

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 779

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 oktober 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 oktober 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. 14 juni 2016 met de resultaten van het vervolgonderzoek zorgpolissen met beperkende kenmerken (Kamerstuk 29 689, nr. 723);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2016 over het onderzoek naar kennis en informatiebehoefte verzekerden (Kamerstuk 29 689, nr. 724);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 juni 2016 over de adviezen naar aanleiding van de gewijzigde motie van de leden Bouwmeester en Dik-Faber over het vergroten van de zeggenschap van verzekerden, patiënten en cliënten (Kamerstuk 31 765, nr. 209);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2016 met de rectificatie van de monitor overstap-seizoen 2016 – 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 726);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juni 2016 over het onderzoek naar collectiviteiten (Kamerstuk 29 689, nr. 729);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2016 over meerjarige contracten (Zorgverzekeringswet) (Kamerstukken 31 765 en 29 689, nr. 213);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 september 2016 met de reactie op het verzoek van het lid Leijten, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 14 september 2016, over het bericht «Tien procent Nederlanders mijdt zorg om financiële redenen» (Kamerstuk 29 689, nr. 767);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 september 2016 over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2017 in de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Kamerstuk 29 689, nr. 766);**

- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 september 2016 met de monitor contracteerproces wijkverpleging 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 764);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 september 2016 met de rectificatie van het onderzoek «Fact-finding collectiviteiten in de Zorgverzekeringswet» (Kamerstuk 29 689, nr. 765);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 september 2016 over kwalitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 769);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 september 2016 met de NZa-marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 768);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 september 2016 met het NZa-rapport over collectiviteiten in de zorgverzekeringswet (Kamerstuk 29 689, nr. 770);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2016 over het NZa-rapport «Zorgverzekeraars, controles en privacyvoorschriften» (Kamerstuk 31 765, nr. 233);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2016 over de transparantie provisies van vergelijkingssites en beter inzicht in contracteergraad zorgpolissen (Kamerstuk 29 689, nr. 773);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2016 over de rectificatie NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 777).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Klever, Krol, Lodders, Rutte en Volp,

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

Aanvang 13.30 uur.

De voorzitter:

Ik open dit algemeen overleg en heet eenieder van harte welkom. We spreken een spreektijd van vijf minuten per fractie af, met twee interrupties.

De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Voor veel mensen is de maandelijkse zorgpremie een flinke kostenpost. Voor wie daadwerkelijk zorg gebruikt, komt daar nog een eigen risico van maximaal € 385 bovenop. Als die premie dan ook nog hoger uitvalt dan verwacht, balen mensen daarvan. Maar omdat iedereen ziek kan worden, zijn gezonde mensen solidair met mensen die ziek zijn. Dat is een groot goed, dat we moeten willen behouden. Die solidariteit staat echter steeds meer onder druk. Daarover maakt de VVD zich zorgen. Er zijn partijen die voorspiegelen dat er zoiets bestaat als gratis zorg. Maar die partijen verzwijgen dat het hen niet gaat om de zorg, maar om je loonstrook. Aan de andere kant staan de mensen die roepen dat zorg iets is dat iedereen zelf moet regelen. Zij hangen het Amerikaanse systeem van ieder voor zich aan. Beide extremen bedreigen onze goede zorg en onze grote solidariteit tussen gezond en ziek. Want feit is dat in Nederland iemand met een bijstandsuitkering naar dezelfde dokter kan als een miljonair. En dat het grootste verschil tussen gezond en ziek de hoogte van het eigen risico is. Feit is ook dat een grote meerderheid van de Nederlanders geen of weinig zorg gebruikt, maar uit solidariteit wel meebetaalt aan de kosten van de zorg. Die solidariteit staat onder druk. Want als je jaar op jaar een steeds groter deel van je inkomen ziet verdwijnen zonder dat je daarvan iets terugziet, voelt dat niet rechtvaardig. Feit is ook dat de kosten voor de zorg stijgen en de komende jaren zullen blijven stijgen. Dat komt doordat mensen ouder worden, maar vooral doordat we steeds meer kunnen. Er komen ieder jaar nieuwe behandelingen, technieken en medicijnen bij. Dat is goed nieuws voor mensen die ziek worden, maar we moeten het met elkaar nog steeds wel betalen. Het is gelukt om de kostenstijging af te remmen, maar dat gaat niet vanzelf en vraagt blijvende intensieve aandacht.

De VVD vindt het cruciaal dat de zorg voor iedereen toegankelijk is. We vinden het ook belangrijk dat gezonde mensen solidair zijn met mensen die ziek worden. Maar we vinden het niet acceptabel dat de zorg wordt misbruikt voor inkomenspolitiek. Zou de Minister in dat kader willen reflecteren op het plan voor een socialistisch zorgfonds?

Voor de betaalbaarheid van de zorg is de afgelopen jaren veel gedaan. Maar betrokkenen zijn het over een ding eens: het grote belang van het hoofdlijnenakkoord. Dit loopt af in 2017. Ik wil de Minister daarom vragen, voorbereidingen te starten om tot een nieuw hoofdlijnenakkoord te komen, dat recht doet aan de veranderende zorgvraag in een vergrijzende maatschappij. Want de kans om nog een keer de regie te nemen, is nu. Er is altijd veel te doen over de administratieve druk bij zorgverleners, vanwege de verschillende informatie die aan verschillende verzekeraars verstrekt moet worden. Een oplossing kan zijn om een partij als Vektis op te laten treden als de gegevensmakelaar in de zorg. Zorgverleners hebben dan nog maar met één partij te maken waaraan ze gegevens verstrekken. Die partij kan toetsen of iemand recht heeft op die gegevens, en verzeke-

raars kunnen die gegevens op één plek verkrijgen. Is de Minister bereid, samen met de betrokken partijen dit model te verkennen?

