

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 714

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 juni 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 april 2016 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2015 inzake uitvoering van de motie van het lid Bouwmeester over de code Goed Zorgverzekeraarschap (Kamerstuk 29 689, nr. 594);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2015 inzake onderzoek dementietekens en casemanagement Nivel (Kamerstuk 29 689, nr. 599);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 ter aanbieding van het overzicht inzake budgetpolissen (Kamerstuk 29 689, nr. 610);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2015 ter aanbieding van het rapport Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 612);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2015: voortgangsbrief kostenbewustzijn (Kamerstuk 29 689, nr. 624);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2015 met de reactie op het verzoek van de commissie inzake het artikel in Het Financieele Dagblad van 25 maart 2015 over het gepubliceerde onderzoek van het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG) van de Erasmus Universiteit (Kamerstuk 32 620, nr. 158);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2015 inzake signalering van de NZa inzake Vrije prijzen logopedie (Kamerstuk 29 689, nr. 637);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2015 inzake Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 deel A (Kamerstuk 29 689, nr. 638);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2015 inzake Solvabiliteit II en de uitwerking ervan op zorgverzekeraarniveau, naar aanleiding van het algemeen overleg Zorgverzekeringswet/zorgstelsel d.d. 4 maart 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 640);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2015 met de reactie op het verzoek van de commissie over toezending van de Marktscan zorgverzekeringen (Kamerstuk 29 689, nr. 647);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2015 inzake de uitspraak van het Gerechtshof inzake het Europees aanbesteden van zorginkoop door zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 648);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2015 inzake Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 deel B (Kamerstuk 29 689, nr. 657);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2015 ter aanbieding van «Het roer gaat om», verbetering van de samenwerking in de huisartsenzorg (Kamerstuk 33 578/31 765, nr. 18);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 oktober 2015 inzake beoordeling zorg basispakket Zvw (Kamerstuk 29 689, nr. 660);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2015 inzake VWS-Verzekerdenmonitor 2015 (Kamerstuk 33 077, nr. 15);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 oktober 2015 inzake onderzoek, omvang en aard van zorgmijding (Kamerstuk 29 689, nr. 664);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2015 ter aanbieding van het samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014, deel 1 (Kamerstuk 29 689, nr. 678);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2015 inzake percentage bestuursrechtelijke premie wanbetalers (Kamerstuk 33 683, nr. 58);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2015 inzake de voortgangsrapportage NZa (Kamerstuk 25 268, nr. 131);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016: verzamelbrief VWS januari 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 153);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 maart 2016 inzake samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014, deel 2 (Kamerstuk 29 689, nr. 687);
- de brief van vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2016 inzake oplossing 365 dagenproblematiek (Kamerstuk 29 248, nr. 291);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2016 met de antwoorden op vragen van de commissie over het ontwerpbesluit zelfstandige bevoegdheid bachelor medisch hulpverlener (Kamerstuk 29 282, nr. 248);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2016 ter aanbieding van de Monitor Activiteiten zorgverzekeraars overstapseizoen (Kamerstuk 29 689, nr. 689);
- de brief van de Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2016 inzake gezamenlijke afspraken over verbetering contractering medisch specialistische zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 695);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2016 inzake acties Nederlandse Zorgautoriteit overstapseizoen (Kamerstuk 29 689, nr. 696);

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 april 2016 inzake de voortgang van Het Roer Gaat Om (Kamerstuk 33 578, nr. 22);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 april 2016 inzake aanbieding rapport Zorgthermometer – Verzekerden in beeld 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 700);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 april 2016 inzake aandachtspunten voor toezicht NZa en stand van zaken geschillencommissie (Kamerstuk 29 689, nr. 699);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 april 2016 met de reactie op het onderzoeksrapport «Goede zorginkoop vergt goede machtsverhoudingen» (Kamerstuk 29 689, nr. 698);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 april 2016 met de erratumbrief «Aandachtspunten voor toezicht NZa en stand van zaken geschillencommissie» (Kamerstuk 29 689, nr. 704).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Potters
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Leijten, Potters, Rutte, Voortman en Wolbert,

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

Aanvang 10.02 uur.

De voorzitter:

Ik heet de Minister, haar ambtenaren en de leden van deze commissie van harte welkom.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Over een halfjaar hebben we een verjaardag. Dan bestaat de Zorgverzekeringswet namelijk tien jaar. In die tien jaar hebben we kunnen zien hoe dat stelsel zich ontwikkelt. Ik vraag de Minister hoe zij tegen dat stelsel en de inrichting daarvan aankijkt. Welke stappen zijn er volgens haar nog nodig?

Mijn fractie is op zichzelf niet ontevreden over het stelsel, maar er zijn wel heel veel dingen die volgens haar anders en beter moeten. Er moet met name ruimte komen voor initiatieven die zorg goedkoper en beter maken. In de praktijk blijkt de financiering te vaak een knelpunt te zijn. Wat ons betreft moet daarin verandering komen. Veel punten in de position paper Kwaliteit loont van Zorginstituut Nederland hebben vorm gekregen of er is een eerste stap daartoe gezet. Ik verzoek de Minister om een brief te sturen over de stand van zaken. In de routetijdtabel staan allerlei maatregelen. Bij sommige maatregelen staat dat iets continu gebeurt en dat er steeds gemonitord wordt. Dat zie je onder meer bij de meerjarige contracten. Ik zou heel graag van de Minister horen hoe vaak die contracten nu worden afgesloten en of er sprake is van een versnelling ten opzichte van eerdere tijden. Ik ken de voorbeelden van de ziekenhuizen Bernhoven en Radboudumc. Er is een heel mooi voorbeeld waarin innovatie echt beloond wordt met de mogelijkheid om langer vorm te krijgen.

De afgelopen jaren was er natuurlijk veel reuring rondom de inkoop van zorg. Op grond van het recent gedane onderzoek door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) wordt hierin een nuance aangebracht. Men stelt dat de dominante ideeën over machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen niet altijd stroken met de praktijk. Dat is interessant, vooral omdat gesteld wordt dat de ACM (Autoriteit Consument & Markt) de bestaande regels beter moet toepassen om ze effectief te laten zijn. Ik zou graag van de Minister willen weten hoe zij dat gaat waarborgen en hoe zij dat ziet in het licht van de vele klachten over contractering, ook van die machtige zorgaanbieders. Ik ben ook benieuwd naar de contractering voor dit jaar. Gaat het wat dat betreft soepeler? Hoe kijkt de Minister aan tegen de positie van de zelfstandig behandelcentra (zbc's)? Ik vind het heel belangrijk om dit te weten. Deze hebben en behouden immers een kwetsbare positie. Hetzelfde geldt voor de kleintjes, de zelfstandige beroepsgroepen of de kleine aanbieders. Hoe worden die eerlijk gehoord en gewogen in dit systeem? D66 wil voorkomen dat we op 19 november weer met de situatie te maken krijgen dat de contracten nog niet rond zijn en de verzekeraars desondanks de polissen bekend moeten maken. Gaat dit lukken?

Het gaat natuurlijk om de verzekerden. Er moet goede zorg zijn voor mensen die deze nodig hebben. Dit jaar is 6,3% van de verzekerden overstapt naar een andere verzekeraar. Dat is een kleine daling met ongeveer 100.000 mensen. Dit klinkt als een grote daling, maar over het

geheel genomen is die daling niet zo heel groot. De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) geeft volledig terecht aan dat het belangrijk is om te weten waarom een groot deel van de verzekerden niet is overgestapt. Waarom blijven zij bij hun zorgverzekeraar en wat zijn de effecten daarvan op de concurrentie? D66 is daar ook benieuwd naar. Begrijp ik goed dat in september 2016 helder zal zijn of er beleidsmatige stappen gezet kunnen worden voor de groep die bij zijn zorgverzekeraar blijft? Heeft de Minister daar zelf al ideeën over?

Een belangrijk aandachtspunt blijft de risicosolidariteit. De NZa zegt binnen de wet- en regelgeving al het nodige te doen om de risicosolidariteit te bevorderen. Ik ben erg benieuwd hoe dit vorm krijgt. Kan de Minister voorbeelden geven? En zijn er dit jaar stappen gezet?

In het kader daarvan stip ik ook graag het vrijwillig eigen risico aan. In de afgelopen vijf jaar hebben wij namelijk te maken met een forse toename van de verzekerden die kiezen voor het maximale eigen risico. Zij mogen daar natuurlijk voor kiezen, maar ik vraag mij af hoe gewaarborgd wordt dat er geen risicoselectie plaatsvindt op deze groep en of er een relatie is met het aantal wanbetalers in die groep.

De NZa stipt aan dat er sprake is van een flink aantal niet-zuivere restitutiepólissen. Dat betekent dat de verzekerde toch het risico loopt dat hij moet betalen voor een zorgaanbieder naar keuze. D66 ondersteunt het pleidooi van de NZa; de zuiverheid en de transparantie moeten terugkomen. De restitutiepólis 2.0 werkt namelijk verwarrend voor verzekerden. Graag wil ik een reactie van de Minister hierop. Verder vraag ik haar of zij kan aangeven hoe dit tegengegaan zal worden. Daaraan voeg ik toe dat voor verzekerden vaak niet helder is dat een marktconform tarief leidend is, ook bij restitutiepólissen. Als de zorgaanbieder dan excessieve tarieven rekent, is de verzekerde daar de dupe van. Dit moet helder aan verzekerden worden gecommuniceerd. Graag wil ik een toezegging van de Minister daarop.

Hiermee ben ik aan het eind gekomen van mijn betoog, voorzitter.

De voorzitter:

Dat is keurig binnen de tijd. We hebben afgesproken dat er een spreektijd geldt van vijf minuten en ik stel twee interrupties per woordvoerder voor.

De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Ik vermoed dat ik mijn spreektijd niet volledig hoeft te benutten, maar je weet maar nooit.

Het is dit jaar misschien wel tijd voor een feestje, want de Zorgverzekeringswet bestaat tien jaar. Mevrouw Dijkstra gaf dat ook al aan. Na een periode van tien jaar begint zo'n beetje de puberteit en de weg naar volwassenheid. Ik spreek echt uit ervaring, want ik zie dit aan mijn kinderen. Ook in de puberteitsfase zijn er nog wel eens dingen waarvan je je afvraagt of je die zo gewild had, maar je weet wel dat er een doorgroei is naar de volwassen fase. Ik denk dat dit stelsel absoluut verdiend en bewezen heeft dat het kan doorgroeien, dat het dat ook doet en dat het zichzelf keer op keer verbetert. Dit gaat echter niet vanzelf. Je zult er de juiste ingrediënten in moeten stoppen. Je kunt het vergelijken met een plantje dat je af en toe moet bemesten; je moet de omstandigheden creëren waarin het goed kan groeien.

Laten we eens kijken naar het afgelopen jaar. Mogen we dan ook eens een beetje tevreden zijn? Ik denk van wel. Er was geen sprake van grote excessen. Er werd hier schande gesproken van een oerwoud aan polissen. Je ziet echter dat onder druk van de markt het aantal polissen is afgenomen: er zijn elf polissen verdwenen. Nog steeds stappen ongeveer een miljoen mensen over, wat hartstikke goed is. Dat betekent dat er nog steeds sprake is van een vorm van vrijheid in dit stelsel; mensen kunnen overstappen en zij doen dat ook. Daardoor houden we de verzekeraars scherp om in te kopen tegen een goede prijs en een goede kwaliteit. Dat is

iets om te koesteren. Haal je die overstapprikkel eruit, dan gaan de prijzen omhoog – dat weten we zeker – en is het risico groot dat de kwaliteit daalt. Er zijn dus echt wel een paar redenen om tevreden terug te kijken op het afgelopen jaar. Ook andere problemen werden geschetst, onder andere het bestaan van hoge acceptatiedrempels en het probleem dat chronisch zieken niet aan een aanvullende verzekering zouden komen. Onderzoek wijst echter uit dat er nauwelijks acceptatiedrempels zijn. Voor een heel beperkt aantal aanvullende verzekeringen geldt dat verzekeraars acceptatie-eisen stellen.

Het is dus heel populair om hier te doen alsof het allemaal heel erg is, maar uit de feiten blijkt dat dit alles buitengewoon goed geregeld is. Daar mogen we best een beetje tevreden over zijn. Ook in internationaal perspectief doet Nederland het goed. Uit de Euro Health Consumer Index van Health Consumer Powerhouse (HCP) blijkt opnieuw dat Nederland het best scoort. Het is zelfs wat uitgelopen op de rest. De man die de index ontwikkeld heeft, was bij ons te gast. Op de vraag waar al dat gemopper in Nederland vandaan komt, antwoordde hij met de geveugelde woorden: «The Dutch seem to be a bit grumpy when they're talking about their health system, but there is no reason for that.» Inderdaad, dat is precies wat er aan de hand is; we zijn altijd een beetje mopperig ten aanzien van het zorgstelsel. Dat is echter nooit perfect en zorg is natuurlijk van groot belang. Dit is echter geen reden om de revolutie te prediken. Kan het dan nog beter? Ja, wellicht kan dat. Elk jaar stappen ongeveer een miljoen mensen over naar een andere zorgverzekeraar. Mevrouw Dijkstra wees daar ook al op. Daaruit kunnen we concluderen dat er heel veel mensen zijn die dit niet doen. De reden kan zijn dat heel veel mensen heel erg tevreden zijn over hun zorgverzekeraar. Het zou echter misschien goed zijn als er wat meer mensen waren die deze stap durfden te zetten. Ik vraag de Minister of zij weet waarom mensen die stap niet zetten. Zijn die mensen inderdaad heel tevreden, of ervaren zij drempels en angsten om dat te doen? Als het laatste het geval is, kunnen we wellicht proberen om die drempels en angsten weg te nemen.

De grootste bedreiging die de VVD ziet voor een toekomstbestendig zorgstelsel waarin de kwaliteit hoog is en de prijs acceptabel blijft, zijn de machtsverhoudingen waarvan sprake is binnen het stelsel. Mijn overtuiging is dat een zorgstelsel alleen werkt als alle betrokkenen – ik noem patiënten, verzekeraars, zorgverzekeraars en de politiek – licht ontevreden zijn, dus als wij allen een beetje «grumpy» zijn, zoals de heer Bjornberg aangaf. Als één van die partijen hosanna roept, gaat dit over het algemeen ten koste van het belang van de andere partijen. Vanuit dat perspectief gezien, is het rapport over de verhoudingen in het zorgstelsel, waar iBMG een paar weken geleden mee kwam, buitengewoon verontwaardigend. Het is namelijk heel populair om te zeggen dat verzekeraars te veel macht hebben en dat zorgaanbieders zielig zijn, maar iBMG zegt klip-en-klaar dat het meestal andersom is. Men zegt dat de positie van de verzekeraar ten opzichte van die van de zorgaanbieder slecht is en iBMG concludeert ook – dat moeten we op ons laten inwerken – dat dit slecht is voor de patiënt en dat dit slecht is voor de premiebetaler omdat er dan simpelweg onvoldoende druk is om een goede kwaliteit te blijven leveren en goed te innoveren.

Ik ben ook wel een beetje blij dat ik gisteren in de Volkskrant las, toen het ging over het voorschrijven van te dure geneesmiddelen door ziekenhuisartsen, dat zelfs de heer Van Gerven zei dat het in dat soort gevallen goed is als de macht van zorgverzekeraars toeneemt, al stond daar bij dat hij uiteraard zei dat hij heel graag slechts één zorgverzekeraar in Nederland zou zien. Het gaat echter om het idee dat je snapt dat er balans dient te zijn in een zorgstelsel.

De voorzitter:

Ik wijs de heer Rutte erop dat zijn spreektijd voorbij is.

De heer **Rutte** (VVD):
Dan rond ik af.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Er is sprake van uitlokking door de heer Rutte van de VVD. Hij weet natuurlijk dondersgoed dat wij graag een machtige positie willen zien ten aanzien van de inkoop van medicijnen, maar dat die positie niet per definitie door de zorgverzekeraars moet worden ingenomen en dat die bij voorkeur door één zorgverzekeraar dient te worden ingenomen of door een zorgfonds. Als de heer Rutte daarover wil twitteren, zou het wel zo netjes zijn om het hele citaat weer te geven in plaats van het halve citaat op een wijze zoals het de VVD uitkomt. Ik stel een vraag. Na het jubelverhaal van de VVD lijkt het me goed om op de zwarte kant van dit zorgstelsel te wijzen, namelijk dat een half miljoen mensen afziet van zorg omdat zij het eigen risico niet kunnen betalen. Wat vindt de heer Rutte ervan dat er in het geval van ongewijzigd VVD-beleid aan het eind van de volgende kabinetsperiode sprake zal zijn van een eigen risico van bijna € 500? Vindt de VVD dat een goed idee?

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter, ik neem toch even de vrijheid om in te gaan op het allereerste punt dat mevrouw Leijten noemde. Ik heb net verteld dat ik weet dat de SP in principe één zorgverzekeraar zou willen, maar mijn pleidooi gaat erover dat ook de SP in ieder geval erkent – dat deed de heer Van Gerven heel vaak niet – dat zorgaanbieders niet heilig zijn. Die mensen hebben niet altijd alleen het goede met anderen voor. Nee, daar spelen ook forse eigenbelangen een rol. Dit moet worden teruggedrongen en dat zal iemand moeten doen. Dat kan een centrale zorgverzekeraar zijn of dat kan een stelsel met meerdere zorgverzekeraars zijn. Maar laten we het erover eens zijn dat er balans in gebracht moet worden. Dat lijkt me alleen maar goed.

Ik kom op het tweede punt, namelijk het eigen risico. Mevrouw Leijten vraagt naar de bekende weg. Ik ben er trots op dat wij in Nederland een stelsel hebben waarin alle zorg voor iedereen beschikbaar is. Dus een bijstandsmoeder kan naar de duurste privékliniek. Dat is bijna in geen enkel ander land ter wereld het geval. Ja, om dat betaalbaar en beschikbaar te houden, geldt een eigen risico. Dat geldt voor iedereen. Niemand hoeft ooit meer te betalen dan dat eigen risico. We matigen de premie enorm met behulp van de zorgtoeslag. Ik ben daar ontzettend trots op. Dat mevrouw Leijten de revolutie wil prediken en dat zij pleit voor een stelsel waarin in Nederland de werkgelegenheid gesloopt wordt, moet zij zelf weten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Leijten wil daarop reageren.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat wij de farmaceutische industrie terug in het hok willen duwen omdat die winsten daar over onze rug te zeer over de klippen lopen, is inderdaad waar. De heer Rutte zegt echter ook dat wij wantrouwig zijn ten opzichte van alle zorgverleners. Dat is wel een beetje een gemakkelijke koppeling. Ik stelde een vraag over het eigen risico. Deze Minister heeft de stijging van het eigen risico gekoppeld aan de stijging van de premie. Uit de raming van het Centraal Planbureau (CPB) blijkt dat er aan het eind van de volgende kabinetsperiode sprake zal zijn van een eigen risico van € 500. Neemt de VVD dat voor zijn rekening? Vindt de VVD dat dit een goede rekening is om aan mensen te geven in het geval dat zij zorg nodig hebben?

