettend complex. Ze moeten zorg inkopen en ze moeten goed uit de voeten kunnen met onze ongelofelijke hoeveelheid regels. We hebben ook nog een heel pakket van risicoverevening. Onze verzekeringsmarkt vereist aan alle kanten heel specifieke kennis. Dus is het lastig om toe te treden. Dat moet echter niet onmogelijk zijn. Als de markt faalt, moet het zeker mogelijk zijn dat anderen toetreden. Maar het is niet zo eenvoudig. Je begint makkelijker een broodjeszaak.

De vraag was of 3,9% aan beheerskosten niet te hoog is. Het is maar hoe je ernaar kijkt. Het gaat in de zorg altijd om ongelofelijk grote getallen. Er gaan door die bedrijven enorme bedragen heen. Een laag percentage, zoals die 3,9%, is vertaald naar geld nog altijd een groot bedrag. Aan alle kanten worden echter inspanningen gepleegd om de beheerskosten laag te houden. Dat is ook noodzakelijk in een concurrerende markt.

Mevrouw Bruins Slot legt een verbinding tussen de winsten van de zorgverzekeraars en het verzachten van bezuinigingen, zoals die op de huishoudelijke hulp. Een premiebetaler betaalt premie voor wat er in het zorgverzekeringspakket zit. Als de verzekeraars daarvan iets overhouden, vind ik het oneigenlijk om dan te zeggen: weet je wat, dat schuiven we naar iets totaal anders, iets waarvoor helemaal geen premie is betaald. Ik vind het voor de hand liggen dat je geld terugkrijgt als je te veel hebt betaald. Ik zou zelf niet de verbinding met de thuiszorg leggen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb iets over de feitelijkheid. Ik heb immers geen interruptie meer. Ik heb gezegd dat een verlaging van de premie leidt tot minder zorgtoeslag en dat de overheid dan de kans heeft om het anders te besteden in de zorg doordat dat een bezuiniging oplevert. Ik heb aangegeven wat wij van het CDA graag zouden willen doen als wij dat geld zouden hebben. De verbinding is dus de verbinding tussen de premieverlaging en het minder uitgeven aan zorgtoeslag door de overheid.

De **voorzitter**: Die zorgtoeslag is genoemd.

Minister **Schippers**: Helder. Dan is het een geruststelling dat we in ieder geval gelijk over de systematiek denken en dat het niet zozeer gaat over de bestedingen. Ik maak me immers ontzettend druk over de betaalbaarheid van de zorg. Ik zie het echt als een missie om die rekening naar beneden te brengen. Het klopt dat je met een lagere premie minder zorgtoeslag hebt en dat je dan geld overhoudt, afhankelijk van hoe laag de premie is. De redenering klopt dus. Alleen, het is de redenering van mevrouw Bruins Slot, niet de mijne. Mijn redenering is: laten we de rekening voor de gezondheidszorg verlagen voor de mensen. Dat is een groot zorgpunt. Zeker als we de scenario's voor de toekomst bekijken, zou dat ook een groot zorgpunt van ons allen moeten zijn.

Kan ik de verzekeraars dwingen? Nu niet. Je kunt natuurlijk altijd wetten maken. Ik kan ze er wel op aanspreken. Dat heb ik publiekelijk, ook hier in

de Kamer, gedaan. De verzekeraars hebben daar ook positief op gereageerd, vanuit dezelfde redenatie. Dat strookt met de filosofie van het stelsel.

Gevraagd is of ik de NMa en de NZa onderzoek wil laten doen naar kartelvorming, naar de vraag of de premie wel genoeg daalt als ook de kosten dalen. Ik heb geen aanleiding om zo'n onderzoek te laten doen. De NZa publiceert jaarlijks een marktscan over de zorgverzekeringsmarkt en houdt daar dus ook strikt toezicht op.

Ik kan mevrouw Dijkstra toezeggen dat het transitie-model na 2013 niet wordt verlengd. Ik ben het geheel met haar eens dat dit soort dingen zo kort mogelijk moeten duren.