De zorg in ons land is van enorm hoog niveau en beschikbaar voor iedereen. Het vraagt om blijvende grote inspanning om dat voor nu en later te behouden, en de enorme solidariteit tussen gezond en ziek niet verder onder druk te zetten. Het gaat om mensen, niet om stelsels en systemen. Het gaat om zorg, niet om herverdeling van inkomen. We moeten onze zorg koesteren.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil aan de heer Rutte van de VVD als cijferkenner vragen of het klopt dat na 2014 de vermogenspositie van de zorgverzekeraars is afgenomen.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik heb die cijfers niet paraat. Het zou kunnen, maar ik weet het niet. Ik weet wel dat verzekeraars de afgelopen jaren een steeds groter deel van hun reserves hebben teruggegeven in de premies, en dat moeten ze ook doen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik vind het erg vreemd dat de heer Rutte, als adviseur van zijn fractievoorzitter, de heer Zijlstra, dit niet weet. Want wat zei de heer Zijlstra tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen? Hij zei: als we kijken naar de vermogenspositie van de zorgverzekeraars zien we dat die afneemt. Het geld is namelijk teruggedaan naar de patiënten, in de vorm van lagere premies. Uit de laatste cijfers blijkt dat de reserves van de zorgverzekeraars weer zijn gestegen en nu ruim 11 miljard bedragen. Naast het feit dat de factchecker van NRC al heeft aangetoond dat de uitspraak van Zijlstra over de premie van € 20 voor de minima onjuist was, blijkt ook deze bewering van de voorman van de heer Rutte onjuist. Maar ik begrijp dat de heer Rutte de heer Zijlstra niet heeft gesouffleerd, want hij heeft de cijfers niet paraat.

De heer **Rutte** (VVD):

De vermogenspositie van zorgverzekeraars moest omhoog, omdat Solvency II dat eist. Als sprake is van overreserves, moeten en zullen die terug worden gegeven in de vorm van lagere premies. Maar laten we nu niet net doen alsof de VVD onzin verkoopt. Ik heb hier een stukje uit De Telegraaf van zondag, dat werkelijk van leugens aan elkaar hangt. Daarin wordt opnieuw door de SP beweerd dat er 500 miljoen wordt uitgegeven aan reclame. Diezelfde factchecker heeft dat al heel vaak onderuit gezaagd, en kwam niet verder dan 35 miljoen. Maar de SP blijft het maar noemen. Er wordt door de SP beweerd dat er 750 miljoen wordt bespaard op de kosten voor medicijnen. Geen plan om het te doen; het is goedkope praat. Tegelijkertijd staat in dat artikel: nou, we moeten af van die verzekeraars die huisartsen vertellen welk middel ze voor moeten schrijven. Dat is het plan waarmee we een miljard per jaar besparen. Begin mij nou niet over cijfers, als uzelf met plannen komt met alleen maar gebakken lucht, een heleboel inkomensherverdeling en voor de rest leugens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

De heer Rutte zei dat je inkomen en zorg niet met elkaar mag vermengen. Maar het punt is wel dat mensen op basis van hun inkomen bepaalde keuzes maken. Dat zie je met de budgetpolis. Mensen hebben een laag inkomen, denken dat de budgetpolis goedkoop is en kiezen daarvoor, waarna ze later heel bedrogen uitkomen. Vindt de heer Rutte nou ook niet dat we dat soort situaties zouden moeten vermijden?

De heer **Rutte** (VVD):

U hebt gelijk dat ik vind dat je inkomenspolitiek niet met zorg moet vermengen; dat is onverstandig. Ik heb al gezegd dat we altijd oog moeten hebben voor de betaalbaarheid van de zorg. De budgetpolis lijkt me, mits die voldoet aan alle eisen en voldoende goede zorg levert, een heel goede optie voor iedereen die daarvoor wil kiezen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat is niet zo. Het is niet zo dat mensen daarvoor willen kiezen, nee, mensen voelen zich genoodzaakt om daarvoor te kiezen. Ze hebben namelijk simpelweg de financiële ruimte niet. Dan krijg je dat mensen kiezen voor een polis die ze eigenlijk niet willen, maar ze kunnen zich niet meer veroorloven. Later blijkt dan dat ze de zorg die ze graag hadden willen hebben, niet kunnen krijgen met deze polis. Dat is toch misleiding, en uiteindelijk toch ook duurkoop?

De heer **Rutte** (VVD):

We hebben dit gesprek vaker gehad. Ik ga niet alle argumenten herhalen. Maar de onderzoeken die de NZa heeft gedaan naar de budgetpolis tonen aan dat daarin heel breed wordt gecontracteerd. Dat moet ook, want ook binnen die budgetpolissen geldt de zorgplicht: goede zorg voor iedereen. Maar het interessante is dat de laatste onderzoeken van de NZa laten zien dat het niet de mensen met de kleine beurs zijn die voor deze polis kiezen, maar vaak mensen die dat om andere redenen doen. Ik heb er niets op tegen als mensen met een kleine beurs voor een budgetpolis kiezen. Ze mogen dat doen, maar tot nu toe wordt die keuze meestal door anderen gemaakt. Het verhaal dat het gaat om een uitgekleden polis met minder goede zorg klopt volgens mij niet.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Ik hoorde de heer Rutte zeggen dat hij vindt dat de zorgverzekeraars de reserves die zij boven hun minimaal vereiste reserves aan moeten houden, moeten teruggeven in de vorm van premieverlaging. Kan hij dat bevestigen? Zo ja, hoeveel moeten zij dan teruggeven?