De **voorzitter**:

Mijnheer Rutte, het woord is aan u. Na het antwoord vervolgt u uw betoog.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik kom nog even terug op het artikel in de Volkskrant van gisteren. Dat gaat over het voorschrijfgedrag van artsen in ziekenhuizen. Er is sprake van onverklaarbare verschillen daarin in bepaalde regio's. Ja, dat heeft met medicijnen te maken, maar dat ging ook over hulpmiddelen. Dat moet worden teruggeduwd om ervoor te zorgen dat de balans in het stelsel behouden blijft. Dat is van groot belang. Dat is eerder aangetoond met een app die door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is gemaakt. Er gebeurde rare dingen in het contracteerproces. Het was en is dus essentieel om daar iets aan te doen.

Het eigen risico stijgt mee met de premie. Het is een onderdeel van de totale zorgkosten. Een deel betaal je zelf. Als we niet willen dat het eigen risico te veel stijgt, moeten we ons blijven inzetten om ervoor te zorgen dat de planning van het CPB ten aanzien van de stijging van de premie niet doorgaat. Dan moeten we dus heel scherp blijven en goed beleid blijven voeren zoals we dat de afgelopen jaren hebben gezien, om ervoor te zorgen dat de stijging van de premie wordt beheerst. Dan kan ook de stijging van het eigen risico beheerst blijven. Mevrouw Leijten vertelt nooit dat in de zorgtoeslag elke stijging van de premie met een euro en elke stijging van het eigen risico met een euro één op één wordt gecompenseerd voor de mensen met de laagste inkomens. Dat zegt ze niet. Dat komt haar niet uit. Die vorm van solidariteit heeft ze misschien liever helemaal niet. Dat zou ik raar vinden, maar goed. Daarop mag ze straks in haar eigen termijn ingaan.

Ik ga afronden. Volgens mij is mijn verhaal wel helder. Ik vraag de Minister nog hoe zij aankijkt tegen het rapport van iBMG en hoe zij ervoor zorgt dat onze toezichthouders de middelen die zij hebben, echt gaan gebruiken. Kan zij misschien ook een update geven van de contracteerapp van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in het door haar eerder aangekondigde onderzoek van de Autoriteit Consument & Markt?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik hoorde de VVD-woordvoerder net de woorden «een stelsel in balans» in de mond nemen. Moet je niet concluderen dat die balans in het huidige stelsel totaal weg is? Wat de relatie zorgverzekeraars, zorgverleners en cliënten betreft is te zien dat mensen bang zijn om hun eigen risico op te souperen als zij voor een bepaalde zorgverlener kiezen en zorgverleners die te maken hebben met allerlei extra eisen van zorgverzekeraars. Als de heer Rutte pleit voor een stelsel dat in balans is, moet hij dan ook niet zeggen dat het zorgstelsel op dit punt dient te worden aangepast?

De heer **Rutte** (VVD):

Balans in het zorgstelsel is extreem belangrijk. Het wisselt ook wat de verhoudingen betreft tussen de verschillende partijen. Vooral kleine eerstelijnszorgaanbieders hebben een slechte positie ten opzichte van de verzekeraar om te onderhandelen. We moeten dus de positie van de aanbieder verbeteren. Tweedelijnsaanbieders hebben vaak een veel te sterke positie ten opzichte van de verzekeraar. Daar moeten we ook oog voor hebben. Ik ben het er wat de administratiedruk betreft helemaal mee eens dat we die daar waar mogelijk fors moeten terugdringen. We moeten ervoor zorgen dat die dingen geadministreerd worden die ertoe doen, dat we voorkomen dat verschillende verzekeraars op een wat andere wijze uitvraag doen naar gegevens. Hoe meer we wat dat betreft kunnen standaardiseren, hoe beter het is. Er moeten wel gesprekken tussen partijen plaatsvinden. Ik zou het buitengewoon onprettig vinden als de politiek ging bepalen hoe professionals administreren en hoe regels eruit

zien. Laat men dat in onderling overleg oplossen. Bij mijn weten vinden dit soort gesprekken al plaats en dat is alleen maar goed.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Wat de huisartsen betreft vinden die gesprekken inderdaad plaats. Er zijn echter allerlei andere eerstelijnszorgverleners die nog steeds zuchten onder de bureaucratische last die de zorgverzekeraars opleggen. Als de heer Rutte zegt dat daaraan iets moet worden gedaan, ben ik heel erg benieuwd naar zijn voorstellen daartoe. Die heb ik helaas niet gehoord.

De **voorzitter**:

Mijnheer Rutte, ik verzoek u om kort te antwoorden.

De heer **Rutte** (VVD):

Huisartsen zijn begonnen met het manifest van de Bezorgde Huisarts onder de titel Het Roer Moet Om. De Minister heeft al aangegeven dat daarop wordt voortgebouwd, ook in gesprekken met andere eerstelijnszorgaanbieders, zoals logopedisten. Ik vind dat heel goed. Laat dat gesprek plaatsvinden. In dat gesprek kunnen professionals en verzekeraars uitmaken welke weg de best begaanbare is om tot minder regels te komen en een goede contracteerpositie van de eerstelijnszorgaanbieders.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Tien jaar geleden kregen we een nieuw zorgstelsel en dat is allerm minst een reden voor een feestje. De concurrentie zou de zorg beter en goedkoper maken en de zorgverzekeraars kregen meer macht, maar duidelijk is dat de concurrentie faalt. De Nederlandse zorg is de duurste van Europa en patiënten, huisartsen, specialisten en heel veel anderen zijn ontevreden. Er is veel bureaucratie, er is sprake van te veel verspilling en we betalen een forse boete op ziek zijn, het «eigen risico» genaamd. Meer dan 6 miljoen mensen maken dit eigen risico op en hebben dus te maken met een bedrag van € 385 extra aan premie per jaar omdat ze ziek zijn.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vind dat ik moet ingrijpen als meningen als feiten worden gepresenteerd. Nederland geeft binnen Europa inderdaad het meeste geld uit aan zorg, maar dat geldt niet voor de curatieve zorg. Mevrouw Leijten behoort wel bij de feiten te blijven. Voor de curatieve zorg in Nederland – daar gaat het vandaag over in relatie tot de Zorgverzekeringswet – zijn de kosten in Nederland op gemiddeld Europees niveau. Dit blijkt uit elk onderzoek. Mevrouw Leijten zou dit op zijn minst moeten toegeven. Dat zou wel zo chic zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het bruto binnenlands product wat de zorg betreft is het hoogst in vergelijking met andere landen in Europa.

De heer **Rutte** (VVD):

We hebben het vandaag over de Zorgverzekeringswet. Mevrouw Leijten gooit altijd alle zorgen op een hoop, want dat komt haar heel goed uit. Wat de zorg betreft die onder de Zorgverzekeringswet valt, scoort Nederland gemiddeld in Europa. De extreem hoge kosten worden veroorzaakt door de langdurige zorg. Elk onderzoek toont dat aan. Waarom is mevrouw Leijten daar niet gewoon eerlijk over? Is dat niet zo omdat haar dit ideologisch gezien simpelweg niet uitkomt?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb in menig verkiezingsdebat tegenover de VVD gestaan. Daarin gaf de VVD aan dat de bangmakerij over de dure zorg juist de reden was voor het eigen risico en noem maar op. Als haar dan even niet uitkomt dat dit

wordt gezegd, wordt het anders geframed. Ik ga uit van het bruto binnenlands product. Als er feiten moeten worden geponeerd – de heer Rutte zegt dat buiten de microfoon – moet hij het onderzoek van Health Consumer Power House niet aanhalen. Dat is namelijk niet een gevalideerd wetenschappelijk onderzoek. OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) toont aan dat de kwaliteit van de Nederlandse zorg gestaag daalt. Daar kunnen we ook een boom over opzetten. Ik zeg nogmaals dat ik kijk naar het bruto binnenlands product en het percentage zorgkosten voor Nederland, en constateer dat het hogere scoort dan de omliggende landen. Er rust een forse boete op ziek zijn. 6 miljoen mensen hebben te maken met een hogere premie per jaar, namelijk € 385, simpelweg omdat ze ziek zijn of ziek worden. Dat is voor velen een te hoge financiële drempel. De huisartsen en apothekers zien dat mensen de zorg weigeren die ze nodig hebben. Ze geven aan dat het om een half miljoen mensen gaat. De genoemde boete wordt de komende jaren niet lager maar deze wordt alleen maar hoger, met alle gevolgen van dien. Bij ongewijzigd VVD-beleid loopt deze boete in 2021 op tot bijna € 500 per volwassene. Dan is er dus sprake van een nog hogere financiële drempel en van nog meer personen die zorg mijden. Het is maar waar je trots op bent. Is de Minister bereid om de koppeling van het eigen risico aan de premie los te laten om zodoende een volgend kabinet en voornamelijk de bevolking niet met enorme problemen op te zadelen? Ik kom op het «vrijwillig» hoge eigen risico. Mensen die ervoor kunnen kiezen om extra te betalen, krijgen te maken met een fors lagere premie. Dit is een rare prikkel. Juist de mensen die weten dat zij hoge zorgkosten maken, kunnen namelijk niet kiezen voor een hogere boete en dus voor een lagere premie. Gezonde jongeren kunnen het risico lopen op een hoger eigen risico, waardoor deze groep van een lagere premie profiteert. Kan de Minister aangeven welke groepen onder het vrijwillig eigen risico vallen? Is zij niet met ons van mening dat dit hogere eigen risico uiteindelijk betaald wordt door degenen die dat niet kunnen betalen? Het moet immers uit de lengte of uit de breedte komen. Wat is de mening van de Minister over het feit dat bij online verzekeringen in ieder geval één zorgverzekeraar automatisch uitgaat van het maximale eigen risico, waardoor mensen een lagere premie lijken te moeten betalen? Mensen moeten dan wel een hoger eigen risico betalen in het geval dat zij ziek worden. Sommigen zullen dat misschien niet eens merken. Wat vindt de Minister van dit soort trucjes? Ik kom op het overstapcircus. Jarenlang werden we ziek van de reclames van de zorgverzekeraars. Dit jaar werden we echter ziek van de zorgvergelijkers. Zij kwamen erbij. Dat is overigens niet zo gek. Zij vangen namelijk ongeveer € 150 per overstapper die een polis afsluit. De NZa heeft niet stilgezeten tijdens het overstapcircus. Zij zegt dat het geweldig is gegaan wat het zelfassessment van de zorgverzekeraars betreft. Wij spreken van de slager die zijn eigen vlees keurt. En er was zelfs een twitterspreekuur. De Minister vindt dat er stappen in de goede richting zijn gezet, maar ik vind dat er sprake is van gerommel in de marge. Dit circus werd opgetuigd voor 5,2% van het aantal mensen dat overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Twee derde van de mensen is in de afgelopen tien jaar nog nooit naar een andere zorgverzekeraar gegaan. Waar hebben we het dan over? Wat vindt de Minister van het verschil tussen de hoogste premie en de laagste premie die € 350 bedraagt? Wie betaalt dat verschil? Wie betaalt de korting van de een? En in hoeverre betaalt de zieke, los van het eigen risico, de lagere premie voor de mensen die daarvoor kunnen kiezen? Ik kom op de risicoselectie. Er zijn zorgverzekeraars waar kinderen niet meeverzekerd kunnen worden. Of dit kan wel, maar dan moet men bellen naar een duur informatienummer. Als je via de site lid wilt worden of zelfs wilt overstappen, is er niet de optie van het meeverzekeren van je kinderen. Dat is natuurlijk best slim, want dan kom je overwegend bij

jongeren uit. Zij zijn goedkoper voor de zorgverzekeraar. Vindt de Minister niet dat er sprake is van risicoselectie?

Ik ga in op de budgetpolis, de innovatie door de Minister. Die polis wordt ook wel armenpolis genoemd. Het is een polis zonder keuzemogelijkheid. Waarom is zorg verder weg goedkoper dan zorg dichterbij?

En dan de zorg waarvoor mensen moeten bijbetalen omdat ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Er is een hinderpaalcriterium, maar ik hoor toch geluiden dat mensen desondanks tienduizenden euro's moeten bijbetalen. Is dat nog wel te handhaven? Dat is toch eigenlijk niet meer te doen? Betreft het hinderpaalcriterium een percentage of een absoluut bedrag?

Ik ga in op het manifest Het Roer Moet Om. De gevolgen voor zorgverleners zijn gigantisch; ze zuchten onder de bureaucratie. Niet voor niets kwamen de huisartsen vorig jaar in opstand. We zien overigens dat de gehele paramedische zorg zucht onder de tucht van de zorgverzekeraars. Tarieven stijgen niet of nauwelijks. Niet voor niets vrezen logopedisten voor hun voortbestaan nu de zorgverzekeraars hun tarieven, als het aan de Minister ligt, vrij kunnen geven. Daarover ga ik morgen een motie indienen.

Het moet dus anders. Wij willen geen concurrentie maar wij willen samenwerking. Zorgverzekeraars kunnen het best afgeschaft worden of omgevormd worden naar een nationaal zorgfonds: geen bureaucratie en geen kostenverhogende concurrentie. Wij zouden graag het eigen risico van € 385 afschaffen. Het moeten betalen van dat bedrag weerhoudt mensen er namelijk van om naar de dokter te gaan, terwijl mensen die ziek zijn daar niet voor kiezen. In Nederland moet je kunnen rekenen op de zorg die je nodig hebt. Zo simpel is het.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Voorzitter. Een paar keer is gememoreerd dat de Zorgverzekeringswet straks tien jaar bestaat. Toen de heer Rutte en ik naar deze zaal liepen, zeiden we dat er wel veel goed gaat als je de ideologische opvattingen even buiten beschouwing laat. Er is echter veel dat beter kan. De heer Rutte blikte een jaar terug. Als ik echter tien jaar terugkijk, besef ik dat er in de afgelopen jaren heel veel is gedrukt, geduwd en geprotesteerd tegen een bepaalde manier van optreden door de zorgverzekeraars. Het is fijn dat na tien jaar het actieplan ofwel de zorgvisie met de titel Kern-gezond van de zorgverzekeraars er is. Ook is het fijn dat er afspraken zijn gemaakt over goed inkoopgedrag. Ik kan echter zeggen dat dit niet spontaan is gebeurd. Sommige beroepsgroepen moesten het bijltje er bijna bij neergooien om dit af te dwingen. Er zit dus wel een zuur randje aan. We moeten echter de positieve ontwikkelingen omarmen en deze verder brengen. Een goed voorbeeld is het manifest Het Roer Moet Om. De Partij van de Arbeid ziet dat er gewerkt wordt om dit naar andere sectoren in de eerste lijn te verbreden. Een dergelijke set met afspraken voor andere sectoren lijkt echter nog wel ver weg. Donderdag spreken we over de logopedisten. Ik wil vandaag spreken over de fysiotherapeuten. Ik zou niet willen dat wij wat dat betreft spreken van het wegdrukken van aanbieders, wat vandaag wel gebeurde. Ik vind dat de contractonderhandelingen in de eerste lijn voor fysiotherapeuten en logopedisten heel beroerd verlopen. Hoe zal een en ander er in 2017 uitzien? Kunnen we wat dit betreft resultaten verwachten voor de verdere uitwerking van datgene wat in het manifest Het Roer Moet Om is verwoord?

Ik ben blij dat de Minister laat onderzoeken wat kosteneffectief is bij bijvoorbeeld de behandeling van etalagebenen – zo noem ik ze maar even – en dat zij dat in het pakket bij de fysiotherapie wil opnemen. Zo realiseren we meerdere doelen gelijktijdig: gezonde cliënten, meer substitutie en dus ook een houdbare begroting. De Minister laat ook de fysiotherapie voor mensen met hartfalen en bijvoorbeeld reuma onderzoeken. Het advies daarover zal pas in het najaar beschikbaar zijn. Mocht

het resultaat net zo gunstig zijn, dan kan een en ander in deze kabinetsperiode niet meer opgepakt worden. Wat kan de Minister doen om toch nog in deze kabinetsperiode te beoordelen of fysiotherapie in geval van bijvoorbeeld hartfalen en reuma net zo gunstig is als fysiotherapie voor mensen met zogenaamde etalagebenen?

Ik ga in op de budgetpolissen. Dat is wat de Partij van de Arbeid betreft een ander verbeterpunt. Er zijn veel zorgen geweest over de bekendheid van de gevolgen van het kiezen voor een dergelijke polis door verzekeren. Zorgverzekeraars Nederland heeft het actieplan ofwel de zorgvisie Kern-gezond opgesteld en gezegd dat men een bijsluiter gaat toevoegen waarin wordt gewaarschuwd voor afwijkingen van polissen. Bovendien moet er een zorginformatiekaart komen. De Partij van de Arbeid verzoekt de Minister erop toe te zien dat die bijsluiter en zorginformatiekaart beschikbaar zijn zodra de nieuwe polissen bekend worden. Dat zal in november het geval zijn. Verder pleit de Partij van de Arbeid ervoor dat die bijsluiter echt herkenbaar is. Zij pleit voor een gestandaardiseerde indeling met aandacht voor de financiële consequenties en toevoeging aan elke budgetpolis. De bijsluiter moet in één oogopslag zichtbaar zijn. Bij de Zorg Zeker Polis is de bijsluiter nog steeds weggestopt in een tekst van twintig pagina's. Dat kan niet. Veel mensen gebruiken de vergelijkingssites voor het kiezen van een zorgverzekeraar. Ik wil dat die bijsluiter of de waarschuwing oppoppt zodra men op die budgetpolissen klikt, zodat mensen daar echt niet meer omheen kunnen. Gaat de Minister ervoor zorgen dat die kenmerken meegenomen worden? Kan de Kamer daarover een bericht krijgen?

Ik kom nu op de kleine zorgverzekeraars. Donderdag hebben we het over de logopedisten. Ik wil het vandaag hebben over de fysiotherapeuten. Ik zou toch niet willen dat we daar de term «wegdrukken van aanbieders» voor gebruiken, zoals vandaag ook genoemd is. Ik vind dat met name in de eerste lijn de contractonderhandelingen voor fysiotherapeuten en logopedisten echt heel beroerd gaan. Hoe ziet dat er in 2017 uit? Kunnen we daarvan resultaten verwachten voor de verdere uitwerking van «Het roer gaat om»? Ik ben er blij mee dat de Minister laat onderzoeken wat kosteneffectief is en dat zij dat vervolgens in het pakket voor fysiotherapie wil opnemen. Zij heeft dat aangegeven bij de behandeling van etalagebenen. Zo halen we natuurlijke meerdere doelen tegelijk: gezonde cliënten, meer substitutie en dus ook een houdbare begroting. De Minister laat ook de effectiviteit van de fysiotherapie voor hartfalen en bijvoorbeeld reuma onderzoeken. Dat advies komt echter pas in het najaar. Stel dat dat net zo gunstig uitpakt, dan kan het in deze kabinetsperiode niet meer opgevolgd worden. Wat kan de Minister doen om ervoor te zorgen dat toch nog in deze kabinetsperiode kan worden beoordeeld of fysiotherapie bij bijvoorbeeld hartfalen en reuma net zo veel effect heeft als nu bij de behandeling van etalagebenen het geval is?