De vraag werd gesteld hoe ik aan de voorkant voorkom dat dezelfde problemen in de ggz ontstaan. We zijn hierover al in gesprek met ggz-partijen en we houden het platform in stand.

Moet de winst ook niet voor preventie worden ingezet? De verzekeraar bepaalt dat zelf. Hij kan zeggen: mijn premie is iets hoger, maar ik heb een heel ander aanbod. Dat is precies waar concurrentie over gaat. Ik heb alleen mijn voorkeur aangegeven.

Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat er een enorme agenda ligt. Als die wordt uitgevoerd, als je echt gaat kijken naar praktijkvariatie, als je echt gaat kijken of de zorg op de juiste plek wordt geleverd, als je echt gaat kijken naar substitutie, als je echt gaat kijken naar dat soort zaken, dan is er ongelooflijk veel meer mogelijk. We gaan daar ook al een beetje van uit. In het regeerakkoord boeken we daar eigenlijk ook al op in. De cure zal immers in totaal voor 1,6 miljard efficiënter moeten werken, en dat zit toch in dit soort verbeteringen. Dat is echt wel een heel bedrag. Je spreekt het heel snel uit, maar het is toch een heel bedrag om binnen te krijgen.

De vraag hoe we gaan betalen voor gezondheid, ligt in de lijn van de motie-Smilde. We hebben daarover al een onderzoek van het iBMG naar de Kamer gestuurd. Ik ben ook bezig met de uitwerking van de experimenten die we in dat kader doen in de eerste lijn. Ik zal daarmee voor de zomer, denk ik, naar de Kamer komen. Ik refereerde er gisteren al aan. Er zitten bijvoorbeeld diverse experimenten in om diagnose en behandeling uit elkaar te halen.

Nu gaat de beantwoording wat sneller, omdat ik al wat heb gehad. Voor de salarissen van de bestuurders hebben we de Wet normering topinkomens, die op 1 januari 2013 in werking is getreden. In deze wet zijn de zorgverzekeraars ingedeeld in het regime van de sectorale norm. Dat betekent dat alle nieuw aangestelde bestuurders moeten voldoen aan die norm. In de jaarverslagen van de zorgverzekeraars die daarna verschijnen, kunnen we dan weer teruglezen of dat het geval is. Voor zittende bestuurders geldt een overgangsrecht, waarin de afbouw naar de norm is geregeld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Even heel kort en heel technisch. De minister moet die norm zelf vaststellen. Is dat al gebeurd?

Minister **Schippers**: Ja, want die is op 1 januari in werking getreden. Het gaat hier om de sectorale norm. Die was er al en die hebben we gewoon overgenomen.

Er was nog een vraag over de jaarrekening, namelijk of die op tijd zal zijn. Daar heb ik het al over gehad. Ik heb 1 juni genoemd.

Wat hebben we geleerd van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? We leren iedere dag weer heel veel van allerlei ziekenhuizen. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis had te kampen met problemen met kwaliteit en met financiële problemen. Je ziet overigens vaak dat die samengaan. Dat is verergerd. Hoe daar verder mee omgegaan moet worden, is aan de raad van bestuur. Ze staan wel onder toezicht van de inspectie.

Ik ben van mening dat ik ten aanzien van de jaarrekeningen de regie heb genomen in het ziekenhuisverhaal. We hebben daarover met elkaar stapsgewijs heel goede afspraken gemaakt. Het afgelopen halfjaar wordt er echt heel goed en intensief samengewerkt. Ik heb ook gezegd hoe het dan uiteindelijk zit. Dat zullen we toch even moeten afwachten. Volgens mij heb ik nu alles beantwoord in eerste termijn.

De **voorzitter**: We zijn drie kwartier later begonnen en eindigen een kwartiertje later. We zullen bekijken of er volgende week plek is voor de tweede termijn van dit AO. Dan kan iedereen gewoon zijn tweede termijn doen. Ik dank de minister en de collega's.

Sluiting 12.42 uur.