De heer **Rutte** (VVD):

Verzekeraars doen dat van jaar op jaar. Het gaat soms om forse bedragen. De enige premie die we voor dit jaar kennen, is die van DSW, die ook dit jaar weer € 93 per verzekerde uit de reserves investeert om de premiestijging te dempen. Ik vind dat goed. Dat geld moet uiteindelijk terug naar de premiebetaler. Ik vind wel dat de verzekeraar goed moet kijken naar zijn vermogenspositie. Hij moet zeker niet door de ondergrens zakken. Die reserves zijn er niet voor niets. Ik snap ook dat verzekeraars gaan voor een stabiele premieontwikkeling en dat zij grote schokken willen voorkomen, maar uiteindelijk moeten overreserves stap voor stap terug naar de premiebetaler.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Volgens Zorgverzekeraars Nederland hebben ze 11 miljard euro in kas. Volgens Solvency II en de Nederlandsche Bank moeten zij 7 miljard aanhouden als minimumsolvabiliteit. Dat betekent dat zij 4 miljard euro te veel op de plank hebben liggen. Als je dat deelt door zo'n 12 miljoen premiebetalers, hebben we het erover dat de premie met zo'n € 300 omlaag zou kunnen. Is de heer Rutte dat met de PVV-fractie eens? Zo ja, is hij bereid om de Minister op te roepen om de zorgverzekeraars te dwingen om dat geld terug te geven aan de burger? Zij hebben al 7 miljard aan reserves. Het gaat om die 4 miljard, bovenop die minimale vereiste, die terug zou moeten vloeien.

De heer **Rutte** (VVD):

De reservepositie verschilt van verzekeraar tot verzekeraar. Dat heeft ook te maken met verschillende risicoprofielen. We moeten er wel mee oppassen, want dit zal niet per definitie voor iedereen tot een bepaalde premieverlaging leiden. Ik vind het van belang dat verzekeraars overreserves teruggeven in de vorm van premieverlaging. Ik vind niet per definitie dat je dat nu in één klap moet doen. Ik vind het ook heel goed als verzekeraars oog hebben voor een stabiele premieontwikkeling, zonder grote schokken. Je hebt er niets aan als de premie dit jaar met € 300 wordt verlaagd en volgend jaar weer met € 300 omhoog moet, omdat dan ineens de onderkant van de reserves is bereikt. Zo rigoureus zou ik het niet willen doen, maar we zijn het erover eens dat overreserves gaandeweg terug moeten naar de premiebetaler. Dat gebeurt ook in de praktijk en dat is maar goed ook.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Na ruim tien jaar Zorgverzekeringswet is het steeds meer mensen duidelijk dat dit systeem zijn langste tijd heeft gehad. Het nationaal zorgfonds komt eraan. Iedereen ziet immers de gevolgen van dit systeem. Iedereen? Nou ja, behalve de Minister en de medeontwerpers van dit systeem, want zij willen de gevolgen natuurlijk niet zien. Je zou je eigen fouten toch toe moeten geven door te erkennen dat de Zorgverzekeringswet heeft gefaald. Dat er geen rapporten zijn kan niet als excuus gelden, want we worden dagelijks met nieuwe rapporten overladen. Het punt is dat één onderzoek nooit genoeg is. Er wordt telkens nieuw onderzoek gedaan, niet omdat de resultaten niet helder zijn, maar om maar niets te hoeven veranderen.

Een van de rapporten van de Nederlandse Zorgautoriteit heeft nogal eufemistisch als titel gekregen: zorgpolissen met beperkende kenmerken, oftewel armenpolissen. Inmiddels hebben we er daar 1,45 miljoen van. En wat blijkt? De zorgplicht, waar de Minister en de Staatssecretaris continu mee schermen, wordt door verzekeraars anders uitgelegd. Welke waarde kunnen we er dan aan hechten, als men het er niet over eens is wat deze inhoudt? Hoe kun je dan zeggen dat het systeem werkt?

Daarnaast hebben de zorgverzekeraars het probleem van de lange wachtlijsten niet in het vizier. Er zijn ook geen algemeen aanvaarde normen voor de bereikbaarheid van de electieve medisch-specialistische zorg, oftewel meningen verschillen over welke zorg vergoed moet worden. Als dat niet duidelijk is, schiet dat niet lekker op.

Uit de doorlichting van de NZa komt dat premiedifferentiatie tussen verzekeraars binnen één concern kan leiden tot risicoselectie. Dat is een nieuw feit, maar de Minister doet dat af met de opmerking dat het goed is dat de NZa de transparantie-eis heeft aangescherpt. Zelf doet ze niets, terwijl het nog maar de vraag is of de huidige invulling van de premiedifferentiatie aansluit bij de belangen van de burger en of die wel voldoende beschermd worden. De NZa stelt een aanpassing van de Zorgverzekeringswet voor die toezicht op het verbod op premiedifferentiatie op concernniveau mogelijk zou moeten maken. Wat is de reactie van de Minister op dit voorstel? Begrijp ik het goed dat zij dit niet gaat doen?

Er wordt gezegd dat uit de doorlichting van de Zorgverzekeringswet komt dat er geen sprake is van een disbalans tussen verzekerde en verzekeraar, maar we zien bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders nog steeds een volledige disbalans, waarbij de zorgverzekeraars hun macht nog steeds succesvol kunnen doordrukken. De onderhandelingsruimte bij zorgverleners is heel beperkt. Tekenend bij het kruisje is het devies.

De Minister zegt dat zij blij is met de resultaten van het onderzoek naar de kennis en de informatiebehoefte van verzekerden, terwijl blijkt dat minder dan 1% van de mensen heeft gehoord van de inspectie, de Nederlandse Zorgautoriteit of de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Oftewel: 99% van de mensen weet niet waar zij terecht kunnen.