Ik wil het vervolgens hebben over de budgetpolissen. Wat de Partij van de Arbeid betreft, is dat een ander verbeterpunt. Er zijn veel zorgen geweest over de kennis van de verzekerde over de gevolgen van het kiezen van een dergelijke polis. Zorgverzekeraars Nederland heeft het actieplan Kern-gezond opgesteld en heeft aangegeven dat er een bijsluiter zal worden toegevoegd waarin wordt gewaarschuwd voor afwijkingen van polissen. Er moet een zorginformatiekaart komen. De Partij van de Arbeid vraagt de Minister om erop toe te zien dat die beschikbaar is zodra de nieuwe polissen in november bekend worden. Voorts wil de Partij van de Arbeid dat die bijsluiter echt duidelijk is, dat er bij elke budgetpolis sprake is van eenzelfde gestandaardiseerde indeling. Dan is dat voor mensen meteen herkenbaar. Er moet bijvoorbeeld met behulp van een voorbeeld altijd aandacht worden gegeven aan de financiële consequenties. De bijsluiter moet in één oogopslag zichtbaar zijn. Ik heb even gekeken naar de Zorg Zeker Polis. Daar is de bijsluiter echt nog steeds weggestopt in 20 pagina's tekst. Dat kan niet. Men moet het in één oogopslag kunnen zien.

Heel veel mensen gebruiken de vergelijkingssite voor het kiezen van een zorgverzekeraar. Daarom wil ik dat op die internetsite de bijsluiters oppoppen zodra je op de budgetpolissen klikt, zodat mensen er echt niet meer omheen kunnen. Gaat de Minister ervoor zorgen dat die kenmerken meegenomen worden? Kan de Kamer daarover een bericht krijgen? Ik wil het nog hebben over de kleine zorgverzekeraars en over de ex-postcompensatie. De NZa stelt in de marktscan 2015 dat het voor nieuwe zorgverzekeraars zeer moeilijk is om toe te treden. Wat zegt de Minister daarover? Ziet zij mogelijkheden voor correcties? Is dat een gewenst gevolg van haar beleid? Dat is natuurlijk een vrij principiële vraag. Voorts horen we dat de kleine zorgverzekeraars zorgen hebben over de voorgenoemde ex-postverevening. Deelt de Minister de zorgen van deze kleine zorgverzekeraars en welke oplossingsrichtingen zijn er? Ik kom nog even kort te spreken over de zorgmijders. De Minister heeft onderzoek laten doen naar de omvang en de oorzaken. De conclusie is dat er gerichte maatregelen nodig zijn voor mensen met lage inkomens die in achterstandswijken wonen, voor de leeftijdscategorie 18- tot 39-jarigen – de Unie KBO voegt daar overigens ouderen aan toe – en voor analfabeten. De Partij van de Arbeid vindt het goed dat de Minister dit vraagstuk samen met de gemeenten, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties probeert aan te pakken. De brief daarover is van oktober 2015. We zijn inmiddels vijf maanden verder. Wat is de stand van zaken bij de andere gesprekspartners dan de zorgverzekeraars? Zij hebben het actieplan Kern-gezond gelanceerd.

De voorzitter:

Wilt u gaan afronden? U bent al ver over uw spreektijd heen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik heb nog twee losse vragen. Wat is de stand van zaken bij casemanagement dementie? Ik heb ten slotte nog een vraag over De Friesland Zorgverzekeraar die een enorm plan heeft opgesteld voor een gedifferentieerde inkoop en populatiebekostiging. Ik ben benieuwd wat de Minister van dat plan vindt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Ruim een jaar geleden presenteerde de Minister haar plan Kwaliteit loont, waarmee inzet op kwaliteit dé weg naar kostenbeheersing in de Zorgverzekeringswet zou zijn. Hoe tekenend is het dat van de 30 voorliggende agendastukken er geen enkele over kwaliteit gaat! GroenLinks heeft vorig jaar een nota geschreven waarbij het uitgangspunt juist is dat inzet op kwaliteit en de centrale positie van patiënt en zorgverlener de machtsverhoudingen in de zorg gezonder maken en ook leiden tot een echte vermindering van bureaucratie. Keuzevrijheid is een belangrijk uitgangspunt in het zorgstelsel. Mensen moeten vrij kunnen kiezen voor een zorgverlener en voor een polis die bij hen past. En toch wordt die keuzevrijheid nog te veel belemmerd, bijvoorbeeld door te veel schijnkeuzevrijheid voor de basisverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit signaleerde dit ook. Het grote en diverse aanbod van polissen maakt het moeilijk om de juiste keuze te maken.

En zoals de Minister zelf al signaleert, is het aantal basispolissen in het afgelopen jaar teruggelopen, maar is de keuze er nog niet makkelijker op geworden. De conclusie die GroenLinks trekt, is dat we dus niet alleen naar het aantal basispolissen moeten kijken, maar ook naar andere mogelijkheden, zoals het stoppen met het aanbieden van een vrijwillig hoger eigen risico en kritisch kijken naar budgetpolissen.

Zorgverzekeraars lijken met het actieplan Kern-gezond zelf voorzichtige stappen te maken, maar juist het gedrag van andere aanbieders van zorgverzekeringen lijkt de keuzevrijheid te beperken. Het zijn juist de vergelijkingssites en collectiviteiten die het aanbod nog verder vertroet-

belen. Ze lijken bij te dragen aan transparantie en keuzemogelijkheid, maar zijn nog steeds zeer sturend, doordat hier nog wel welkomstcadeaus worden aangeboden, nog wel acties op uitsluitend nieuwe verzekerden worden gehanteerd. Is het daarom niet veel eenvoudiger om de laag van vergelijkingssites eruit te halen en ervoor te zorgen dat men alleen direct bij de zorgverzekeraar een contract kan afsluiten?

Het taalniveau van een polis is van belang voor de begrijpelijkheid ervan. Dat niveau ligt erg hoog, terwijl het juist voor iedereen mogelijk moet zijn om een goede keuze te maken. Dat moet ook mogelijk zijn voor laaggeletterden. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in overleg te gaan over begrijpelijke polissen, zodat ook de uitvoering van de Zorgverzekeringswet VN-verdragproof wordt? Ik hoor hierop graag een reactie. Is de Minister het met GroenLinks eens dat we van die opslag af moeten? Dan het pgb in de Zorgverzekeringswet. Het pgb is eindelijk wettelijk onderdeel van de Zorgverzekeringswet, maar de algemene maatregel van bestuur moet nog komen. Kan de Minister aangeven hoe het daarmee staat? Wil de heer Rutte nu interrumpen of zie ik instemmend geknik bij hem? Dat zou mooi zijn!

De verhoudingen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zijn de afgelopen jaren al meermalen ter sprake gekomen. Ook hier zijn wat stappen gezet, bijvoorbeeld met «Het roer gaat om». Ook is voor betere verhoudingen ingevoerd dat zorgverzekeraars voor 1 april hun inkoopbeleid voor het komend jaar bekend moeten maken. Is de Minister bekend in hoeverre dat ook gebeurd is? Is zij zelf na 1 april ook terughoudend met maatregelen die dat inkoopbeleid kunnen beïnvloeden? Wat de inkoop betreft, hoor ik dat het nog vaak de zorgbestuurders en de zorgverzekeraars zijn die aan tafel zitten voor de onderhandelingen, die dan dus vooral gaan over de prijs en het volume. GroenLinks wil dat de onderhandelingen juist meer over kwaliteit gaan, bijvoorbeeld door niet alleen zorgbestuurders maar ook juist artsen en andere zorgverleners een rol in de onderhandelingen te geven en hen ook aan tafel te zetten. Dat gebeurt nu maar zelden. Is de Minister bereid om te kijken wat zij kan doen om te stimuleren dat kwaliteit meer onderdeel van gesprek wordt?

Ik kom te spreken over de kleinere en zelfstandige zorgverleners. Juist voor hen voelt het contact met de zorgverzekeraars nu vaak als tekenen bij het kruisje. Daarom riepen huisartsen vorig jaar al op om het roer om te gooien. Voor de huisartsen lijkt dat nu langzaam te slagen, ook door de druk die het actieplan «Het roer gaat om» op het proces heeft gezet. Het baart GroenLinks zorgen dat beroepsgroepen als logopedisten en fysiotherapeuten nog steeds veel problemen ervaren. De Minister zou er veel meer bovenop moeten zitten dat het roer ook echt in de hele eerste lijn omgaat, dat bureaucratie wordt aangepakt en er een gelijkwaardige onderhandelingspositie ontstaat.

Ik noem een paar voorbeelden. Logopedisten signaleren dat de kwaliteitsstandaard die er juist zou zijn voor minder bureaucratie en inkoop op kwaliteit, door zorgverzekeraars wordt gebruikt om toch nog eigen en extra eisen te stellen. Fysiotherapeuten kunnen zich niet verenigen om samen te onderhandelen. Daarom moet ervoor worden gezorgd dat zorgverzekeraars geen eigen aanvullende eisen aan zorgverleners kunnen stellen en moet de Mededingingswet voor eerstelijnszorgverlening zo snel mogelijk worden verruimd, zodat zij wel samen kunnen werken in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Er moet niet worden afgewacht hoe een en ander uitpakt voor de huisartsen, maar die eerstelijnszorgverleners moeten nu geholpen worden.

De voorzitter:

Dank u wel. U bent keurig binnen de tijd gebleven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. De lijst aan stukken voor dit algemeen overleg is indrukwekkend. Ik had er een stapel van gemaakt en dacht bij mezelf: ik kan de deur niet meer uit. Dat is echter toch nog gelukt. Het is dus ook kiezen tussen veel onderwerpen.

Wij lezen dat het aantal polissen in 2015 is teruggegaan van 71 naar 61. Dat is een goede stap naar beneden. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in haar analyse echter het aantal basispolissen vermenigvuldigd met het aantal aanvullende polissen, en dan komen we op 1.136 combinaties uit. Dus als je een nieuwe polis en een aanvullende polis wilt kiezen, zijn er 1.136 verschillende combinaties mogelijk. Het is ook nog zo dat je kunt kiezen tussen verschillende soorten eigen risico. Er is het vaste eigen risico en het vrijwillige eigen risico. Die rekensom heeft de NZa ook gemaakt en dan heb je als Nederlander die graag wil overstappen, de keuze uit 5.940 combinaties. Het is met recht een jungle! Probeer daar maar eens een keuze in te maken! Elke keer als ik voor een zaal met mensen sta, vraag ik of zij geprobeerd hebben om over te stappen en, zo ja, wat dan hun ervaringen daarmee waren. Dan zijn ze vijf minuten bezig om uit te leggen hoe dat was. Dat was over het algemeen nog niet helemaal positief, om het maar met een understatement te zeggen. De vraag is: hoe kunnen we mensen daarmee helpen? De Minister doet op dit moment al onderzoek naar collectiviteiten om te kijken of ze daarin ook zaken kan versimpelen. Zijn die onderzoeken klaar voor het basispakket van 2017? Kunnen we er ook in de aanloop naar het overstapeseizoen van 2017 echt voor zorgen dat het maken van keuzes gemakkelijker is doordat er minder poliscombinaties zijn? Het CDA zou dat echt heel graag zien. Zoals de Minister zich vast nog wel kan herinneren, heeft mijn collega Margreeth Smilde in 2011 een motie ingediend over het invoeren van uitkomstbekostiging. De Minister is daarmee aan de slag gegaan. Inmiddels hebben we ook een onderzoek gehad van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit waaruit blijkt dat uitkomstbekostiging per 2020 geen realistisch doel is. Dat was toentertijd in die motie wel neergelegd. De Minister deelt dit, zo blijkt uit haar brief. Wel zijn we natuurlijk langzamerhand in het zorgveld bezig om op verschillende plekken uitkomstbekostiging in te voeren. In de analyse van die onderzoekers staat dat bestaande wet- en regelgeving vaak een belemmering vormt voor de invoering van meer uitkomstbekostiging. Ziet de Minister een meerwaarde van het in kaart brengen van die belemmerende regelgeving? Het CDA wil graag stappen in die uitkomstbekostiging zetten, maar ziet ook wel dat we 2020 niet halen. We kunnen natuurlijk wel proberen om dat proces te versnellen.

Pieter Omtzigt en ik hebben een tijd geleden een motie ingediend over solvabiliteitseisen en risicoverevening. De Minister heeft daarover een brief geschreven. Wij danken haar voor de uitgebreide uitleg daarin. Zij stelt dat de stijging van de vereiste solvabiliteit prima gedekt kan worden door de aanwezige middelen die zorgverzekeraars hebben. Naar verluidt gaat de Europese Commissie de komende periode de solvabiliteitseisen herberekenen. Dit leidt er wellicht toe dat er een hogere eis voor de solvabiliteit komt, waardoor zorgverzekeraars weer meer geld op de plank moeten hebben, wat dan weer het effect heeft dat mensen zoals wij hier allemaal meer premie moeten betalen, met alle gevolgen voor het eigen risico van dien. Klopt het dat er vanuit de Europese Commissie een herberekening van het solvabiliteitspercentage komt? Wat is de verwachting daarvan? Wordt dat percentage verder omhoog geschroefd en wat kan de Minister dan doen om ervoor te zorgen dat de Europese Commissie ons weer niet een nog hoger percentage toedicht? Tien jaar geleden, bij de invoering van het stelsel, was de solvabiliteit 8% en nu moeten de zorgverzekeraars een solvabiliteit van tussen de 19 en 21% aanhouden. Dat zijn wel echt heel grote bedragen.

Ik kom te spreken over de aanvullende verzekering. De Minister stelt dat de Nederlandse Zorgautoriteit het onwenselijk vindt als zorgverzekeraars

een toeslag vragen op de aanvullende verzekering wanneer de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten. Het CDA vindt dat ook, want dat is echt een indirecte vorm van risicoselectie. De Minister zou daarover in gesprek gaan met de zorgverzekeraars. Wat is daaruit gekomen en kunnen wij er dus ook van uitgaan dat dit soort onwenselijke praktijken in de volgende overstapperperiode niet langer plaatsvinden? Ik heb nog een drietal korte vragen. De eerste gaat over de risico-verevening voor 2017. We hebben hier 22 juni een overleg over. De Minister staat voor de heel grote beslissing of we de geestelijke gezondheidszorg en de verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet laten of dat we die misschien moeten overhevelen naar de Wet langdurige zorg. Zijn wij op 22 juni als Tweede Kamer nog op tijd om invloed op die beslissing uit te oefenen of moeten we hierover eerder met de Minister van gedachten wisselen? Ik wil niet voor voldongen feiten komen te staan. Het CDA denkt hierover, in ieder geval tot nu toe, echt anders dan de Minister. Misschien komen we op hetzelfde uit. Wij hebben vorige week al gesproken over de geboortezorg. Het gaat echt mis in het veld. In het zicht van de finish heeft iedereen weer ruzie met elkaar. Dat is eigenlijk heel jammer, want we hebben jaren met elkaar gebouwd en jaren een positieve ontwikkeling gezien. Het ziet er nu naar uit dat we vijf jaar terug in de tijd gaan. Volgens mij gaat de Minister een gesprek aan. Dat vind ik ook goed. Wat kan zij doen? Welke mogelijkheden ziet zij? De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is uit het College Perinatale Zorg gestapt. Daarmee is dat college eigenlijk overbodig geworden, want ook de KNOV moet daarin zitten. Wat is de inzet van de Minister op dat punt?

De voorzitter:

Wilt u nu echt gaan afronden?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik had nog een vraag willen stellen over zorgmijders. Dat komt dan wel in tweede termijn.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Afgelopen jaar stapte 6,3% van de Nederlanders over naar een andere zorgverzekeraar. Dat waren ruim een miljoen verzekerden. Zorgverzekeraars hebben met het actieplan Kern-gezond ook goede stappen gezet, maar we zijn er nog lang niet. Het aantal polissen is afgenomen – anderen refereerden daar ook al aan – maar door onder andere de volmachten en de vergelijkingssites is het aanbod in de perceptie van mensen nog altijd onoverzichtelijk. Marketingactiviteiten zijn beperkt, maar collectiviteiten en vergelijkingssites kwamen wel met acties voor nieuwe verzekerden. Hoe gaan wij met het circuit rondom de zorgverzekeraars – en dat doel ik op de collectiviteiten, de volmachten en de vergelijkingssites – aanhaken bij de afspraken in Kern-gezond? De focus moet, wat de ChristenUnie betreft, liggen op de zorginhoud. In het begrijpelijk en toegankelijk maken van polissen is echt nog veel te winnen. Kunnen we voor komend jaar, eventueel bij wijze van proef, zorgverzekeraars ertoe oproepen om een uniform polisprofiel te ontwikkelen? Ik hoor hierop graag een reactie.

Ik vind het opvallend dat vooral jonge verzekerden vaker voor een vrijwillig eigen risico kiezen. De groep die geen vrijwillig eigen risico heeft, is kleiner geworden. Wat de ChristenUnie betreft, ondermijnt het vrijwillige eigen risico de solidariteit van ons stelsel. In het actieplan Kern-gezond staat een aantal afspraken met betrekking tot het verplichte en vrijwillige eigen risico. Ik heb begrepen dat een aantal zorgverzekeraars hun zogenaamde multiplier heeft afgebouwd. Hoe zorgen we ervoor dat alle zorgverzekeraars dit doen? Is het niet veel beter om met elkaar af te spreken om in jaar X te stoppen met het vrijwillige eigen risico?

Zorg mijden wanneer je wel zorg nodig hebt, is gevaarlijk en onwenselijk. De Minister heeft onderzoek laten doen naar de gevolgen van het verhogen van het eigen risico op zorgmijding. Het is opvallend dat niet alleen de mensen met een lager inkomen, maar juist ook de groep jongvolwassenen vaker afziet van een huisartsenbezoek. De Minister neemt een flink aantal maatregelen, onder andere meer voorlichting en het vergroten van kennis. Het is niet gek als je bedenkt dat er zelfs een grote groep is van 21% die helemaal niet weet hoe hoog het eigen risico is. Tegelijkertijd is het onbevredigend, omdat het onderzoek ook geen volledig beeld geeft. Waarom is bijvoorbeeld de ggz-doelgroep niet meegenomen? Juist zij is kwetsbaar als het gaat om zorg mijden. Hoe weten we of mensen zorg mijden door laaggeletterdheid? Hoe zit het met de ouderen? Zij hebben met de stapeling met een eigen risico en met een eigen bijdrage te maken. Het onderzoek gaat ook niet in op het mijden van Wlz-zorg thuis. Ik vraag de Minister, het onderzoek naar zorg mijden regelmatig te herhalen en dan ook de genoemde groepen hierin te betrekken.

Vrijwel alle gemeenten bieden een collectieve verzekering aan. Is er voldoende inzicht in de doelmatigheid van deze verzekeringen? Sluiten deze verzekeringen ook goed aan bij de wensen van de doelgroep? Wil de Minister hier onderzoek naar doen? Wat vindt zij van het idee om zorgverzekeraars om de drie jaar bijvoorbeeld een rechtmatigheidscontrole te laten uitvoeren?