Terwijl iedereen meer zeggenschap wil voor verzekerde patiënten en cliënten, zijn we beland in een discussie over definities. Zeggenschap zou niet verstandig zijn, volgens het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) en de Nederlandsche Bank, want dan worden de patiënten ineens eindverantwoordelijk. Ik zou zeggen dat dit juist de bedoeling is. Waarom luisteren we niet gewoon naar wat zij te zeggen hebben en naar wat zij willen vragen?

Terwijl iedereen die overstapcircussen beu is – in 2016 stapte slechts 6,9% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar – zijn de reclame- en acquisitiekosten verder gestegen: met 16 miljoen naar 252 miljoen. Die zorgverzekeraars snappen het echt niet. Ik vraag de Minister om hier een einde aan te maken en om de Algemene Rekenkamer hier echt toezicht op te laten houden. Het is ten slotte ons premiegeld. Het is een rare figuur dat we 46 miljard uitgeven en dat daar geen goed toezicht op kan worden gehouden door een publiek instituut zoals de Rekenkamer. Heel Nederland heeft het over zorgmijding, maar de Minister heeft kennelijk geen idee waar men het over heeft. Ze wil het gewoon niet zien, is mijn conclusie. Hoeveel kosten al die dure adviesbureaus die telkens moeten worden ingeschakeld om ons dat duidelijk te maken?

Nog een ander fenomeen. De Minister kondigt vol trots aan dat de premie maar € 3,50 per maand stijgt. De kosten zijn onder controle. En dan komt DSW met een stijging van 9%. De Minister antwoordt niet, maar ze is wel in staat om allerlei berichten de lucht in te laten sturen door haar twitterbrigade, als er een uitzending is van Buitenhof over het nationaal zorgfonds. Dat kan ze dan wel. Terwijl de Minister goochelt met de cijfers van de zorg, vindt zij dat de partijen die het eigen risico willen afschaffen, geen eerlijke voorstelling van zaken geven. Hier zit een Minister van Volksgezondheid, zou ik denken, maar het lijkt meer een Minister die aan het boekhouden is en die het geld laat regeren in plaats van de patiënt centraal te stellen.

De heer **Rutte** (VVD):

De heer Van Gerven had het over de gevolgen van dit stelsel. Ik vraag hem om een ander land te noemen waar alle goede zorg voor iedereen beschikbaar is, waar iedereen verzekerd is voor hetzelfde brede pakket, waar geen tweedeling is, en dat alles terwijl de kosten op gemiddeld Europees niveau zijn. Noem mij zo'n Europees land.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik zou het over Nederland willen hebben en over wat hier misgaat. Om een voorbeeld te noemen, we hebben gezien dat de afgelopen tien jaar het aantal managers en administratief personeel in de ziekenhuizen is geëxplodeerd, met een groei van 50% tot 70%. De ICT is met meer dan 100% gegroeid. Dat heeft geleid tot 290 miljoen extra kosten in vergelijking met het systeem voordat de Zorgzekeringswet werd ingevoerd. Hoezo minder bureaucratie? Hoezo besparingen door dit nieuwe stelsel? Vraag het aan de hulpverleners. Ze worden gek van de bureaucratie, dus laten we daar iets aan doen en laten we dat systeem in Nederland, dat faalt, vervangen door een systeem dat werkt en waar draagvlak voor is.

De heer **Rutte** (VVD):

Voor die bureaucratie heb ik net een heel concreet voorstel gedaan. Ik neem aan dat de SP dat straks steunt. Het mag duidelijk zijn dat de heer Van Gerven geen land weet te noemen met goede zorg voor iedereen, waar iedereen verzekerd is voor hetzelfde brede pakket, waar geen tweedeling is, en dat alles op een gemiddeld Europees kostenniveau. Dat is alleen zo in Nederland. Los daarvan ben ik ook benieuwd, omdat de SP niet meer aan cijfers bij haar eigen plannen doet. Dat gaat alleen nog op gevoel en dingetjes. Vorig jaar zijn er toch een paar dingen doorgerekend. Het klopt toch dat bij die fantastische plannen van de SP iemand met een

topinkomen van € 19.923 52% belasting gaat betalen en dat iemand die nu in het hoogste tarief valt, maar liefst 67% belasting gaat betalen, allemaal omdat inkomenshervreiding kennelijk boven goede zorg gaat?

De heer **Van Gerven** (SP):

Nee, dat klopt niet. U gooit het allemaal op één hoop. Bovendien haalt u twee voorstellen door elkaar. We hebben vorig jaar een proeve gedaan om alle kosten via premies en belastingen te laten doorrekenen. We hebben ook een nationaal zorgfonds, maar dat kent een heel andere dekking. Daarbij blijven wij van de premies af. De kern daarvan is dat wij 3 miljard besparen op de bureaucratie, door het stelsel te verbeteren, door de zorgverzekeraars uit te schakelen die overbodig zijn in een nieuw nationaal zorgfonds en door de farmaceutische industrie aan te pakken. Dat levert per saldo ruim 3 miljard op en daarmee kunnen we het eigen risico afschaffen. Zo simpel is het. Ik zou zeggen tegen de heer Rutte: blijf bij de feiten en doe mee met ons, om dat te laten doorrekenen door het Centraal Planbureau. Daar hebben we nog wel een appeltje mee te schillen, als het gaat om het doorrekenen van voorstellen van fracties. Dat dit een neoliberale bolwerk is, met suggestieve aannames, dat vinden niet alleen wij maar dat vinden heel veel mensen. Daar moeten we ook een eind aan maken.

De **voorzitter**:

Daar gaan we in dit debat niet over door. Het lijkt me zinvol om dat ergens anders te bespreken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Laat ik dan ook niet reageren op die laatste opmerking over het neoliberale bolwerk dat het CPB zou zijn. De heer Van Gerven spreekt over een besparing van 3 miljard, als het gaat om het nationaal zorgfonds, en om nog een groot bedrag dat te besparen zou zijn op medicijnen. Hoe vaak denkt de heer Van Gerven dat je dat uit het veranderen van het stelsel kunt halen? Nog even los van de vraag hoe die cijfers tot stand zijn gekomen en wat het CPB daarvan vindt, kan ik mij voorstellen dat je één keer een besparing zou kunnen hebben, maar hoe gaan we dat in de jaren daarna regelen?

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is een structurele besparing van 1,3 miljard die volgens ons in dat systeem zit. Dat is een structurele besparing en die vinden wij bescheiden. We hebben dat niet zomaar verzonnen, want die 1,3 miljard wordt ook ingeboekt voor langdurige zorg. Wij zeggen dat dit in de Zorgverzekeringswet, waar veel meer in omgaat, ook moet kunnen, met een beter stelsel, zonder concurrentie, waarin het georganiseerd wantrouwen en de marktwerking worden afgeschaft, en de zorgverzekeraars er tussenuit worden gehaald, want die zinloze tussenlaag kan gewoon weg wat ons betreft. Dat is heel goed mogelijk. Laten we er heel helder over zijn dat de farmaceutische industrie woekerprijzen berekent. Wij kennen allemaal de problematiek van de dure kankermedicijnen. Wij weten allemaal dat dit voor geen meter deugt. Dat moet dus stevig aangepakt worden. Wij denken dat dit goed kan met een nationaal zorgfonds, met onder andere een landelijke onderhandelaar. Op die manier kun je heel veel besparen. Ik denk dat dit keihard nodig is.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk. Mevrouw Dijkstra, afrondend.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dit is wel de gelegenheid om eens wat duidelijkheid te verkrijgen over dat plan, want er wordt wel steeds verwezen naar de site, maar ik las in Trouw

dat het idee van het nationaal zorgfonds ook is dat er totaal geen sprake is van enige keuzevrijheid. Iedereen krijgt hetzelfde pakket. Er is geen mogelijkheid om je voor iets ander te verzekeren dan wat er wordt aangeboden. Het wordt zelfs verboden om je aanvullend te verzekeren, begrijp ik.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dan hebt u het niet goed gelezen. Het artikel in Trouw suggereerde dat het nog erger was, namelijk dat het nationaal zorgfonds staatsgevaarlijk is, maar die bangmakerij kennen we. Als het goed is, hebt u het weerwoord van een aantal initiatiefnemers van het nationaal zorgfonds gelezen. Ik zou zeggen: lees dat nog eens. Nog even over de keuzevrijheid: die wordt maximaal in het nationaal zorgfonds. Nu wordt de keuzevrijheid beperkt op basis van de dikte van je beurs. Er wordt gezegd: als je de armenpolis hebt, mag je niet naar dat ziekenhuis of naar die hulpverlener, want die is niet gecontracteerd, of je moet het bijbetalen. In ons voorstel kun je naar elke hulpverlener die goede zorg levert en is er juist maximale keuzevrijheid. Wij willen een volwaardig pakket waar alle noodzakelijke zorg in zit, voor iedereen. We willen dus niet het oude systeem terug van particulier en ziekenfonds. Nee, het is één verzekering voor iedereen, met alle noodzakelijke zorg erin. Daar wordt geen particulier circuit naast geaccepteerd. Daarnaast kan iedereen, buiten dat basispakket, ...

De **voorzitter**:

Mijnheer Van Gerven, mag ik u vragen om iets bondiger te antwoorden?

De heer **Van Gerven** (SP):

Nog één slotzin: buiten dat basispakket heb je altijd een particuliere aanvullende markt, maar die bevat in ieder geval niet de essentiële, noodzakelijke zorg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De heer Van Gerven geeft het zelf al aan. Ik lees hier ook dat het bij wet onmogelijk moet worden om een pakket aan te bieden.

De **voorzitter**:

Interruptions gaan eigenlijk in tweeën, mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Een van de pijlers onder de Zorgverzekeringswet is de solidariteit; jong betaalt voor oud, gezond voor ziek. Die solidariteit mag niet ondermijnd worden. Daarom is het goed dat de Nederlandse Zorgautoriteit ook onderzoek heeft gedaan naar de indirecte risicoselectie. Uit het rapport blijkt dat er voor de toekomst best grote risico's zijn. Dan gaat het bijvoorbeeld om het verbod op premiedifferentiatie. Dat verbod geldt nu voor individuele verzekeraars. Dezelfde verzekering moet altijd voor dezelfde premie aangeboden worden. Dit gaat echter op concernniveau mis. Bijna identieke polissen worden vaak tegen verschillende premies aangeboden. De premies verschillen zo van € 24 tot € 108. Dit gaat ten koste van de toegankelijkheid, zegt de Nederlandse Zorgautoriteit. Het leidt er ook toe dat het lastiger is voor mensen om te kiezen, want de inhoud van de polis is hetzelfde, maar toch betaal je er een andere prijs voor. De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert in haar stuk dat deze situatie in strijd is met de geest van het verbod op premiedifferentiatie. Zij stelt voor om artikel 17 van de Zorgverzekeringswet aan te passen. Ik vind dat als CDA'er best een logisch voorstel, want je wilt niet dat de solidariteit verder wordt ondermijnd. Waarom wil de Minister niet het verbod op premiedifferentiatie verbreden tot concernniveau? De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert ook in haar onderzoek dat de polissen met de beperkende voorwaarden, die normaal gesproken

budgetpolis worden genoemd, de risicosolidariteit aantasten. Met een budgetpolis kan een zorgverzekeraar verlieslatende verzekerden werven en winstgevendende verzekerden juist aantrekken. Dit is niet mijn eigen tekst, maar dit heb ik letterlijk uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat is echt ongewenst. De CDA-fractie ziet ook de meerwaarde van de budgetpolis niet in. Waarom kiest de Minister, gezien het grote risico dat de solidariteit wordt ondermijnd, er toch voor om de budgetpolis te laten bestaan?