Het onderzoek naar dementieketens en casemanagement van het NIVEL staat ook op de agenda. Ik heb begrepen dat er een vervolgonderzoek is ingezet. Wanneer kunnen we dit rapport verwachten? De ChristenUnie blijft van mening dat een aparte aanspraak nodig is willen we casemanagement dementie echt borgen. Nu word ik, eerlijk gezegd, een beetje moe van het telkens aanhoren van geruststellende woorden over het borgen van de functie, terwijl ik dan uit de praktijk terughoor dat inkooptrajecten echt heel moeizaam verlopen. Voor mijn gevoel modderen we nu een beetje aan, terwijl dit niet nodig is en het ten koste gaat van kwetsbare mensen.

Hoewel we net een algemeen overleg over de eerstelijnszorg achter de rug hebben, wil ik toch nog een aantal opmerkingen over de eerste lijn maken. De ACM heeft een beleidslijn gepubliceerd voor toezicht op samenwerking in de eerste lijn. Daarmee lijkt er meer ruimte voor samenwerking te zijn. Bij signalen dat de samenwerking toch schadelijk is voor verzekerden zal de ACM nader onderzoek doen. Maar hoe komt de ACM aan die informatie? Creëert dat niet nieuwe onzekerheid voor zorgverleners? Het zal duidelijk zijn: ik zie uit naar het onderzoek dat de Minister uitvoert naar aanleiding van de motie van de SP en de ChristenUnie.

Een ander punt is dat paramedici de noodklok luiden over hun tarieven en de administratieve lastendruk. Welke oplossingsmogelijkheden ziet de Minister voor deze sector? Het roer gaat om voor de huisartsen, maar eigenlijk zou dat veel breder moeten zijn. Eigenlijk zouden ook paramedici moeten worden betrokken bij «Het roer gaat om».

Ik denk dat het terecht is dat de Minister niet overgaat tot vrije prijzen voor logopedie, maar wat zijn haar plannen dan wel met het NZa-rapport?

Ik maak ten slotte nog een aantal opmerkingen over het pgb. Herkent de Minister signalen dat de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen beter kan, omdat er bij de indicatie rekening wordt gehouden met pgb of zorg in natura? Anders gezegd: die vraag heeft invloed op de indicatie. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Wil de Minister daarover in gesprek gaan met de betrokken belangenorganisaties en kan zij een stand van zaken geven van de AMvB die onder het Zvw pgb komt te hangen? Wanneer kan de Kamer deze verwachten?

De vergadering wordt van 10.52 uur tot 11.05 uur geschorst.

Minister Schippers:

Voorzitter. Een aantal woordvoerders heeft er al aan gerefereerd dat de Zorgverzekeringswet tien jaar bestaat. Ondanks dat het perfecte systeem niet bestaat – ik vrees ook dat het erg moeilijk is om dat te ontwerpen, want anders was er vast wel een land geweest dat dat al had gedaan – vind ik dat we trots mogen zijn op wat we in deze tien jaar hebben bereikt. Er is één basispolis voor de hele bevolking, de lange wachttijden zijn verdwenen, de premie is betaalbaar gebleven, zeker voor mensen met de kleinste portemonnee, de kwaliteit van zorg is van hoog niveau, er wordt beter gelet op de rechtmatigheid van de geleverde zorg, het stelsel staat en partijen weten steeds beter vorm te geven aan hun rol en verantwoordelijkheden. Dat komt de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg, en dus het belang van de verzekerden, ten goede. Daar ben ik tevreden over. Deze tevredenheid mag niet omslaan in genoegzaamheid. Het stelsel moet onderhouden worden en we moeten partijen blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheden. De tijd vraagt ook steeds om nieuwe zaken. De patiënt van nu is niet de patiënt van tien jaar geleden. De patiënt van nu wil meer informatie, wil meer samen beslissen en heeft een andere positie. En terecht. Wij moeten daaraan blijven werken.

Wij hebben in de afgelopen periode met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt teneinde het contracteerproces dit jaar beter en sneller te laten verlopen. Ook daarin hebben we een belangrijke stap gezet, namelijk dat verzekeraars voor 1 april hun inkoopbeleid publiek maken. We hebben er ook voor gezorgd dat er een geschillencommissie is die, als dat niet goed verloopt, de geschillen kan oplossen.

Verzekerden die vanaf midden november hun polis kiezen, behoren te weten waar ze aan toe zijn. Dan kan de verzekeringsmarkt beter werken. Dat is belangrijk voor de verzekerden. In het afgelopen jaar hebben wij voor het eerst een bijsluiter gehad, komend jaar komt het polisprofiel van de NPCF en de Consumentenbond erbij. Wij hebben een polischecker die rond de zomer van start gaat. Wanneer iemand bij een ziekenhuis aanklopt, wordt automatisch gecheckt of dat ziekenhuis in zijn of haar polis zit. Zo kan worden voorkomen dat iemand per ongeluk een hoge rekening krijgt omdat hun zorgverzekeraar geen contract heeft met dat ziekenhuis. Daarnaast zal er een geschillencommissie komen voor bemiddeling en beslechting van problemen in het contracteerproces. Er zijn meer verbeteringen mogelijk. Het is daarom mijn en onze opgave en de opgave van alle betrokken partijen in het veld om de komende tijd nog een paar tandjes erbij te zetten. Ik verwacht van de zorgverzekeraars dat zij een krachtig vervolg geven aan hun actieplan Kern-gezond en ook in 2016 doorgaan met het verbeteren van voorlichting aan verzekerden over de inhoud van hun polis en de kwaliteit van de ingekochte zorg. Daarnaast is het ook nodig dat ze terughoudend zijn in het aantal verschillende polissen dat wordt aangeboden, met de labelling van polissen en met het maken van afspraken met collectiviteiten, volmachten en vergelijkingssites. De verzekerde moet centraal staan. Die is gebaat bij heldere producten en overzichtelijkheid. Ik roep de zorgverzekeraars ook op om bij de inkoop meer in te zetten op kwaliteit en innovatieve zorg en het opschalen daarvan in het belang van de patiënt. Ik hecht veel waarde aan de invloed van verzekerden op het inkoopbeleid. Het zou goed zijn als zorgverzekeraars beter zichtbaar maken hoe zij dit in hun organisatie hebben geborgd. Zoals de Kamer weet, is er ook een wetsaanpassing in de maak.

De reeds lopende acties in het kader van het Jaar van de Transparantie en Kwaliteit loont hebben al een flinke slinger gegeven aan verbeteringen. Ik kom zeer binnenkort met een overzicht van datgene wat het Jaar van de Transparantie heeft opgeleverd. Mevrouw Dijkstra vroeg of ik geen brief zou kunnen schrijven over de stand van zaken van Kwaliteit loont. Wij denken dat het goed is om na de zomer, in aanloop naar de begroting, een

brief over de stand van zaken bij Kwaliteit loont te sturen. Ik zeg dat dus bij dezen toe.

Er is inderdaad sprake van een grote verscheidenheid aan geagendeerde onderwerpen. Ik wil richting mevrouw Voortman wel opmerken dat de Kamer gaat over de brieven die geagendeerd worden. Zij merkte op dat er geen brieven over de kwaliteit bij zitten. De reden daarvoor is meer dat de Kamer dat graag in een ander algemeen overleg wil bespreken. Ik vind dat zelf namelijk ook altijd een bijzonder goed gespreksonderwerp. We zien dat er ontzettend veel brieven op de agenda staan, die uiteenlopen zowel qua onderwerp als qua datum. Sommige brieven zijn echt al veel ouder dan andere. We kunnen aan deze brieven zien dat er veel beweging in het stelsel zit. Het gaat van goed verzekeraarschap tot het kostenbewustzijn van de verzekerden, het gaat van «Het roer gaat om» tot het contracteerproces en het gaat van het gedrag van zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode tot een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Ik ga over tot de beantwoording van de vragen. Ik heb vijf blokjes. Ik begin met het blokje over overstappen, risicoselectie, vrijwillig eigen risico en aanvullende verzekering. Is er een polisjungle en kan ik ervoor zorgen dat er minder overstapcombinaties zijn? Zoals mevrouw Bruins Slot al aangaf, laat de monitor zien dat het aantal modelovereenkomsten, het aantal polissen dat is aangemeld bij de NZa, is afgenomen van 71 naar 61. Dat vind ik een goede stap en dat vind ik ook te overzien. De monitor laat ook zien dat polissen vervolgens onder een andere naam worden doorverkocht als collectiviteit of via een volmacht. Voor de verzekerde is het dan niet zichtbaar dat dit eigenlijk gewoon polis X is.

Ik laat nu onderzoeken hoe het zit met de collectiviteiten. Hoeveel zijn er, voor welke doelgroep, hoe groot zijn ze, welke korting bieden ze, welke zorginhoudelijke afspraken worden er gemaakt? Dit onderzoek naar de collectiviteiten doe ik de Kamer voor de zomer toekomen. Ook de NZa doet onderzoek naar de collectiviteiten. Dat rapport komt rond de zomer. Die resultaten wil ik betrekken bij de analyse.

Wij moeten tot de conclusie komen dat het bij die 61 polissen om zo'n twee polissen per verzekeraar gaat. Daar zit dus geen heel groot probleem. Ik denk dat het verder daarop drukken niet zo heel veel zal oplossen. Wij moeten en zijn momenteel wel goed aan het kijken naar al die etiketten via collectiviteiten en volmachten. Het idee van de collectiviteiten was nu juist dat er inkoopmacht voor verzekerden zou ontstaan. Als één verzekerde verontwaardigd zegt dat hij overstapt naar een andere verzekeraar, maakt dat minder indruk dan wanneer je zegt: ik heb hier een collectiviteit van een paar duizend man die overstappen naar een andere verzekeraar, omdat de huidige verzekeraar zijn werk niet goed genoeg doet. Daarom vinden wij het heel belangrijk om helderheid te krijgen over de collectiviteiten. Vandaar die dubbele onderzoeken die nu worden gedaan.

Kernvraag is hoe het voordeel van de inkoopmacht zich verhoudt tot het grote polisaanbod voor verzekerden. Hoe werkt die collectiviteitenmarkt nou? Worden er beleidsmatige stappen gezet ten aanzien van overstapgedrag?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik bedank de Minister voor haar duidelijke toelichting op de stappen die zij nog neemt en de onderzoeken die gedaan worden. Het is nu eigenlijk als volgt. Je hebt één grote kamer met bijvoorbeeld tien verschillende gekleurde voordeuren. Je doet een deur open, en je staat allemaal in dezelfde kamer. Dat is hartstikke verwarrend voor mensen. De Minister zegt terecht: polis X is eigenlijk nu op tien verschillende manieren verpakt. Alle onderzoeken komen voor of rond de zomer. Ziet de Minister dan ook mogelijkheden om beslissingen te nemen over de manier waarop we die poliscombinatiejungle kunnen verminderen? Ziet de Minister een

mogelijkheid om dat voor het overstapseizoen van 2017 te kunnen doen?
Of is dat te ambitieus?

Minister Schippers:

We zijn met de sector zelf, met de zorgverzekeraars, voortdurend in overleg over de vraag hoe wij de zaken stap voor stap kunnen opschonen en verbeteren. Zij maken de polissen en zij kunnen dat al. Zij hoeven niet op mijn onderzoek naar de collectiviteiten te wachten. Ik verwacht ook dat zij doorgaan met het verhelderen van de stappen die zij de vorige keer al gezet hebben. Ik wil zelf ook een goed inzicht hebben. Daarom heb ik deze onderzoeken uitgezet. Die kunnen misschien ook weer helpen bij het maken van de polissen. Ik maak zelf geen polissen. Ons onderzoek verschijnt voor de zomer. Zodra we dat binnen hebben, zal ik het rondsturen. De Kamer krijgt dan op een later moment een reactie van mij daarop. Dan kan iedereen daar al zijn voordeel mee doen. Men kan daar dus nog lering uit trekken voor alle polissen die voor volgend jaar gemaakt worden. Dat is immers pas na de zomer aan de orde.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De Minister staat positief tegenover de stappen van de zorgverzekeraars, maar er zijn altijd achterblijvers. Daar zitten soms ook redenen achter. Die volmachten kunnen bijvoorbeeld heel mooie instrumenten zijn om een bepaalde categorie verzekerden binnen te krijgen. Daar zit soms ook wel een vorm van indirecte risicoselectie aan vast. Dat moet je ook tegengaan. Dat is iets wat wij in de afgelopen jaren als CDA en eigenlijk ook als Kamer gezegd hebben. Wat sturing van de Minister op dat vlak kan dus op zich geen kwaad, om ervoor te zorgen dat de achterblijvers ook op een gegeven moment meegaan met de rest van de zorgverzekeraars die de beweging inzetten. Ik heb de volgende concrete vraag aan de Minister. Laat zij het dan helemaal aan de zorgverzekeraars over of zegt ze: nee, ik kom uiteindelijk toch ook wel met een eigen standpunt?

Minister Schippers:

Ik kom zeker met een standpunt, ook op ons eigen onderzoek. Wij zijn nu ook in overleg met vergelijkingssites over de tussenpersonen. Dat kwam in het vorige debat uitvoerig aan de orde. We zijn nu aan het bekijken hoe we de gang van zaken met die tussenpersonen inzichtelijker kunnen maken. Mevrouw Bruins Slot heeft gelijk: het in elkaar timmeren van meer deuren die toegang geven tot dezelfde polis, heeft bijzonder weinig zin. Wij delen dus de analyse en wij zijn nu bezig met het aandragen van oplossingen. Ik maak de polissen niet, maar ik geef zeker een reactie daarop. Wij zijn ook in overleg daarover met de verzekeraars. Een volgend punt is het overstappedrag. Voelen verzekerden zich vrij om over te stappen naar een andere verzekeraar? Ik wil opmerken dat de drempels om over te stappen afnemen. Wij hebben het hier vaker gehad over medische keuringen of aanvullende vragen die verzekeraars stellen. Wij moeten constateren dat in 2016 slechts voor 2% van de aanvullende verzekeringen een selectief acceptatiebeleid gold. In 2012 was dit 42%. De verzekeraars hebben de aanvullende eisen dus massaal laten vervallen. Dat is natuurlijk heel goed nieuws. Zorgverzekeraars nemen machtigingen over en hebben acties ondernomen om verzekerden een weg te wijzen in het polisaanbod. Dit alles maakt dat het voor verzekerden ook makkelijker wordt om over te stappen. Ik moedig de verzekeraars aan om deze lijn op een ambitieuze wijze voort te zetten.

De woordvoerders van D66 en de VVD hebben vragen gesteld over het overstappercentage. Het overstappercentage zegt op zich helemaal niets over het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Het gaat om de vraag waarom mensen wel of niet overstappen. Het inzicht in de redenen is dus van belang. De NZa heeft in haar marktscan van de zorgverzekeringsmarkt aandacht besteed aan die redenen. De top drie van de redenen

om niet over te stappen waren: tevredenheid over de dekking van de totale polis (46%), zit al heel lang bij de huidige zorgverzekeraar (30%) en tevreden over de service van de verzekeraar (20%). Er liggen dus op zichzelf tevredenheidsredenen aan ten grondslag. Belangrijk is dat niet alleen jong en gezond overstapt, maar bijvoorbeeld ook chronisch zieken. Bij het overstappen van chronisch zieken is de verbetering van de risicoverevening echt het allerbelangrijkste. Daar hebben wij ook behoorlijke stappen in gezet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De Minister geeft aan wat onderzocht is en wat de beweegredenen zijn voor mensen om bij een zorgverzekeraar te blijven. Zij geeft ook aan dat in 2016 eigenlijk maar 2% een selectief acceptatiebeleid hanteert. Ik ben op zoek naar een antwoord op de vraag of het ook te maken zou kunnen hebben met het gebrek aan informatie bij mensen en de angst van mensen dat als ze overstappen, ze niet worden geaccepteerd voor een aanvullende verzekering. Dat selectieve acceptatiebeleid is enorm gedaald, maar tegelijkertijd weten waarschijnlijk heel veel mensen dit niet. Is het dus ook niet een kwestie van heel goed informeren?

Minister **Schippers**:

Dat is voor ons ook een stimulans om daar maximaal aan te werken. Je durft pas over te stappen als je er zeker van bent dat je alles weet wat van belang is. Dat is ook de reden waarom ik in gesprek ben met verzekeraars en vergelijkingssites, onderzoek doe naar collectiviteiten en me druk maak over de tussenpersonen. Hoe meer helderheid je hebt, hoe meer je ook weet waar je aan toe bent, hoe meer je ook durft. Ik denk wel dat de verevening er ook een grote rol bij speelt, ook voor verzekeraars om juist in te zetten op chronisch zieken en ouderen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De vraag is dan wel: wat zijn de beleidsmatige stappen die de Minister zet om hier een einde aan te maken?

Minister **Schippers**:

Het allerbelangrijkste wat wij doen, is de risicoverevening. Dat is ook meteen het moeilijkste. Wij hebben daar regelmatig correspondentie over. Daaruit blijkt ook hoe moeilijk de afwegingen zijn. Wij hebben ook een conferentie over de risicoverevening georganiseerd, met allerlei deskundigheid vanuit allerlei groepen in Nederland. Die risicovereveningsystematiek is ongelooflijk belangrijk.

Voorts noem ik informatievoorziening en informatieoverdracht. Zoals ik ook al in een vorig debat heb besproken, organiseren wij momenteel een hele campagne om mensen te informeren. Onze mensen gaan naar de mensen toe. We maken dus niet alleen spotjes, want mensen moeten maar net interesse hebben in dat spotje. We hebben een heel team van mensen die bijvoorbeeld op straat voor de supermarkt of op de markt informatie geven. Die mensen zijn in het hele land actief en zijn goed zichtbaar en makkelijk aanspreekbaar. Zij staan bij een zuil waarop staat: heeft u vragen over de Zorgverzekeringswet?

Wij hebben geprobeerd om in de najaarscampagne actief informatie te geven over die dingen waarvan wij denken dat die belangrijk zijn.

Mevrouw Leijten heeft over het eigen risico gesproken. Is dat nu van toepassing op de huisarts? Nee. Opvallend is dat nog steeds heel veel mensen dat niet weten. Wij hebben ons in de laatste campagne dan ook speciaal gericht op het eigen risico. We hebben aangegeven waarvoor het wel geldt en waarvoor het niet geldt. Gaan mensen naar de spoedeisende hulp of naar de huisartsenpost? Wij besteden er dus aandacht aan in onze filmpjes en in onze campagnes. En voor zover ik weet, hebben we nu voor

het eerst echt een campagneteam door Nederland gestuurd om te kijken of we mensen beter kunnen informeren.

Risicoselectie is dus een belangrijk onderdeel. Voorts moet daar heel goed onderzoek naar worden gedaan en moet de vinger aan de pols gehouden worden. De NZa heeft op dat vlak al een aantal onderzoeken gedaan en is momenteel ook weer bezig met een verdiepingsonderzoek.

Het is ongelooflijk belangrijk dat een polis begrijpelijk is. In maart jongstleden heb ik een monitor van het afgelopen overstapseizoen naar de Kamer gestuurd. Daaruit blijkt dat zorgverzekeraars vaker proberen om de polisvoorwaarden op een begrijpelijk taalniveau te formuleren. Ook zetten de zorgverzekeraars zich in voor de vindbaarheid van de polissen. Het is van belang dat dat streven wordt voortgezet. Mevrouw Voortman heeft vragen gesteld over het taalniveau. We proberen ook op dat vlak steeds slagen te maken.

Er zijn vragen gesteld over de aanvullende verzekering en de toeslag als de aanvullende verzekering niet bij dezelfde zorgverzekeraar is afgesloten als de basisverzekering. We voeren momenteel gesprekken met zorgverzekeraars om te achterhalen waarom zij in zo'n geval een premieopslag vragen. Ik betrek in deze gesprekken ook de vraag waarom verzekeraars het onmogelijk maken om een losse aanvullende verzekering af te sluiten. De gesprekken daarover lopen dus.

Een volgend punt betreft het vrijwillig eigen risico. Ik heb daar in een vorig debat over de Zorgverzekeringswet met de Kamer over gesproken. Op verzoek van mevrouw Bouwmeester doe ik een onderzoek naar het vrijwillig eigen risico. Dat onderzoek komt na de zomer richting de Kamer. Dat hebben we ook zo afgesproken. Er zitten verschillende kanten aan het vrijwillig eigen risico. Jongeren kiezen vaker voor een vrijwillig eigen risico dan ouderen. Die verwachten namelijk geen zorgkosten te hebben of die kiezen voor een lagere premie. Door het vrijwillig eigen risico blijven de kosten lager dan wanneer we dat afschaffen. We doen nu een onderzoek naar het vrijwillig eigen risico. Wie kiezen daar nu precies voor? Wat zijn de kenmerken van de mensen die daarvoor kiezen? In welke mate tast het vrijwillig risico de solidariteit aan en is dat acceptabel?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik hoor de Minister nu zeggen dat de zorgkosten hierdoor lager worden. Dat staat ook in haar brief. We weten dat 12% kiest voor een volledig eigen risico en dat 10% daarvan het volledige eigen risico ook moet betalen. Dan heb je het dus over 1,2% van alle verzekerden die € 500 extra betaalt. Is dat werkelijk een besparing? Zij betalen immers ook een aanzienlijk lagere premie dan de 90% die dat risico niet heeft. Is dat dus wel dekkend? Met andere woorden: is het niet zo dat andere mensen die niet in staat zijn om een hoger eigen risico te nemen, een hogere premie betalen doordat andere mensen extra korting krijgen? Wordt dit ook meegenomen in het onderzoek dat de Minister nu laat uitvoeren?

Minister **Schippers**:

12% kiest ervoor en van die 12% maakt 10% het vol. Het is dus 10% van de 12%, het is niet van die 12% 10%. Dat is wel een heel belangrijk verschil. Wat je ziet, is dat er vaak kostenbewust gedrag achter zit als iemand een vrijwillig eigen risico neemt en dat daarmee het zorggebruik wordt afgeremd. Maar of het de risicosolidariteit aantast, dat onderzoeken we dus. Dat is een belangrijke vraag voor mevrouw Leijten. Dat wordt meegenomen in het onderzoek dat we na de zomer opleveren.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij is het wel 1,2%.

Minister **Schippers**:

10% van 12% is 1,2%.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Precies. Er is toch wel iets blijven hangen van wiskunde op school. Het gaat mij erom dat de Minister zegt dat het leidt tot lagere zorgkosten. Van die 100% betaalt maar 10% die extra bijdrage en casht 90% de korting. Leidt dat dus daadwerkelijk tot lagere zorgkosten, omdat er meer eigen bijdragen worden betaald? Of wordt het effect van die 10% die de extra eigen bijdrage betaalt opgeheven door de korting die de rest krijgt? Mijn berekening is dat die korting hoger is. Dat betekent dat de premie van mensen die geen vrijwillig eigen risico kunnen hebben, daardoor stijgt. Dat zou toch ook wel meegenomen moeten worden in het onderzoek.

Minister **Schippers**:

Dat is ook precies wat we onderzoeken. Mevrouw Leijten is nieuwsgierig naar de uitkomsten van het onderzoek. Dat lijkt op de discussie die ik in een eerder debat met mevrouw Bouwmeester heb gevoerd. Daarom hebben we juist besloten om dat te laten onderzoeken. Dan kunnen we op basis van de conclusies bekijken of dit iets is wat we moeten willen of niet.

De **voorzitter**:

De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**:

Er is gesproken over een keurmerk en een gedragscode bij vergelijkingssites. Vergelijkingssites kunnen een goed hulpmiddel vormen voor de consument bij het maken van een keuze voor een nieuwe zorgverzekering. Het is daarom van groot belang dat de informatie op die vergelijkingssites juist, volledig, begrijpelijk en niet misleidend is. De dienstverlening van de vergelijkingssites moet in het belang van de consument zijn. De AFM is hiervoor als toezichthouder verantwoordelijk. Wij hebben om actie gevraagd en net als de AFM juich ik het toe dat de vergelijkingssites vorig jaar een slag hebben gemaakt in de verbetering van hun dienstverlening. Ik denk dat de consument hiermee het afgelopen overstapseizoen echt beter is bediend. Ik vind het goed dat de consument ziet wat voor hem de beste zorgverzekering is, los van de vraag of er een contract is met een betreffende zorgverzekeraar. Het is voorts van belang dat de weergegeven zorgpremie ook daadwerkelijk de premie is die maandelijks wordt afgeschreven en dat het niet gaat om «vanaf-prijzen». We hebben met elkaar afgesproken dat niet de «vanaf-prijs» mag worden genoemd, dus de prijs van de verzekering met het hoogste eigen risico, maar dat de prijs van een verzekering met een standaard eigen risico wordt genoemd. De gedragscode spoort ook andere vergelijkingssites aan om hun dienstverlening te verbeteren. Wij hebben regelmatig overleg met de vergelijkingssites die zijn verbonden aan het keurmerk Objectief vergelijken. Wij zetten dit traject van verbetering met elkaar voort.

Het gaat daarbij onder andere om de provisie. Ook dat is in andere overleggen al een belangrijk onderwerp van gesprek geweest. Betrokken partijen gaan voortaan vanaf het nieuwe seizoen ook de gemiddelde provisie op de site melden. Ook dat is dus een stap voorwaarts. Zo kan men zien welke provisie er wordt betaald.

Er wordt een polisprofiel gemaakt. De Consumentenbond en de NPCF hebben in het najaar van 2015 een polisprofiel ontwikkeld. Dat laat een overzicht zien van wat een polis wel en niet verzekert. Het doel is op uniforme en eenvoudige wijze belangrijke informatie over de polis te verstrekken, zodat de consument gemakkelijker een polis keuze kan maken. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven het initiatief van de Consumentenbond en de NPCF te steunen. Zij kijken dit voorjaar naar de opties voor een informatieproduct voor het komende overstapseizoen dat zinvol is voor verzekerden bij het kiezen van hun verzekering. De ontwikkeling van een polisprofiel is een goed initiatief en het is ook heel

positief dat zowel de NPCF, de Consumentenbond als de zorgverzekeraars zich hiervoor willen inzetten. Het lijkt mij ook zinvol dat de vergelijkings-sites erbij worden betrokken, omdat de consument de polissen vooral vergelijkt op de vergelijkingssites en die sites kennis hebben over de specifieke behoefte van de consument.

Mevrouw Wolbert heeft een aantal goede suggesties gedaan, onder andere over pop-ups, het standaardiseren van de indeling van een polis en het in een oogopslag kunnen zien van de financiële consequenties. Wij zullen die suggesties meenemen in de gesprekken over het komende overstapseizoen, want wij willen dat er dan sprake is van automatische pop-ups, vereenvoudiging en standaardisering.

Er is gevraagd of het niet laten meeverzekeren van kinderen een vorm van risicoselectie is. Op dit moment wordt er door de NZa een kwalitatief onderzoek naar risicoselectie gedaan. Daaruit moet blijken of zorgverzekeraars doelbewust acties tot risicoselectie ondernemen. Ik verwacht dat ik dat onderzoek rond de zomer naar de Kamer kan sturen. Als er een «vanaf-prijs» wordt gerekend of als het heel moeilijk is om uit te zoeken of je je kinderen voor iets kunt verzekeren, als je daarvoor bijvoorbeeld wel vier keer moet doorklikken, dan moet daarover een melding bij de NZa worden gedaan. De NZa zal deze signalen oppakken en naar aanleiding daarvan handelen. Wij hebben immers met elkaar afgesproken dat dergelijke zaken niet meer zouden voorkomen.

Mevrouw Dijkstra vroeg of het eigen risico tot wanbetaling leidt. Wij doen momenteel onderzoek naar het vrijwillig eigen risico. Ik denk dat het vrijwillig eigen risico niet tot wanbetaling leidt, omdat er juist een lagere premie wordt betaald. We wachten de resultaten van dat onderzoek af.

Er is in het afgelopen jaar een behoorlijke slag gemaakt, doordat zorgverzekeraars hun actieprogramma daadwerkelijk hebben doorgevoerd. Die eerste slag is gemaakt naar aanleiding van het actieplan Kern-gezond. Het is de bedoeling dat er voor het komende overstapseizoen nog een tweede slag wordt gemaakt, zodat er sprake is van meer standaardisatie en een betere informatievoorziening.

Ik kom te spreken over de polissen van dit jaar. Geconstateerd kan worden dat de naturapolis gemiddeld even duur is als de restitutieverzekering. We constateren ook dat de budgetpolis goedkoper is. Die is selectiever, maar contracteert over het algemeen nog breed en blijft ruim binnen de zorgplicht. Er is nog een vraag gesteld over de restitutiepolis en excessieve tarieven. Hoe gaan we dat helder communiceren? Mevrouw Dijkstra heeft gesproken over zuivere restitutiepolissen, restitutiepolissen en dat soort zaken. Zoals ik vorige keer ook al heb gezegd, heb ik er intensief contact met de NZa over gehad. Wij hebben afgesproken dat wij eerlijk communiceren en geen misleidende informatie delen. Eerlijk communiceren betekent dat je zegt: je bent zwanger of je bent niet zwanger. Je bent niet een beetje zwanger. Een restitutiepolis is een restitutiepolis. Wij gaan dan geen onderscheid maken tussen een zuivere restitutie en een restitutie. Wat krijgen we dan als derde stap: een überzuivere restitutie? Ik ben het helemaal met mevrouw Dijkstra eens dat de communicatie helder moet zijn. De NZa is de toezichthouder. Ik heb de Kamer deze week een afschrift gestuurd van de briefwisseling die ik daarover met de NZa heb gevoerd. De NZa zal daar dus ook goed op toezien. De aard van de polis moet helder zijn. Voorts moet duidelijk zijn wat marktconform betekent. Ik hecht zeer aan marktconform, maar het kan niet zo zijn dat wij automatisch excessieve prijzen betalen voor bijvoorbeeld een afkicksessie op Hawaï. Het gaat om een marktconform tarief. Daarover moet helderder gecommuniceerd worden. We merken overigens dat excessieve tarieven zo goed als niet voorkomen. Aanbieders die echt buitensporige tarieven vragen, zien wij niet of nauwelijks. Ik heb de Kamer een afschrift van de briefwisseling gestuurd, ook om te laten zien dat helder en eerlijk informeren de lijn is en dat de NZa ook toezicht houdt.

De NZa ziet er ook op toe of er sprake is van een hinderpaal. Zij baseert zich daarbij mede op de rechterlijke uitspraken over de 75%. Tegelijkertijd geldt dat dit criterium niet absoluut is. Het is niet één getal of één percentage. Dat verschilt echt enorm per sector of per groep. De NZa heeft de polissen bekeken en geconstateerd dat daar waar de vergoeding op onderdelen lager is dan 75%, er geen sprake is van een hinderpaal, bijvoorbeeld omdat er hardheidsclausules worden toegepast.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De Minister ging meteen door naar de hinderpaal, maar ik wil nog even iets opmerken over de briefwisseling over de niet-zuivere restitutiepolissen die de Minister ons heeft toegestuurd. Het blijkt immers dat er maar 1 echte zuivere restitutiepolis is en dat er 23 niet zuiver zijn. De Minister zegt dat zij dat niet goed vindt en dat dat gecommuniceerd moet worden, maar welke maatregelen gaat ze daarvoor nemen?

Minister **Schippers**:

Ik vind het zelf niet interessant of iemand een restitutiepolis aangeboden heeft gekregen waaronder gedeeltelijk of geheel contracten liggen. Je kunt een restitutiepolis hebben op basis van gecontracteerde zorg. Waar het mij om gaat, is dat je als klant weet dat je een restitutiepolis hebt en dat je naar elke aanbieder kunt zolang die geen excessieve tarieven rekent. Ik vind dat die informatie onvoldoende helder is en dat daar een slag overheen gemaakt moet worden. Daarom heb ik met de NZa een correspondentie gevoerd. Ik wil dat er in het volgende overstapeseizoen heel helder over gecommuniceerd wordt en dat de NZa er ook strikt op toeziet dat die informatievoorziening eerlijk en niet misleidend is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Bij gecontracteerde zorg zou dat kunnen betekenen dat de patiënt de zorg die hij wel verwacht, niet meer kan krijgen omdat de inkoop van de gecontracteerde zorg zijn maximum heeft bereikt. Dat mag bij een restitutiepolis natuurlijk niet, maar dat gebeurt nu wel, ook als het niet gaat om excessieve tarieven maar om tarieven die hoger liggen dan marktconform is.

Minister **Schippers**:

De zorgverzekeraar moet heel helder zijn over de polis die hij aanbiedt. Als een zorgverzekeraar een polis aanbiedt en adverteert met een vrije artskeuze, dan kan hij niet zeggen: sorry, u hebt die polis, maar de contracteerruimte is op. Daar heeft de verzekerde dan dus niets mee te maken. We moeten niet toe naar een markt waarin we allerlei vormen van restitutie krijgen, met eufemistische namen. Dat riekt mij te veel naar «we hebben het debat uitgebreid in de samenleving gevoerd, we geven een mooie naam aan die polis, maar er zit niet achter wat wij suggereren dat erachter zit». Dat vind ik geen begaanbare weg. Daarom ben ik ook in de pen geklommen en heb ik de correspondentie tussen de NZa en mij aan de Kamer gestuurd.

Er zijn vragen gesteld over de contractering. Hoe gaat het dit jaar en het hoe zal het gaan met zbc's en kleine aanbieders? Ik heb eind maart een pakket maatregelen gestuurd dat ik samen met de aanbieders en de verzekeraars heb opgesteld. Daar zitten onder andere heldere tijdlijnen in. Ik noem voorts een monitoring van de NZa, een onafhankelijke geschillencommissie en een traject voor veldpartijen om het vertrouwen onderling te verhogen en om tot gedeelde uitgangspunten te komen. Dit zal tot een beoogde verbetering en tot een versnelling van het contracteerproces moeten leiden. Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de koepel van de zbc's, is medeondertekenaar van deze afspraak en deelt dit vertrouwen. Ik kan uiteraard nog niet zeggen of het loopt, want daar is het nog echt te vroeg voor. Op 1 april zijn het inkoopbeleid en de inkoopvoorwaarden

gepubliceerd. Ik hoop dat we met dit traject weer een verbetering op dit gebied hebben gemaakt.

Ik heb met betrekking tot de meerjarige contractering in Kwaliteit loont aangegeven dat niemand heeft gezegd dat in dit stelsel hoort dat je ieder jaar met elkaar een heel contracteercircus aangaat. Dat kost ontzettend veel energie, terwijl je kunt weten dat er in bepaalde regio's weinig verandert. Waarom moet je dan ieder jaar weer dat circus doen? Het kost energie van de verzekeraar, het kost energie van de aanbieder en het is ontzettend veel gedoe. Soms verandert er niets. Dan zie ik het nut er niet van in. Maar als je in een transitie gaat, kun je met elkaar afspreken om bijvoorbeeld stapsgewijs over drie jaar andere zorg te leveren. Voor het contractjaar 2015 is van de medisch-specialistische zorg 20 tot 25% meerjarig gecontracteerd, is bij de ggz ongeveer een derde meerjarig gecontracteerd en is er bij de huisartsen nog geen sprake van meerjarige contracten. Ik ben benieuwd hoe het het komend jaar gaat. Wij hebben er veel van gedachten over gewisseld. We hebben ons afgevraagd of we niet per ongeluk automatisch in een soort circus zijn beland. Meerjarige contracten hebben een meerwaarde voor strategische onderwerpen, voor de toekomstvisie en voor innovatie. Meerjarige contracten hebben een meerwaarde, omdat je daarmee op tijd de contractering hebt afgerond. Je hebt een snellere financiering. Er zijn voor 2016 opvallend meer meerjarige contracten afgesloten dan voor 2015. Ik zal de Kamer voor de zomer per brief informeren over de ontwikkelingen en de verdere bevindingen.

Een volgend punt betreft de marktverhoudingen. Een aantal woordvoerders heeft gesproken over het rapport van het iBMG. Ik heb op 15 april mijn reactie op dat rapport aan de Kamer gestuurd. Wij hebben daar al een eerdere stap gemaakt. Dat was de evaluatie waaruit bleek dat sommige ziekenhuizen een bijzonder sterke positie hebben ten opzichte van de verzekeraar. Dat is dus niet echt nieuws. Het iBMG heeft aangegeven dat ook andere zorgaanbieders een sterkere positie hebben en heeft in dat verband ook enige kritiek geleverd op de afspraken met de huisartsen. Ik vind het van belang dat er normale verhoudingen in het veld zijn. Als huisartsen iets nieuws willen proberen en met elkaar een nieuw samenwerkingsverband aangaan, dan zouden ze eerst aan de ACM moeten vragen wat zij ervan vindt en of een dergelijk samenwerkingsverband mogelijk is. Als de ACM denkt dat iets niet goed is, zou zij eerst moeten kijken naar de achterliggende gedachten. Als blijkt dat iets niet ten goede zal komen aan de patiënt, dan moet er meteen mee gestopt worden. Of als het net iets anders moet, kan men het op advies van de ACM net iets anders doen. Als je daar dan niet naar luistert, krijg je een boete. Dat vind ik een normale manier van omgaan met elkaar. Ik ben dus heel blij met de lijn die de ACM heeft ingezet. Zij heeft dat overigens niet alleen gedaan voor de huisartsen, maar voor de hele eerste lijn. Het is geen sectoraal beleid, maar het is voor de hele eerste lijn een andere manier van werken. Daar ben ik heel blij mee.

Ik heb ten aanzien van de ziekenhuizen al aangegeven hoe we het traject willen verbeteren. Ik heb de Kamer ook informatie daarover gestuurd, met heldere deadlines en een helder aanbod. Er moet immers sprake zijn van een reëel aanbod. Anders kun je er niets aan doen.