Het is goed dat de Minister onderzoek naar collectiviteiten heeft gedaan. Ik deel de conclusie van de Minister dat die collectiviteiten hun doelstelling niet hebben behaald. Het idee was volgens mij dat er een relatie zou worden gelegd met betere zorg en met gezondheidswinst. De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert dat het een marketinginstrument van de zorgverzekeraars is geworden. De Minister schrijft zelfs dat de korting van de collectiviteit gefinancierd wordt uit de opslag op de premie. Is die collectiviteit dan niet vaak een sigaar uit eigen doos? Ik hoor hierop graag een reactie van de Minister.

De CDA-fractie deelt de opvatting dat collectiviteiten meer gericht moeten worden op zorginhoud en dat die korting eigenlijk verbonden zou moeten worden met betere zorg. De Minister gaat actie ondernemen. Er komt een werkconferentie. Zij adviseert de betrokken partijen om afspraken te maken. Het klinkt mij nogal vrijblijvend in de oren. Zal dat daadwerkelijk verandering met zich brengen? Wat doet de Minister als er geen verandering komt?

Een andere conclusie, waarover wij in de Kamer regelmatig hebben gesproken, is dat die collectiviteiten ook eigenlijk de polisjungle, zoals dat wordt genoemd, vergroten, net als de keuzestress van mensen. Vaak zijn collectiviteiten niets meer dan een andere verpakking om hetzelfde product, de verzekering, en dan vaak ook nog met een andere prijs, dus we hebben iets wat hetzelfde is, maar een ander label en een andere prijs heeft. Dat is ontzettend verwarrend voor mensen. Volgens mij stond in het rapport dat we nu 50.000 verschillende collectiviteiten hebben. Ik hoor een collega zeggen dat het er 64.000 zijn. Ik was aan de veilige kant gaan zitten. Hoe zorgt de Minister ervoor dat wat inhoudelijk dezelfde polis is, straks ook dezelfde naam krijgt, ook om mensen te helpen in die polis-jungle?

De CDA-fractie heeft voor de zomer in een debat gezegd dat zij zich zorgen maakt over het geheel risicodragend maken van zorgverzekeraars. Dat debat ga ik hier niet overdoen. De Minister heeft wederom een nieuw advies over risicoverevening gekregen. De Nederlandse Zorgautoriteit zegt dat het maximale vrijwillige eigen risico eigenlijk onder die verevening moet worden gebracht. De redenering in het antwoord van de Minister is mij nog niet helemaal duidelijk. Hoe zit dat precies? Waarom doet zij dat niet?

Ik hoorde meerdere collega's erover: DSW heeft de premie bekendgemaakt. Voor het eerst sinds jaren is dat een negatief bericht. De Minister had vrolijk gecommuniceerd dat we € 3,50 per maand meer zouden moeten betalen, maar DSW zit bijna drie keer zo hoog. Mijn vraag is toch of de Minister zich niet een beetje rijk heeft gerekend. In de begroting zie je dat de Minister ervan uitgaat dat de zorgverzekeraars 2 miljard van hun reserves inzetten. Het lijkt erop dat de zorgverzekeraars veel minder van hun reserves gaan inzetten. Klopt dat? Hoe zorgt de Minister ervoor dat zij dat wel doen?

De Consumentenbond heeft ons al gewaarschuwd dat de overstapperperiode waarschijnlijk weer chaotisch gaat worden, omdat de contracten niet tijdig zijn afgerond. De Minister heeft afspraken gemaakt met vergelijkingssites. Zij zegt dat de situatie van 2016 wordt gehandhaafd, als er voor 5 december niet gecontracteerd is. Als ik voor 5 december een polis afsluit omdat ik bepaalde zorg wil hebben en als die zorgverzekeraar na

5 december afspraken maakt waarbij die zorg niet gecontracteerd is, kan ik dan nog mijn polis opzeggen? Welke rechten heb ik dan als verzekerde?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Er staat vandaag een flink aantal rapporten op de agenda, want er zijn nogal wat bedenkingen bij de werking van de huidige Zorgverzekeringswet. In onze ogen zijn er veel mankementen. GroenLinks wil zorg die betaalbaar en betrouwbaar is en waarbij patiënten echte keuzevrijheid hebben. De balans tussen zorgverzekeraars, professionals en patiënten is ver te zoeken. Een typerend voorbeeld daarvan is het aantal polissen, zoals mevrouw Bruins Slot ook opmerkte. Mensen moeten een keuze maken uit een enorm aantal poliscombinaties van basis- en aanvullende verzekeringen en dat is niet te doen. Gelukkig heeft Minister Schippers ook al aangegeven dat dit toch echt te veel is, net als de Nederlandse Zorgautoriteit.