De heer Rutte heeft gewezen op de apps over concurrentiegevoelige informatie. Hoe gaat dat dan? Het is niet de bedoeling dat dat gebeurt. De Mededingingswet verbiedt ook concurrentiebeperkende afspraken. Ik heb in Kwaliteit loont aangegeven dat we het toezicht daarop versterken. Naast de overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht van de NZa naar de ACM krijgt de ACM een flinke impuls om haar taken voor de zorg goed waar te kunnen maken. Daar zijn we al mee bezig. De ACM heeft de zorg als prioriteit in haar toezichtspraktijk aangemerkt, houdt partijen tijdens het contracteringsproces extra scherp in de gaten en doet vanwege het onderzoeksbelang nooit uitspraken over haar bezigheden. Ik

heb overigens van de NVZ begrepen dat zij eind 2015 gestopt is met de app, omdat er te weinig animo voor was.

De heer **Rutte** (VVD):

Het laatste moet de ACM maar beoordelen. Die kan ook zien hoeveel de app in de praktijk gebruikt is. Ik had het idee dat de app vooral onder druk van de media is verdwenen. Maar goed, dat is aan de ACM.

Het iBMG heeft nogal stevige conclusies getrokken over de balans in het zorgstelsel. Ik vind het heel bemoedigend om te horen dat de ACM zich dat aantrekt en met allerlei zaken bezig is. Maar toch, het iBMG zegt heel nadrukkelijk dat zowel bij de NZa als bij de ACM alle middelen aanwezig zijn om op een dusdanige wijze op te treden dat die verstoring van het evenwicht in het stelsel wordt hersteld. Maar het gebeurt veel te weinig. Kan de Minister daarop reflecteren? Ik vond het wel een hartenkreet van dit instituut. Hoe kijkt de Minister daarnaar?

Minister **Schippers**:

Ik denk dat we ons dat moeten aantrekken. Maar wij waren daar naar aanleiding van de evaluatie van de Zvw ook al mee bezig. Kwaliteit loont geeft heel sterk aan dat we grote ziekenhuizen zien ontstaan, inclusief een afname van de keuzemogelijkheden in de regio. Dat is een ongewenste ontwikkeling, niet alleen omdat de keuzevrijheid afneemt, maar ook omdat de positie van zo'n aanbieder die van een monopolist wordt. Dat is precies wat we in dit systeem niet zouden moeten hebben. Daarom hebben we bekeken hoe we het toezicht kunnen versterken. We moeten dat toezicht eigenlijk bundelen bij de ACM. We moeten daar meer power op geven, we moeten meer mensen aannemen, we moeten verhelderen wat wel en niet moet, de ACM moet zelf verhelderen hoe ze dat toezicht vorm gaat geven en wat de criteria daarbij zijn. Dat is allemaal in gang gezet. Over de individuele beroepsbeoefenaren hebben we uit de evaluatie van de Zvw gezien dat er net andere accenten kwamen dan vanuit het iBMG-onderzoek. Dat moeten we ook constateren. De individuele beroepsbeoefenaar tekent ten aanzien van de zorgverzekeraar een beetje bij het kruisje, zodat er geen tegenmacht kan worden geboden. Dat moet, volgens dat onderzoek, genuanceerd worden als het gaat om de huisarts. In het veld zijn er normale verhoudingen. Natuurlijk hebben we een toezichthouder die de patiënt beschermt. Dat moeten we in ere houden.

De heer **Rutte** (VVD):

Toen de heer Wynand van de Ven ongeveer een half jaar geleden afzwaaide bij het iBMG, schreef hij in zijn oratie dat patiënt en zorgaanbieder een soort natuurlijke alliantie vormen, wat de balans in het zorgstelsel bedreigt. In het rapport van het iBMG lezen we uiteindelijk dezelfde zorg terug. Mag ik de koers van de Minister zo samenvatten dat zij die conclusies deels onderschrijft en dat dat de reden is, waarom ze het toezicht versterkt en verscherpt, in het belang van de patiënt? Anders zou deze op termijn zijn kwalitatief goede zorg kunnen verliezen.

Minister **Schippers**:

Als je uitgaat van de keuzevrijheid van de patiënt, die doordat hij weg kan bij een aanbieder deze scherp houdt, is het een slechte zaak als er maar één aanbieder is. Want dan kan hij of zij helemaal niet meer weg. Ik maak me al jarenlang echt zorgen over bepaalde gebieden in Nederland waar één grote klontering is. We kunnen een groot ziekenhuis maken in Utrecht, maar daarvan wordt de zorg niet beter. We moeten het toezicht versterken, inclusief dat op fusies. Bij de ACM is alles erop gericht om dat te doen. Tegelijkertijd moeten we er bij de beroepsbeoefenaren voor zorgen dat er wel een dialoog komt over de kwaliteit. Want als je alleen maar de keuze hebt tussen al of niet tekenen, doet dat iets met een

professional, die immers ook ideeën heeft over hoe het beter kan. Die dialoog is ook belangrijk. Wij werken hard aan het bereiken van dat machtsevenwicht.

Er zijn geen nieuwe solvabiliteitseisen van de Commissie. Wel wordt er in den brede een evaluatie van Solvency II door de Commissie voorbereid, die in 2018 het licht zal zien. DNB en Financiën werken aan de Nederlandse input voor deze evaluatie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Nog even over het vorige onderwerp. Ik zat te broeden op de woorden van de heer Rutte en het antwoord van de Minister. Ik wil nog even ingaan op de samenwerking en het mededingingsaspect daarin. Vorig jaar heb ik in het debat met de Minister aangegeven, gesteund door de Partij van de Arbeid, dat mensen in de eerste lijn prima bezig zijn met de zorgverlening. Zij hebben helemaal geen verstand van mededingingsregels. Heb ik het goed begrepen dat er wel een mogelijkheid is om met de ACM in gesprek te gaan over nieuwe samenwerkingsvormen? Ik herinner me van het debat van vorig jaar dat de conclusie was dat dat eigenlijk niet kan. Maar die samenwerking is nu toch tot stand gekomen. Ik zou dat winst vinden van de nieuwe werkwijze.

Minister **Schippers**:

De nieuwe werkwijze is dat, als je een goed idee hebt over samenwerking in het belang van de patiënt, dat mag. Daar is de Mededingingswet ook voor gemaakt. Waar je samenwerkt wat niet in het belang van de patiënt is, is de Mededingingswet er ook ter bescherming van de patiënt. Ik weet dat mevrouw Dik een motie heeft ingediend om dat te onderzoeken; we zullen de uitslag van dat onderzoek naar de Kamer sturen. Ik heb er wel bij gezegd dat ik geen voorstander ben van afschaffing van de Mededingingswet in de eerste lijn. Die wet is er namelijk ter bescherming van de patiënt. Als we die wet afschaffen, wie beschermt die patiënt dan? Nogmaals, dat onderzoek komt naar de Kamer. Waar ik voor voel, is voor de weg die we nu zijn ingeslagen: genormaliseerde verhoudingen. Er komen pas boetes als er dingen gebeuren die niet in het belang van de patiënt zijn, nadat je daarover gesproken hebt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik wil de werkwijze toch nog iets helderder hebben. Nogmaals, huisartsen gaan samenwerken in het belang van ouderenzorg. Wanneer treedt de ACM op? In mijn ideale model is, op het moment dat huisartsen een plan hebben om de zorg te verbeteren, er contact met de ACM, zodat de ACM een lichte toets kan uitvoeren. Ik las in de brief van de Minister dat ze signalen krijgt dat de samenwerking toch schadelijk is voor verzekeren; de ACM zal daarnaar nader onderzoek doen. Dat is altijd achteraf, dus als de samenwerking al tot stand is gekomen. Hoe komt de ACM aan die informatie? Geeft dit geen nieuwe onzekerheid voor de huisartsen?

Minister **Schippers**:

Juist niet, want wij hebben al een aantal jaren geleden het beleid omgegooid. Een aantal jaren geleden kon je niet, als je een plan had, aan de ACM vragen om eens mee te kijken. Dat kan allang en dat is goed. Wat we niet willen, is dat huisartsen dat vergeten te doen, zodat ze onaangekondigd een boete op hun dak krijgen. We willen een ACM die naar de huisartsen toegaat om te zien waar ze mee bezig zijn. Als er dan toch nog huisartsen zijn die door willen gaan, pas dan kun je een boete uitdelen. Aan alle kanten proberen wij die mensen die met goede ideeën in het belang van de patiënt zaken ondernemen, zekerheid te verschaffen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

De Mededingingswet is bedoeld om kartelvorming te voorkomen: grote molochs, waardoor burgers inderdaad minder sterk staan. Maar in dit geval gaat het om zorgverleners die juist samen willen werken, zodat ze ook sterker staan in het belang van de patiënt. Dan zou je op dit punt toch de wet moeten aanpassen? Ik snap eigenlijk niet waarom de Minister daar nog zo moeilijk over doet.

Minister **Schippers**:

Ik doe daar moeilijk over, omdat ik die wet zie als bescherming van de patiënt. Ik vind dat de patiënt de sterkste positie moet hebben in het systeem. Als ik deze bescherming van de patiënt afschaf, is hij of zij de dupe. Natuurlijk is de wet bedoeld om kartels te voorkomen en keuzevrijheid te garanderen. Als de patiënt geen alternatieven heeft, heb ik graag dat een ACM zegt: dit kan niet. Ik vind wel dat de Mededingingswet tot nu toe niet goed is toegepast. Daarom heeft de ACM een grote slag gemaakt op het terrein van toezicht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Als fysiotherapeuten, logopedisten en huisartsen samenwerken om sterker in de onderhandelingen te staan, dan maakt dat toch ook juist dat dat alleen maar de positie van de patiënt ten goede komt? De Minister overdrijft, alsof samenwerking tussen kleine zorgverleners leidt tot een afname van de keuzevrijheid. Niemand heeft het hier over fusies.

Minister **Schippers**:

Als wij zeggen dat de landelijke koepel onderhandelt over de prijs met de verzekeraars, dan heeft de verzekeraar een koepel tegenover zich waarvan je kunt zeggen dat dat volgens de mededingingswet niet mag. Dat is niet in het belang van de patiënt. Daardoor zullen de premies razendsnel stijgen. Je wilt juist dat alle betrokkenen in het belang van de patiënt samenwerken in de wijk. Wij willen dat heel graag. Laat plannen weten aan de ACM. Zo niet, dan zal de ACM erop wijzen dat het net iets anders moet. Maar die veiligheidsklep moet wel behouden blijven.

De **voorzitter**:

Graag alleen aanvullende punten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ook als ik drie keer dezelfde vraag stel, is dat mijn eigen beslissing. Dat zal ik overigens niet doen. Ik ben het eens met de Minister die vindt dat er in het belang van de patiënt multidisciplinaire afspraken moeten kunnen worden gemaakt op wijkniveau. Vanzelfsprekend moeten dat soort afspraken worden voorgelegd aan de ACM. Maar waar het toch schuurt, is dat in sommige beroepsgroepen in de eerste lijn heel veel eenpitters zitten, die veel minder marktmacht hebben. De huisartsen hebben dat eerder begrepen: zij zijn al jaren geleden enorme coöperaties begonnen. Soms zitten er in een provincie 240 huisartsen in één corporatie. Daaraan zijn allerlei inhoudelijke voordelen verbonden, maar dat heeft ook het voordeel van een enorme versterking van de marktmacht. Dat blijkt ook, want door die grote coöperaties worden betere prijsafspraken gemaakt. Als je dat doortrekt naar de andere betrokken professionals, zie je dat wordt aangestuurd op dezelfde coöperatievorming als bij huisartsen. Dat is niet eigen aan die sectoren, waardoor ze vast blijven zitten in een verzwakte positie. Voor fysiotherapeuten is een maximumtarief van € 50 afgesproken, maar inmiddels is dat gedaald tot € 28. Wil de Minister daarnaar kijken?

Minister **Schippers**:

Het roer gaat om geldt niet alleen voor huisartsen, maar ook voor logopedisten en fysiotherapeuten. Hopelijk komen zij voor de zomer met

resultaten. Ingezet is op drie onderwerpen. Om te beginnen is dat bureaucratie: onzinnige formulieren waarvan de zorg niet beter wordt. Verder is dat kwaliteit. Wat is nou eigenlijk kwaliteit, wat moet daarvan zichtbaar worden en wat niet? Ten slotte gaat het om de vraag hoe we zorgen voor normale samenwerkingsverbanden die in het belang zijn van de patiënt. U zegt dat er betere prijsafspraken zijn gemaakt, maar dat is niet de bedoeling. Het feit dat de curatieve zorg onderschrijdt, waarmee we een hoop premiekosten hebben kunnen besparen, komt doordat wij de verzekeraars onder druk zetten om de onderhandelingen zo te voeren. Laten we daarin helder zijn. Wij vinden wel dat dit intensieve traject moet worden gevolgd. Uiteindelijk moet wel ergens kunnen worden ingegrepen als het niet gaat om het belang van de patiënt, maar om andere zaken. Daarom vind ik dat de Mededingingswet niet zou moeten verdwijnen. Een aantal Kamerleden wil daar wel een onderzoek naar. Ik voel daar niets voor, maar ik wil dat niet tegenhouden. Dat onderzoek wordt waarschijnlijk begin juli aan de Kamer aangeboden. Nogmaals, ik voel daar niet veel voor. Ik zie de Mededingingswet namelijk als bescherming van de patiënt. De toezichthouder moet het anders doen, en dat traject lopen we nu af.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Daarin geef ik u gelijk. Grote coöperaties hebben ook inhoudelijk grote voordelen. Dat komt de patiënt zeer ten goede. We krijgen permanent signalen dat de onderhandelingen met de zorgverzekeraars vooral over tarieven gaan en niet over kwaliteit en inhoud. Je zou willen dat dat andersom was. Verder moet je als eenpitter tekenen bij het kruisje. Dat doorgeschoten marktgedrag moeten we tegengaan. Als dat kan via Het roer gaat om ben ik daar blij mee, maar ik ben er niet gerust op dat dat ook in andere sectoren lukt. Die zijn immers slechter georganiseerd dan de huisartsensector. Ik wil dat de Minister daar bovenop zit, zodat we volgend jaar dit gesprek niet meer hoeven te hebben.

Minister **Schippers**:

Er zitten twee kanten aan de zaak. Je kunt zien hoe moeilijk het is om te beoordelen of de kwaliteit voldoende is en wie nou eigenlijk wat doet. Het Jaar van de Transparantie heeft dat voor de 30 meest voorkomende aandoeningen inzichtelijk willen maken. Maar ook van de huisartsen willen we weten welke kwaliteit inzichtelijk wordt gemaakt; die gesprekken zijn nog niet afgerond. Daarbij is het van belang dat patiënten aan tafel zitten. Dat probleem is niet in een jaartje opgelost. Ook komend jaar investeren we weer 5 miljoen in al die sectoren. Volgende week krijgt de Kamer daarover een brief. Ik zit er bovenop, want ik vind dit punt heel belangrijk. Eenpitters zullen steeds meer samen moeten werken in netwerken, want de patiënt heeft gewoon verschillende soorten zorg nodig.

De **voorzitter**:

U gaat verder met uw betoog. Hoe ver bent u?

Minister **Schippers**:

Ik ben bezig met het laatste blokje. Wat het casemanagement dementie betreft, is er de zorgplicht van de zorgverzekeraars, die ervoor zorgt dat er voldoende wordt ingekocht. Naar aanleiding van berichten is er contact geweest met de verzekeraars. Zij zijn inmiddels in gesprek met de ketens om de problemen op te lossen. Daarnaast gaat de Staatssecretaris het NIVEL-onderzoek van begin 2015 herhalen. Hij verwacht de uitkomsten hiervoor voor de zomer naar de Kamer te sturen. Het traject van Het roer gaat om doen we ook met de andere groepen. Dat traject is nog niet afgerond. Welke prijsontwikkelingen verwacht ik als de prijzen voor logopedie worden vrijgegeven? We hebben een maximum-

tarief, dat is bedoeld om de patiënt te beschermen tegen de aanbieder. Ik denk dat dat in de logopedie echt niet nodig is, want er wordt structureel onder het maximumtarief ingekocht. Daarom stelde ik de vraag of we de betrokken ambtenaren niet beter elders kunnen inzetten. Toen ik net Minister was, heb ik de dbc's naar DOT over moeten laten gaan, omdat de dbc's ten onder gingen aan de upcoding. Die big bang raad ik niemand aan. We moeten veel meer proberen, stap voor stap onze bekostiging te verbeteren. In de contractering zien we veelbelovende stappen, waarbij kwaliteit steeds meer in de financiering wordt getrokken. Daar richten we ons op, daar proberen we knelpunten weg te nemen, daarvan proberen we te leren. Ik noem het Radboud, waar een ouder iemand niet automatisch naar de heupspecialist wordt gestuurd, maar waarbij eerst een geriater langs komt. Wat zijn de belemmeringen van de uitkomstbekostiging en moeten die in kaart worden gebracht? Dit is een continuproces, dat stapsgewijs wordt uitgevoerd. De NZa heeft in haar plan voor de doorontwikkeling van DOT expliciet aandacht voor de uitkomstfinanciering, waaronder transparantie. Maar goed, er kan heel veel, zoals Parkinsonnet en Meetbaar Beter. Parkinsonnet wordt overigens gekopieerd naar andere chronische ziekten. De verantwoordelijkheid voor het belonen van uitkomsten is in eerste instantie aan aanbieders en verzekeraars; zij moeten die handschoen oppakken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Mijn vraag was inderdaad of de Minister mogelijkheden ziet om de belemmerende regelgeving in kaart te brengen. De conclusie van het rapport was namelijk duidelijk: er is af en toe regelgeving die knelt. De Minister wil een geleidelijke overgang, maar dan is het wel handig om goed inzicht te hebben in de belemmeringen.

Minister **Schippers**:

We hebben het iBMG al tweemaal om onderzoek gevraagd. We zitten nu in een fase waarin in de praktijk steeds meer geëxperimenteerd wordt met kwaliteitsaspecten en uitkomsten in de bekostiging. Het is nuttig om over een jaar of twee te bekijken wat die experimenten hebben opgeleverd. Maar ik zou het te vroeg vinden om dat nu te doen. Er komen immers allerlei dingen op gang.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Over twee jaar hebben we wellicht een andere Minister. Maar dit is wel een interessante ontwikkeling, die goed moet worden gevolgd. Mensen uit het veld denken dat we daarmee terug kunnen gaan naar de kern van ons werk. Het lijkt nu op laissez faire, terwijl een soort sturing tot betere resultaten kan leiden.

Minister **Schippers**:

Ik zie dat anders. Het is zeker geen laissez faire. We hebben het iBMG gevraagd een aantal onderzoeken te doen. Vervolgens zijn er allerlei varianten ingevoerd. Als de resultaten goed zijn, moeten die worden opgeschaald en doorgevoerd. Waar de resultaten tegenvallen, moet je dat niet doen. We zitten nu in een fase waarin een aantal dingen wordt doorgevoerd; de resultaten daarvan moeten we afwachten om te zien of het nuttig is om tot opschaling over te gaan.

Over fysiotherapie bij hartfalen en reuma wil ik het volgende opmerken. Naast het advies van ZIN over fysiotherapie bij etalagebenen en het komende advies over reumatoïde artritis en artrose, dat eind van dit jaar wordt verwacht, heb ik ZIN gevraagd, een brede beschouwing te laten uitvoeren naar fysiotherapie in het zorgverzekeringspakket. Je moet nu eerst 20 behandelingen betalen, en dan zit je in een chronische situatie. Vaak zien we dat kortdurende interventies veel beter zijn. Ik heb al eerder gevraagd of we daar niets mee kunnen doen, maar dat is gestrand. Vorig

jaar heb ik opnieuw gevraagd of we dat niet slimmer kunnen doen. Dat is niet niks, want het is heel ingewikkeld. Bereik je met de prikkels de gunstigste uitkomst? Je kunt nadenken over omdraaiing van het systeem: in plaats van de eerste 20 de laatste 20, of een andere vergoedingssysteem. In de tweede helft van 2016 komt dat onderzoek naar buiten, waarna ik een en ander aan de Kamer zal aanbieden. Maar dat is nog niet opgenomen in de volgende contractering. Maar het is wel goed dat dat grondig wordt uitgezocht. We hebben daarover allemaal ideeën, zonder daarmee verder te komen. Dat loopt mee in de standaardcyclus.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik ben blij met deze schets van de Minister. We hebben al eerder gevraagd of het paard niet achter de wagen wordt gespannen door de eerste 20 keer zelf te laten betalen. De Minister zegt dat dit vrij complex is. Maar ziet ze mogelijkheden om op hoofdlijnen de studie te vervroegen, juist omdat het zo kostenbesparend kan werken?

Minister **Schippers**:

Ik hecht er zeer aan om vast te houden aan de cyclus die we nu hebben. We doen dat op een deugdelijke manier: ZIN adviseert mij, op basis waarvan ik voor de zomer pakketvoorstellen doe. Dat loopt niet altijd synchroon. Ik heb gevraagd niet pas in juni met een advies te komen, maar het is onmogelijk om alles nu klaar te hebben. Ik kan dat niet versnellen. Volgend jaar komt dat rapport dus uit. Het zou een enorme stap zijn als er iets uit zou komen, want dat is ons de afgelopen jaren niet gelukt. Daarom vind ik dit zo'n belangrijk onderzoek van ZIN.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik vind het ook belangrijk. Ik ben daarom blij dat de Minister daar stevig op inzet. Intuïtief denk je inderdaad dat dat beter moet kunnen. Het is goed dat er harde gegevens worden onderzocht. Ik snap ook wel dat ZN niet alles tegelijk kan. Maar soms helpt het als je serieel werkt. Daarmee zou je misschien sommige elementen eerder kunnen introduceren. Heeft de Minister onderzocht of dat een optie kan zijn voor versnelling?

Minister **Schippers**:

We hebben dat bij de etalagebenen tijdig voor elkaar gekregen. We hebben afgesproken dat we elkaar niet verrassen met nieuwe dingen; alles moet tijdig bekend zijn. Ruim voor de zomer moet alles klaar staan voor het pakket, moet helder zijn wat er wel en niet in kan, hebben we het debat hier in de Kamer en weet de zorgverzekeraar waarop de polissen moeten worden afgestemd, wat ook belangrijk is voor de inkoop. Als we dat op een andere manier gaan doen, dan komt dat niet goed. Dat gaat ook in tegen de afspraken die we daarover hebben gemaakt. Ik vind het zelf een belangrijk onderwerp. Ik heb niet voor niets aan ZN gevraagd een onderzoek te doen. Versnelling lukt niet. Ik hoop dat we eind van dit jaar daarover meer helderheid kunnen krijgen, zodat we in een vroeg stadium goede besluiten kunnen nemen.

Het NIVEL heeft onderzoek gedaan naar zorgmijding. We zien dat soms financiële redenen ten grondslag liggen aan zorgmijding. 3% van de mensen ziet af van huisartsbezoek vanwege financiële redenen. Mensen weten blijkbaar niet dat er geen eigen risico op huisartsbezoek zit, voor ons één van de redenen om actief het land in te gaan met een voorlichtingsteam. Dat percentage neemt overigens niet toe in vergelijking met 2009–2012. Ongeveer de helft van de mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts geeft achteraf aan dat dat een goede beslissing was. Dat is ook opmerkelijk. Het eigen risico loopt op tot € 500 in 2020, bij ongewijzigd beleid. Ja, ik zou dat heel onverstandig vinden. Het eigen risico is namelijk gekoppeld aan de zorgkosten. Als we die laten oplopen,

loopt het eigen risico dus op. Ik zou zeggen dat dat een goede motivatie is om de kosten in de hand te houden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat was niet de vraag die ik stelde. Ik vroeg of de Minister bereid is, de koppeling van het eigen risico aan de premiestijging los te laten. Als de zorgkosten wel stijgen, stijgt het eigen risico dus ook. Bij ongewijzigd beleid ligt het eigen risico in 2021 dan op bijna € 500. Wij willen ervan af, dat is politiek gezien duidelijk. Maar is het wel slim om vast te houden aan die koppeling? Met die zorgkostenstijging zul je zien dat het moeilijker wordt voor mensen met een laag inkomen om de premie te betalen, en die krijgen nu juist de klap van het eigen risico.

Minister **Schippers**:

Wat van belang is, is dat in de zorgtoeslag het gemiddeld eigen risico wordt verwerkt. Dat komt dus niet volledig bij de lage inkomens terecht. Er ligt een koppeling tussen de zorgkosten en het eigen risico, een koppeling die ik niet los wil laten. Ik zou liever het eigen risico betaalbaar willen houden, door de zorgkosten betaalbaar te houden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het CPB berekent dat het met de Zvw gemoeide bedrag van 41 miljard nu naar 50 miljard in 2021 stijgt. Als je die koppeling dan doorrekent, kom je gewoon op een eigen risico van bijna € 500 uit. Is dat wenselijk? De koppeling van het eigen risico aan de zorgkostenstijging is geïntroduceerd door deze Minister. Dat was nooit zo. Dit is geïntroduceerd na het Kunduzakkoord en de enorme stijging van het eigen risico destijds. Je kunt er dus ook voor kiezen, de koppeling los te laten. De consequenties zijn namelijk negatief. Ik weet dat de gevolgen voor de allerlaagste inkomens worden gecompenseerd, maar de vraag is of het principieel juist is dat je toegaat naar een eigen risico van bijna € 500. Daar wil ik graag een antwoord op hebben. Als de Minister dat eigen risico te hoog vindt, moet zij de koppeling loslaten.

Minister **Schippers**:

Ik heb het MLT ook gelezen. De premiestijging daarin geldt alleen bij ongewijzigd beleid. Dat zou ik echt heel onverstandig vinden. Niet voor niets heb ik hoofdlijnenakkoorden gesloten, ik heb er niet voor niets voor gezorgd dat de curatieve zorg minder hard stijgt dan bij ongewijzigd beleid. We moeten ervoor zorgen dat de in het MLT genoemde stijging van kosten niet plaatsvindt. Dan krijg je namelijk ook geen stijging van het eigen risico. Mensen met het allerlaagste inkomen betalen overigens door de zorgtoeslag minder zorgpremie door de zorgtoeslag dan tien jaar. Voor de laagste inkomens wordt dit soort zaken altijd gecompenseerd. Laten we ervoor zorgen dat de zorgkosten in de hand worden gehouden. Dat doen we goed op de curatieve zorg, ook internationaal gezien. We hebben een probleem met de langdurige zorg, maar daar zijn maatregelen voor genomen. Het lijkt me heel gezond om daarmee door te gaan in het volgende kabinet.

De ChristenUnie vroeg, waarom de ggz niet is meegenomen in de Wlz. Verder werd mij gevraagd of ik voornemens ben het onderzoek te herhalen. Nee, dat ben ik niet. Je kunt allerlei onderzoeken tot in de eeuwigheid herhalen, maar ik denk dat dat een te groot beslag legt op de capaciteit. We hebben het onderzoek net uitgevoerd. Vanwege methodologische redenen zijn deze groepen niet meegenomen. Gezamenlijk met LHV, Consumentenbond en ZN kijken we momenteel hoe die kwetsbare groepen wel bereikt kunnen worden. Momenteel wordt onderzocht, in hoeverre bij Wmo-zorg sprake is van zorgmijding. Daar zetten we nu de onderzoekscapaciteit op. De Wlz is niet meegenomen, omdat de eigen

bijdrage daarin heel anders is vormgegeven. We hebben daarom een andere keuze gemaakt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik vind dit antwoord teleurstellend. Ze zegt: vanwege methodologische redenen hebben we bepaalde groepen niet meegenomen in het onderzoek. Maar dat betekent wel dat de resultaten van dat onderzoek een gemankeerd beeld geven. We krijgen signalen dat ouderen afzien van zorg, vanwege de stapeling van eigen risico en eigen bijdrage. De ggz is niet meegenomen. We hebben nu een onderzoek, op basis waarvan we beleid formuleren, maar het is eigenlijk een incompleet onderzoek. De genoemde methodologische redenen vind ik eerlijk gezegd wat te mager.

Minister **Schippers**:

Dat onderzoek is gedeeld met de Kamer. De Kamer heeft zelf kunnen bekijken wat we meenamen en wat niet. De vraag van de Kamer is of bekeken kan worden wat het effect van eigen risico op zorgmijding is. Maar er is geen eigen risico in de Wlz. De Staatssecretaris kijkt nu zorgmijding in de Wmo. Daarbij wordt de eigen bijdrage in de Wmo meegenomen. Heeft die eigen bijdrage een relatie met zorgmijding? Maar het eerdergenoemde onderzoek is echt heel erg nauw met de Kamer afgestemd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Het is mij bekend dat de Staatssecretaris het onderzoek uitvoert op verzoek van de Kamer. Dat is goed. Maar ik mis in het hele overzicht de ggz-doelgroep. Hoe gaan we die groep in kaart brengen? Dat is namelijk een heel kwetsbare, niet altijd zichtbare groep.

De **voorzitter**:

Specifiek toegespitst op de ggz-doelgroep.

Minister **Schippers**:

Wij hebben een onderzoek ingesteld naar het eigen risico. De resultaten zijn afhankelijk van de vragen. Het is goed dat we periodiek kijken naar groepen. Daar hebben we het eigen risico voor genomen, waarbij ook naar huisartsen is gekeken. Het eigen risico geldt ook voor de ggz, dus in die zin is de ggz-doelgroep ook meegenomen. Nu kijken we in het kader van de Wmo naar eigen betalingen. Ik kan me voorstellen dat je over een tijdje onderzoek doet naar een andere groep. Het is goed om periodiek naar alle groepen te kijken. Daarin verschil ik niet van mening met mevrouw Dik. Ik zeg alleen dat de capaciteit nu wordt ingezet op de Wmo, terwijl later een andere groep kan worden bekeken.

Over het pgb en een AMvB voor de zomer merk ik het volgende op. Op 21 maart heeft de Staatssecretaris de Kamer daarover een brief gestuurd. Het is bekend dat er nog aandachtspunten zijn voor de indicatiestelling, met name bij het pgb. De Staatssecretaris is in overleg met alle betrokken partijen, waaronder Per Saldo, om die problemen op te lossen.

Wat is de stand van zaken rond de indicatie wijkverpleging? De voortgangsbrief bekostiging wijkverpleging gaat eind mei/begin juni naar de Kamer. Op 8 juni zal daarover een algemeen overleg worden gehouden. Wat ga ik doen aan de geboortezorg? Met heel veel moeite is er een kwaliteitsstandaard gemaakt. Daarbij is de eindstreep niet gehaald. Ik vind dat zorgelijk. Het is heel jammer dat dat juist bij de geboortezorg gebeurt, waar goede samenwerking en goede informatieoverdracht ontzettend belangrijk zijn. Het is nodig dat we uit de polarisatiestand komen. Dat zal mijn insteek zijn bij het gesprek.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Wolbert wil interrumperen, maar ik vraag haar dat te doen tijdens haar tweede termijn.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik heb een ordepuntje. In de procedurevergadering heb ik gevraagd om een brief over dat gesprek. Als de Minister dat nu toezegt, hoeven we dat niet via de procedurevergadering te laten lopen.

Minister **Schippers**:

Ik wil echt eerst dat gesprek hebben. Ik zie dat mevrouw Wolbert dat met mij eens is. Na dat gesprek zal ik daarvan verslag doen. We proberen dat gesprek in die agenda van eind mei/begin juni te duwen. Nogmaals, ik doe verslag van de uitkomst.

Zie ik mogelijkheden voor nieuwe toetreders op de zorgverzekeraarsmarkt? Dat is ontzettend moeilijk gebleken. Ik betreur dat zeer. Er worden namelijk enorme eisen gesteld aan de reserves van verzekeraars. Dat zijn Europese Solvency-eisen, waarmee we zitten. Het zou mij een lief ding waard zijn als we daar ook weer eens nieuwe toetreders zouden hebben. Nieuw is immers altijd goed, het schudt de boel wat op. Maar ik kan dat zelf niet regelen. Er komt op 22 juni nog een AO over de risicoverevening. Het zit met name in de reserves.

Over de curatieve zorg en de langdurige zorg merk ik nog het volgende op. De Kamer krijgt zeer binnenkort een brief van mij, waarin ik zal schetsen dat ik de curatieve zorg in de Zvw wil houden en dat ik geen aanleiding zie om die zorg over te hevelen. Over de langdurige zorg zal de Kamer iets later een brief krijgen, omdat we daarover nog een besluit moeten nemen. Maar ik zal ervoor zorgen dat de Kamer daarover tijdig wordt geïnformeerd, zodat daarover een AO kan worden gehouden. Dat zal ruim voor het zomerreces moeten, want anders kan de Kamer dat overleg met mij niet met goed fatsoen voeren.

De **voorzitter**:

Een van de leden heeft gevraagd om vijf minuten schorsing.

Minister **Schippers**:

In tweede termijn kom ik hier verder nog op terug.

De **voorzitter**:

Inmiddels kunnen wij de toezeggingen doornemen.

De vergadering wordt van 12.27 uur tot 12.35 uur geschorst.

Minister **Schippers**:

Het AO waarover ik het voor de schorsing had, kan op de oorspronkelijke datum gehouden worden. Welke beslissing we ook nemen, het vergt een wetstraject als we een andersoortige beslissing nemen. Dan zal het toch niet voor het jaar daarop zijn.

De **voorzitter**:

Helder. Ik geef gelegenheid voor een tweede termijn. We spreken een spreektijd van anderhalve minuut per spreker af.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik dank voor de antwoorden en voor de toezegging, te komen met een stand-van-zakenbrief rond Kwaliteit loont. Als ik kijk naar de ontwikkelingen in de Zvw ben ik optimistisch, maar er zijn nog wel belangrijke verbeteringen nodig. Er gebeurt heel veel aan nieuwe initiatieven voor verbetering van de efficiency. Heel vaak staan financiën daarbij in de weg. We hadden het laatst over de verpleegkundige topzorg, wat ik nu niet wil herhalen. Maar er zijn heel veel initiatieven tussen eerste

en tweede lijn die nu heel weinig kans krijgen. In de hele manier waarop we de Zvw hebben vormgegeven, willen wij juist dat dat ook een plek krijgt.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. De Zvw is er niet omdat het een politieke hobby of een ideologisch dingetje is, maar omdat we zo veel mogelijk mensen goede, betaalbare zorg willen geven. Ieder onderzoek naar onze zorgkosten geeft aan dat Nederland wereldkampioen kosten is in de langdurige zorg, terwijl de kosten in de curatieve zorg niet hoger dan gemiddeld in Europa zijn. Iedereen mag daarmee ideologisch doen wat hij of zij wil, maar voorbijgaan aan die feiten is jammer.

Ik ben heel blij met de inzet van de Minister om het zorgstelsel om wille van de betaalbaarheid te blijven verbeteren, waarbij ik vooral uitzie naar de wijze, waarop het toezicht op het gedrag van partijen in het zorgstelsel wordt verbeterd, zodat daarbij een permanente balans wordt bewaakt. Er mag niet te makkelijk worden gezegd dat de macht van de zorgverzekeraars te groot is. Soms is die macht inderdaad te groot en dan doen we daar wat aan, en soms is ze te klein, dan moeten we de macht van de zorgaanbieders inperken. Ik heb dat de Minister horen zeggen, waarmee ik blij ben.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Wat feiten. Maar 5,2% van de verzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. In de afgelopen tien jaar is meer dan 66% nooit overgestapt. Mensen zitten helemaal niet te wachten op het overstapcircus, maar het kost eindeloos veel geld en energie. Je kunt je daarom afvragen, waarom je die verschillende polissen en zorgverzekeraars moet hebben. We zien in ieder geval wel dat mensen die jong zijn en geen of weinig zorgkosten maken, minder aan zorg betalen. 6 miljoen mensen in ons land betalen sowieso € 385 premie extra, omdat ze de pech hebben om ziek te zijn of ziek te worden. Dat heet geen solidariteit, dat heet uitholling van de solidariteit. Ik vroeg de Minister of zij het wenselijk vindt dat het eigen risico € 500 wordt. Daar wil ik gewoon een antwoord op krijgen. Ik wil namelijk graag dat de Minister de zorgkostenstijging gaat loskoppelen van de stijging van het eigen risico, want die twee draaien negatief tegen elkaar in. Als de Minister dat niet wil toezeggen, zal ik daarover een motie indienen.

Ik kom toe aan de Zorg Zeker Polis, waarmee je je kinderen niet kunt bijverzekeren en waarmee automatisch het allerhoogste eigen risico wordt betaald. Dat zijn allemaal zaken die allang zijn gemeld en die dus helemaal niet nieuw zijn. Toch zegt de Minister hier: dat mag niet, zeg maar om wie het gaat. Daar hebben we toch juist de NZa voor?

We gaan appjes maken voor mensen met een budgetpolis om te bekijken naar welk ziekenhuis ze kunnen. Is dat niet de verkeerde weg? Zouden we niet gewoon de budgetpolis niet moeten willen? Want het is toch raar dat je tegen mensen die een eigen bijdrage kunnen krijgen, juist omdat het om niet-gecontracteerde zorg gaat – het kan dan om tienduizenden euro's gaan – zegt: u had maar beter moeten kiezen of moeten appen.

De **voorzitter**:

Uw laatste zin.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De gemaakte kosten zijn wel degelijk een hinderpaal voor die mensen.