De vrije marktwerking heeft als doelstelling om de beste zorg voor de laagste prijs te realiseren, maar het is duidelijk dat deze nu niet zo werkt. Het is veel te onduidelijk wat de verschillen zijn tussen alle polissen. Daardoor wordt deze keuzevrijheid een wassen neus. GroenLinks heeft daarom vorig jaar een nota gepresenteerd, waarin wij voorstellen doen om dat te verbeteren. Zo willen wij één restitutiepolis en één naturapolis per verzekering. Ook willen we dat de budgetpolis wordt geschrapt. Zorgverzekeraars moeten wat ons betreft de helft minder geld uitgeven aan reclame, zoals reclamespotjes en folders, dan zij er nu aan uitgeven. De informatie over polissen moet eerlijk, transparant en duidelijk zijn. De Minister is daarmee aan de slag gegaan en heeft een gedragscode opgesteld. Wij hopen dat dit goed zichtbaar wordt in het najaar, zodat mensen weten waar zij aan toe zijn. Het aantal polissen wordt echter niet minder. Wat gaat de Minister concreet doen om paal en perk te stellen aan het aantal polissen?

Het was een grote schok dat zorgverzekeraar DSW aankondigde de premie te laten stijgen met 10% in plaats van de door het kabinet verwachte 3,5%. De verhoogde zorgtoeslag in de juichbegroting van dit kabinet wordt daarmee een loze belofte. Je geeft een cadeautje, maar het wordt meteen weer afgepakt door de zorgverzekeraars. Mijn fractie vraagt zich af hoe het komt dat er zulke uiteenlopende verwachtingen zijn over de premiestijging bij het kabinet en bij DSW. Hoe heeft het zo ver kunnen komen? Waar is het fout gegaan bij de berekeningen van het kabinet? Hoe voorkomen we dat in de toekomst? Is het mogelijk dat zorgverzekeraars in het vervolg voor Prinsjesdag bekendmaken wat de verwachte premiestijging zal zijn, of zijn er andere manieren om hier op tijd een concreet kostenplaatje van te krijgen? Dan kan het kabinet voortaan een reële inschatting maken van de koopkrachtplaatjes. Graag een reactie.

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Bruins Slot sprak er al over en mevrouw Voortman ook, maar ik denk dat we dit jaar allemaal onaangenaam verrast waren omdat de premie die DSW berekent fors hoger is dan de premie die het ministerie had berekend. Ik ben er eens in gedoken, maar dat is eigenlijk jaar in jaar uit het geval, en niet zo'n beetje ook. We hebben zelfs jaren gehad waarin de premie van DSW 10% lager was dan de premie die het ministerie aangaf. Sterker nog, in de afgelopen vier jaar waren de premies steeds fors lager dan de berekening van de Minister. Toen heb ik geen enkele partij horen vragen of de Minister wel goed raamde. Waarom nu wel en toen niet?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Omdat het kabinet nu zei dat de zorgtoeslag omhoog gaat en dat dit zou betekenen dat mensen met zorgtoeslag erop vooruit zullen gaan. We

weten nu dat je die verhoging van de zorgtoeslag ook echt nodig zult hebben voor die hogere premie.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat is wel interessant, maar dat klopt niet. De zorgtoeslag wordt uiteindelijk definitief berekend aan de hand van de gemiddeld gerealiseerde premie. De afgelopen jaren hebben mensen minder zorgtoeslag ontvangen dan zij van tevoren dachten. Misschien was dat nog wel een aanleiding geweest voor mevrouw Voortman om aan de alarmklok te hangen, maar niet nu.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het gaat om de beloftes die het kabinet doet en wat het presenteert. Ik heb de coalitiepartijen horen roepen dat de zorgtoeslag omhooggaat en dat dit een mooi extraatje is voor mensen. Als je ziet dat de zorgpremie hoger wordt dan door het kabinet werd verwacht, valt dat dus tegen. Ik wil graag weten of je daar op de een of andere manier wat mee kunt doen.

Half november maken de andere zorgverzekeraars hun premies bekend. De reserves van zorgverzekeraars zijn hoog. Deze kunnen wat ons betreft nog meer worden ingezet om de premies te verlagen. Is de Minister bereid om de zorgverzekeraars aan te spreken om op hun reserves in te teren om die zorgpremies ook echt te dempen? De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid kondigde maandag aan de zorgtoeslag te laten stijgen. Wat kost dat? Waar komt de dekking vandaan? Dat is toch niet ingeboekt in deze begroting?

Daarnaast is het eigen risico onbetaalbaar geworden voor een grote groep mensen. Deze mijdt zorg of sluit noodgedwongen een betalingsregeling af. Volgens GroenLinks moet het eigen risico echt omlaag en het liefst helemaal weg. Staatssecretaris Van Rijn heeft ook al gezegd serieus te willen kijken naar verlaging van het eigen risico. Deelt de Minister de opvatting dat het in elk geval lager moet?

Dan nog het punt risicoselectie en collectiviteiten. GroenLinks is geen voorstander van collectieve zorgverzekeringen, want deze schaden de toegankelijkheid van de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft hierover ook grote zorgen geuit, net als over premiedifferentiatie. De Minister zegt dat zij geen concrete aanpassingen wil. Dat vind ik jammer, want zij geeft wel aan dat collectiviteiten de oorspronkelijke verwachtingen niet waarmaken. Het voorgestelde beleid bestaat vooral uit het doen van oproepen aan verzekeraars en het organiseren van werkconferenties. Dat gaat mij niet ver genoeg. Is de Minister bereid om alsnog toezicht op het verbod op premiedifferentiatie op concernniveau te realiseren, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit aanbeveelt? Ik zou graag zien dat de Minister daarmee aan de slag gaat.