Moet de kern niet worden aangepakt door de budgetpolis af te schaffen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Voorzitter. Dank voor de antwoorden in eerste termijn. Ik vind het fijn dat de Minister de suggestie voor een set kwaliteitseisen die de PvdA wil

stellen aan de bijsluiters van budgetpolissen wil overnemen. We houden niet van budgetpolissen, maar als ze er dan toch zijn, zorg er dan in ieder geval voor dat er geen ongelukken gebeuren en dat mensen maximaal geïnformeerd zijn. Wanneer komt er een vast patroon van rapportage over de Zvw? Is er een goed moment om terug te rapporteren over de bijsluiters bij polissen en de kwaliteit ervan? Wil de Minister daarover rapporteren? Ik vraag haar zelf daarvoor een goed moment te zoeken. Ik heb nog een vraag gesteld over de kleine zorgverzekeraars die zich zorgen maken over de voorgenomen ex-postverevening. Deelt de Minister die zorgen? Kan zij in de aanloop naar het AO dat daarover gaat, nadenken over de vraag hoe ze die zorgen kan wegnemen? Ik vind het bijzonder dat de Minister met zo veel partners afspraken heeft gemaakt over het probleem van de zorgmijders. Zijzelf doet een stap naar voren met het door haar genoemde informatieteam. Maar hoe ziet zij de inspanningen van alle andere partners? Ten slotte heb ik een vraag gesteld over de aanpak van De Friesland Zorgverzekeraar op het gebied van wijkverpleging.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik heb gevraagd om begrijpelijke polissen en of de Minister zich daarvoor zal inzetten. Zij gaf aan dat wordt geprobeerd, daarin slagen te maken. Ik vind dat erg mager, want het gaat om toegankelijkheid van teksten. Onder andere daarop slaat het amendement van Otwin van Dijk over algemene toegankelijkheid bij het VN-verdrag. Hoe gaat de Minister zich hiervoor concreet inzetten?

Ten aanzien van het pgb in de Zvw weten we natuurlijk dat er gesprekken worden gevoerd, maar wat duurt het lang! Waarom is dat zo? Daarnaast heb ik gevraagd of de Minister zich er sterk voor kan maken dat ook zorgverleners aan tafel komen bij onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Nu zijn het toch vooral de zorgbestuurders die aan tafel zitten. Als je het wilt hebben over kwaliteit, is het belangrijk dat ook de zorgverleners aan tafel zitten. Ik heb het idee dat de Minister een karikatuur van de Mededingingswet maakt. Natuurlijk is het niet in het belang van de cliënt als er steeds grotere zorgmolochs komen. Maar hier gaat het over eenpitters. Dat zou toch mogelijk moeten zijn, juist in het belang van versterking van de positie van de zorgverleners en van de patiënt. Daarmee zou de situatie veel meer in balans komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Dank voor de diverse antwoorden. Als het gaat om de acties van zorgverzekeraars om een aanvullende verzekering onaantrekkelijk te maken als je een losse aanvullende verzekering wilt afsluiten, bijvoorbeeld door het laten betalen van een hogere premie, zegt de Minister dat ze aan het praten is. Praten is één, maar er moet gewoon worden gestopt met dit soort onwenselijke praktijken. Lukt dat de Minister voor het volgende overstapseizoen? Daarnaast zegt de Minister dat er in 2018 een evaluatie van Solvency II komt. Het gaat om de vraag, hoe veel geld zorgverzekeraars op de plank moeten houden om voldoende betrouwbaar te zijn. Klopt het dat er wel een kans is dat Europese zorgverzekeraars voor bepaalde standaardparameters een overall verhoging kunnen krijgen? Europa constateert dan dat er een hoger percentage moet worden aangehouden, wat weer ten gevolge kan hebben dat onze zorgverzekeraars ook een hoger percentage moeten aanhouden. Europese processen zijn ondoorzichtig, stroperig en vaak verrassend in hun uitkomsten. In hoeverre wordt de Kamer hierin meegenomen om te voorkomen dat we straks verrast worden door een nog hoger percentage? Dat is uiteindelijk dood geld.

De Minister zegt over de uitkomstbepaling dat er goede, interessante experimenten lopen. Die mening deel ik. Maar het in de komende drie jaar opschalen van goede voorbeelden voelt wat mager aan. Uitkomstbepaling

tiging is een mogelijkheid om te bekostigen op kwaliteit, dus om de kwaliteit van artsen en verpleegkundigen recht te doen. Welke ambitie heeft de Minister op dit punt? Blijft het bij het opschalen van voorbeelden, of heeft ze toch nog een stip op de horizon?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Dank aan de Minister voor alle antwoorden. Twee vragen zijn er blijven liggen, die gaan over de collectiviteiten en over de collectiviteitskortingen. Hebben we voldoende zicht of de collectiviteiten wel aansluiten bij de wensen van de doelgroep? Is het geen idee om zorgverzekeraars eens in de zo veel jaar een rechtmatigheidscontrole te laten uitvoeren? De Minister heeft over het NZa-voorstel inzake logopedie gezegd dat hierbij geen sprake van afstel, maar alleen van uitstel. Betreft zij daarbij ook de mening van de beroepsgroep, die vindt dat het inkoopproces veel beter moet, voordat we überhaupt toekomen aan een volgende stap in de richting van vrije prijzen? Ik neem wat er is gewisseld over zorgmijding terug naar mijn fractie. Het voelt niet bevredigend dat er toch groepen zijn die we kennelijk niet hebben meegenomen. Daar wil ik later op terugkomen. Ik blijf benoemen dat het niet goed gaat met het inkoopcasemanagement dementie. De Minister verwijst in reactie op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dat zegt de Staatssecretaris ook. Die zorgplicht hebben ze inderdaad, maar we zien in het onderzoek van het NIVEL dat er generalistische wijkverpleging wordt ingekocht vanwege financiële druk. Die heeft niet altijd de benodigde deskundigheid in huis. Ik wacht het volgende onderzoek van het NIVEL af. In het debat met de Minister en met de Staatssecretaris moet dit belangrijke punt aan de orde komen. Uiteindelijk hoop ik dat er genoeg expertise wordt ingekocht voor dementerenden.

De **voorzitter**:

De Minister heeft aangegeven meteen te kunnen antwoorden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter, ik vraag u het volgende. Om 13.00 uur wordt de kinderbudsman geïnstalleerd. Ik zou daar eigenlijk wel voor willen schorsen.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Mevrouw Dijkstra vroeg, hoe we de kleine innovatieve zorgaanbieders contracteren. Het wetsvoorstel dat is afgestemd in de Eerste Kamer over artikel 13, bevatte een aantal amendementen van haar hand. Al die amendementen heb ik doorgezet, ondanks het afstemmen van de wet. Wij houden de vinger aan de pols. De NZa geeft inzicht in de inkoopvoorwaarden en in hoeverre die innovatief is. Over een jaar komt de NZa met de resultaten daarvan. Ik ben het eens met de sprekers dat het heel belangrijk is dat we die zorgaanbieders de ruimte geven, zodat ook zij een eerlijke kans krijgen.

Hoe financieren wij tussen eerste en tweede lijn beter en efficiënter?

Moeten we dat niet veel meer een kans geven? Ik heb nu een paar keer aangegeven dat ik een pilot draai met wetten en regels die ik uitschakel. Steeds weer blijkt dat bijna alles kan. Er lopen dus veel pilots, maar heel veel dingen gebeuren gewoon. Daarbij zie je dat, naarmate er wat rust ontstaat, mensen elkaar beter weten te vinden. Daar liggen inderdaad enorme kansen. Juist in krimpgebieden zie je dat er stappen worden gezet. Ik ben daar heel positief over.

De heer Rutte wil het toezicht op en het gedrag van partijen verbeteren. Daar zijn we inderdaad heel druk mee bezig. Mevrouw Leijten wil dit systeem niet. Dat debat voeren we al zolang we elkaar kennen. Wij kijken daar anders naar. Er moet eerlijke, goede informatie zijn richting de burgers. Er moeten niet meer polissen zijn dan nodig zijn om maatwerk te kunnen leveren. Ik vind een eigen risico van € 385 geen uitholling van de

solidariteit. Ik ben blij dat ik in een land leef waarin het verschil tussen iemand met een heel dure ziekte en iemand die gezond is maximaal € 385 is. Ik ben er helemaal geen voorstander van dat de kosten van de zorg zo stijgen dat we op een eigen risico van € 500 uitkomen. Dat vind ik zeer ongewenst. Ik zal er daarom alles wat in mijn macht ligt aan doen om die kosten niet te laten stijgen. Iedere Minister zou dat tot zijn of haar taak moeten rekenen.

De Zorg Zeker Polis zal ik zeker doorgeven aan de NZa, want die is toezichthouder op de afspraken op deze markt. Ik ben heel blij met de polischecker, omdat die juist inzicht geeft aan patiënten in wat ze driekwart jaar geleden hebben afgesloten. Verder ben ik blij met onderzoeken waaruit blijkt dat de budgetpolis ruim binnen de zorgplicht van de verzekeraars valt.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten heeft nog een vraag. Daarmee gaan we straks schorsen, want we gaan het niet meer redden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

We hebben veel gedebatteerd over het eigen risico, onder andere toen het wetsvoorstel naar aanleiding van het Kunduzakkoord voorlag. In dat akkoord ging het eigen risico fors omhoog. Toen heeft de Minister gezegd: er zitten grenzen aan het eigen risico. In 2012 stond in alle verkiezingsprogramma's hetzelfde. Toch heeft deze Minister gekozen voor die koppeling, waarbij met een stijging van de zorgkosten ook het eigen risico stijgt. Hebben we die grens inmiddels niet bereikt? Zo ja, zou de koppeling dan niet moeten worden losgelaten?

Minister Schippers:

Ik ben geen voorstander van het loskoppelen van het eigen risico van de zorgkosten. Maar ik zal geen voorstel indienen om het eigen risico los van die koppeling te verhogen. De groei in het MLT gaat over 3,5% per jaar. Dat is richting een stijging van zo'n 15% in een volgende kabinetsperiode, als je niets zou doen. In het afgelopen jaar kwamen we op zo'n 1%. Als je dat doorzet, krijg je dus een heel ander groeipatroon richting 2021. Dat maakt ongelooflijk veel uit voor het eigen risico en voor de premie. Het eigen risico is namelijk niets anders dan dat je een deel zelf betaalt wat je anders collectief in je premie betaalt. Een lager eigen risico betekent een hogere premie. Ik ben niet voor het laatste. We moeten daarom de koppeling laten bestaan, zij het dat we er allemaal op moeten letten dat we de kosten in de hand houden.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De Minister heeft zeker gesproken over grenzen aan het eigen risico. Zij heeft zelf ook grenzen genoemd. Lijsttrekker Rutte heeft destijds in een RTL-debat gezegd: wij verhogen het eigen risico niet, want iedereen weet dat dat negatieve gevolgen heeft. Als je de koppeling in stand houdt, moet je aangeven waar de grens ligt. Welke grens ziet de Minister aan het eigen risico? € 500, € 700 of 1.000?

Minister Schippers:

Ik verhoog het eigen risico niet. Maar als de zorgkosten toenemen, stijgen de premies. Gaan we dan alles omslaan over iedereen of koppelen we een deel van de premie aan de groei van de zorgkosten? Ik ben er sterk op tegen dat we de premies laten stijgen zoals in het MLT staat. Echt, daar ben ik mordicus tegen. Daarmee wordt de zorg namelijk onbetaalbaar voor groepen mensen. Met een beperking van de zorgkosten beperk je ook meteen de stijging van het eigen risico. Dat is de weg die ik graag wil gaan: en-en.

De vergadering wordt van 12.57 uur tot 13.15 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik moet een aantal leden verontschuldigen: zij zullen niet meer aanschuiven.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ten aanzien van de Zekur-polis heeft de NZa actie ondernomen. De Zekur-polis moet worden aangepast, en dat zal ook gebeuren. Wat de vaste rapportagemomenten betreft: na afloop van de overstapperperiode is in maart een vast rapportagemoment gepland. Na de zomer komt de marktscan, wat ook een vast rapportagemoment is. Ik deel de zorgen over de kleine verzekeraars niet. Laten we wel zijn: 98% is al risicodragend. We hebben voor die zorg waarover je je zorgen kunt maken, zoals langdurige zorg, gezorgd voor een t-1 in de ex-ante verevening. Eigenlijk hebt je daar dus al een anker uitgezet. De Friesland heeft een langjarig traject ingezet, waarin ze een derde partij erbij vraagt. Die kijkt wat de behoeftes in de regio zijn, zodat er een gedeeld beeld ontstaat over wat er nodig is. Dat geeft in het inkoopproces een geheel andere dynamiek. Daar worden nieuwe dingen ontwikkeld waarmee andere regio's hun voordeel kunnen doen.

Over de toegankelijkheid van teksten voor laaggeletterden kan ik aangeven dat ik de Stichting Lezen en Schrijven zal vragen met ons mee te kijken. Ten aanzien van de AMvB inzake het pgb merk ik op dat dat punt in februari in de Tweede Kamer is besproken. Normaal doet een AMvB er negen maanden over om gemaakt te worden en door allerlei gremia te gaan. Er wordt bijzonder hard gewerkt. Over de zorgverleners aan tafel krijgen, gaan de ziekenhuizen zelf. Daar wil ik me dus niet in mengen. Maar het kan altijd door deze of gene als een aanbeveling worden ingebracht. Ik wil zeker geen karikatuur maken van de Mededingingswet. Wij zijn juist praktisch aan de slag hoe je binnen deze wet nieuwe afspraken kunt maken, samen kunt werken en de gewenste netwerken tot stand kunt brengen. We zijn in gesprek over de premieopslag bij losse aanvullende verzekeringen. Het is een private markt, dus daar hebben we geen regelgeving voor. Soms zijn er argumenten, zoals de administratieve lasten, die reëel zijn. Maar waar ze niet reëel zijn, willen we de verzekeraars er wel op aanspreken en met hen overleggen over hoe dat beter kan. Over Solvency II heeft de Minister van Financiën aangegeven dat elke consultatiereactie naar de Tweede Kamer gaat. Daar kan de Kamer dus bij meekijken. Mevrouw Bruins Slot toont enig ongeduld als het gaat om uitkomstbekostiging. Ik kan dat wel begrijpen, omdat je heel graag wilt dat betere uitkomsten beter beloond worden. Wij hebben gekozen voor gestage voortgang, en er zijn weinig alternatieven. Ik heb veel sessies gehad op dit punt, waarbij werd gediscussieerd over de vraag wat een goede uitkomst is. Een fiks aantal partijen is op dit punt behoorlijk op de goede weg.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb nog een vraag over de premieopslag op de losse aanvullende verzekering. Dit kan ook weer een instrument zijn voor indirecte risicoselectie. Ik begrijp dat de Minister zegt dat er geen regelgeving is en dat het administratie kan opleveren, maar ook dit biedt weer een mogelijkheid om bepaalde groepen te weren. Dat is onwenselijk. Daarom zou ik eigenlijk het liefst zien dat dit soort activiteiten in de overstapperperiode naar 2017 niet meer gebeurt. Kan de Minister dat regelen?

Minister Schippers:

De aanvullende verzekering is een private verzekering. Daar hebben we dus geen invloed op. We zijn wel het gesprek aangegaan met zorgverzekeraars over het feit dat het invullen van een medische of andere verklaring

een drempel kan zijn en daarom onwenselijk is, zeker als dat een barrière zal zijn voor mensen, bijvoorbeeld chronisch zieken, om daadwerkelijk over te stappen. We zien dat daar een enorme slag in gemaakt is, ook al is het een aanvullende verzekering en ook al gaan wij er niet over. De gesprekken die wij nu over de opslag voeren, voeren wij eigenlijk vanuit dezelfde invalshoek. Wij gaan er niet over, dat weten wij. Men hoort ons er ook niet over dat er soms administratieve lasten en verklaarbare factoren zijn. Maar als er factoren zijn die juist zijn bedoeld om een drempel op te werpen, dan hebben wij daar wel een gesprek over. We zien dat het aantal formulieren waarop medische gegevens moeten worden ingevuld, is teruggebracht van 42% naar 2%. Daaraan zie je dat deze dialoog ook daadwerkelijk iets oplevert. Wij zetten die dialoog dus voort. Mevrouw Dik-Faber vroeg of de collectiviteiten voldoende aansluiten bij wensen van de doelgroep. Wij doen een onderzoek naar collectiviteiten. Daaruit zal blijken wat de meerwaarde en de risico's van die collectiviteiten zijn. Wij zullen daar dus later zeker op terugkomen. Verzekeraars zijn verplicht tot het houden van een rechtmatigheidsonderzoek. De NZa rapporteert jaarlijks over die rechtmatigheid. Die rapportages gaan ook over de collectiviteiten. Bij logopedie wordt geen minimumtarief gehanteerd. Een minimumtarief is er om de aanbieder te beschermen. Dat is er niet. Wij hanteren bij logopedie wel een maximumtarief om de patiënt te beschermen tegen te hoge tarieven. Ik denk dat dat tarief obsoleet is, omdat de tarieven standaard onder dat NZa-tarief worden vastgesteld. Dat is ook de reden waarom ik voorstel om het af te schaffen. Wat heb je aan een maximumtarief als het geen enkele functie heeft? Dan kost dat heel veel energie en capaciteit van de NZa, maar heb je er helemaal niets aan. Er is eigenlijk sprake van een continue onderzoekslijn ten aanzien van zorgmijding. Het eerste onderzoek was naar de invloed van het eigen risico op zorgmijding. De ggz is toen specifiek niet meegenomen, omdat er op dat moment heel veel veranderingen waren in de ggz. De onderzoekers zeiden: er moet eerst stabiliteit zijn voordat we dit daadwerkelijk goed kunnen onderzoeken. Dat was destijds het argument om de ggz niet mee te nemen. Dit jaar is het onderzoek gericht op de eigen bijdrage, de Wmo en zorgmijding. Ik kan me voorstellen dat als de ggz ietwat gestabiliseerd is, het jaar daarna de zorgmijding in de ggz wordt onderzocht. Ik ben het dus met mevrouw Dik-Faber eens dat je hier wel de vinger aan de pols moet houden, maar je kiest ieder jaar eigenlijk waar je op dat moment het beste onderzoek naar kunt doen. De Staatssecretaris is actief bezig met het casemanagement dementie. Hij zorgt voor een vervolgonderzoek.

De voorzitter:

Dan zijn wij aan het einde van dit algemeen overleg, maar niet voordat ik met de Kamer nog een aantal toezeggingen doorneem. Het zijn er tien. Mochten er vragen over zijn, dan meldt u zich vast wel.

- Er komt binnenkort voor de begroting een brief over Kwaliteit loont naar de Kamer.
- De resultaten van het collectiviteitenonderzoek VWS zullen ook rond de zomer naar de Kamer komen.
- Na de zomer komen de resultaten van het onderzoek naar het vrijwillige eigen risico inclusief risicosolidariteit naar de Kamer.
- Rond de zomer ontvangt de Kamer de resultaten van het NZa-onderzoek naar risicoselectie.
- Voor de zomer komt er een brief over de meerjarige contractering.
- Voor de zomer stuurt de Staatssecretaris van VWS een brief over casemanagement dementie.
- In de tweede helft van 2016 komt er een zorg-in-natura-advies fysio bij hartfalen en reuma in het pakket.

- Voor de zomer komen de resultaten van het overleg met betrokken partijen over geboortezorg.
- Voor de zomer komen de resultaten van het SEO-onderzoek naar de Mededingingswet naar de Kamer.
- Er komt tijdig voor het zomerreces een brief over de langdurige ggz in de Zorgverzekeringswet naar de Kamer.

Tot zover de toezeggingen. Ik bedank de leden en de Minister voor hun bijdrage aan dit algemeen overleg. Mevrouw Leijten heeft een VAO aangekondigd. Dat zal binnenkort ingepland worden.

Sluiting 13.24 uur.