Mijn laatste opmerking betreft de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. De Minister beoogt geen echte zeggenschap te creëren, maar houdt het bij een mix van formele en informele vormen van medezeggenschap. In mijn ogen wordt de inspraak daarmee onvoldoende verbeterd. Hoe ziet de Minister de formele versterking van de positie van cliënten bij deze inspraak voor zich?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Voorzitter. Door enkele andere woordvoerders is al gezegd dat solidariteit de basis is van het huidige zorgstelsel, en dat is een groot goed. In de komende periode moeten de zorgverzekeraars hun premie- en polis-aanbod gereed hebben. Daarom is het belangrijk om er nu over te spreken. De eerste verzekeraar is al naar buiten gekomen met een premie die hoger is dan geraamd. Dat ramen blijkt elk jaar toch moeilijk, zoals de heer Rutte al zei. De afgelopen jaren viel de premie mee, maar dit jaar valt deze tegen. Zorg kost geld en geld kan maar één keer uitgegeven worden.

Het is dus wel belangrijk om duidelijk te hebben waarom dat ramen zo ingewikkeld blijkt te zijn. Ik hoor hierop graag een reactie van de Minister. De zorgverzekeraars hebben laten weten dat zij in de afgelopen jaren een deel van hun reserves hebben ingezet om de premiestijgingen op te vangen, maar dat zij ook zitten met regels voor de solvabiliteit. Hoe groot is de solvabiliteit en hoe groot zijn de totale reserves die de verzekeraars nu hebben? Op welke wijze zullen de zorgverzekeraars de reserves boven de vastgestelde ondergrens in de komende periode gebruiken om de premies te verlagen of om in te zetten op preventie, innovatie en andere maatschappelijke doelen? Hoe kan de Kamer er zicht op houden dat dit geld daarvoor wordt gebruikt?

Na jaren van onduidelijkheid over de polissen zijn de zorgverzekeraars nu ook door de Kamer en de Minister gemaand om betere informatie te geven aan cliënten. Verwacht de Minister dat die duidelijkheid in de komende periode wordt geboden? Hebben de zorgverzekeraars hun inkoop gereed en weten verzekerden vooraf waar zij aan toe zijn? Dit punt is al eerder genoemd door een aantal collega's. Als er onduidelijkheid is, wat dan? Mochten er toch problemen zijn waardoor zij moeten terugvallen op de oude regeling, terwijl zij hebben geopteerd voor een nieuw zorgaanbod, wat zijn dan de rechten van verzekerden?

Er bestaan verschillende financiële tegemoetkomingen voor mensen die te maken hebben met zorgkosten. Een groot deel daarvan is nu op gemeentelijk niveau geregeld. Dat biedt mogelijkheden voor maatwerk, maar mensen moeten die regelingen dan wel vinden. Dat is wel een punt van zorg voor mijn partij. Bestaat er een helder en duidelijk overzicht van de mogelijkheden voor compensatie waar minima gebruik van kunnen maken? Weten we of de mensen die compensatie ook daadwerkelijk kunnen vinden? Heeft de Minister hierover contact met de VNG? Is zij het met ons eens dat er een taak is weggelegd voor de VNG, omdat die compensatie op gemeentelijk niveau beter gedoseerd kan worden? Het is echt van belang dat minima proactief toegang wordt verleend tot compensatie als zij daar recht op hebben. Ik hoor graag een reactie van de Minister over hoe zij de VNG hierbij kan aansporen.

Dan heb ik zorgen over het onderzoek van de NZa over de contractering van zorg bij 17 polissen met beperkende kenmerken. De NZa heeft dit als aandachtspunt genoemd. Zo bleek dat bij 9 van de 17 onderzochte polissen de verzekeraars niet konden aantonen inzicht te hebben in hoeverre de afspraken over het actueel medicatieoverzicht werden nageleefd. Verder waren er zorgaanbieders gecontracteerd die onder verscherpt toezicht stonden van de IGZ. Dat zijn toch wel signalen waardoor je je afvraagt of kwaliteit wel vooropstaat bij de inkoopcriteria. Wij willen op dit punt meer duidelijkheid en verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Er moet vooraf duidelijk zijn voor verzekerden welke maximale reistijd zij kunnen verwachten en in hoeverre de zorgverzekeraar heeft gezorgd voor tijdige zorg. Ik hoor hierop graag een reactie. Als het gaat om verscherpt toezicht, willen we dat zorgverzekeraars dit bij elke polis vermelden en openheid geven over de gemaakte verbeterafspraken. Dat moet gecommuniceerd worden naar verzekerden. Wat betreft de medezeggenschap van cliënten zijn wij blij met de internetconsultatie die nu gaande is. Op welk moment wordt de input openbaar gemaakt en naar de Kamer gestuurd?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Volp stelt een aantal terechte vragen over de polis met beperkende voorwaarden, de budgetpolis. Zij zegt dat het van belang is om in te kopen op kwaliteit. Dat zou je wel verwachten. Wat vindt zij van de constatering van de Nederlandse Zorgautoriteit dat je met budgetpolissen verlieslatende verzekerden kunt weren en winstgevende verzekerden kunt aantrekken? Is dat iets wat de PvdA wil aanmoedigen?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Nee, dat wil ik zeker niet aanmoedigen. Wij vinden wel dat er een bepaalde mate van keuzevrijheid moet zijn, maar dan moet ook duidelijk zijn voor verzekerden welke voordelen eraan verbonden zijn en welke consequenties dat heeft. Er worden ook minimale eisen aan de kwaliteit gesteld. Het instrument mag niet zo werken dat het bepaalde groepen uitsluit. Dat is een zorgelijke ontwikkeling. Ik denk dat het zaak is om deze in de gaten te houden. Als het pregnanter wordt, moeten we ook een grens stellen aan de hoeveelheid van dergelijke polissen die verzekeraars mogen aanbieden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Mevrouw Volp zegt heel duidelijk dat dit een zorgelijke ontwikkeling is en dat deze erger kan worden in de toekomst. In Nederland zijn we gewend, als er een risico is van een overstroming, om niet af te wachten maar een dijk te bouwen. Mijn vraag aan mevrouw Volp is waarom zij nu niet een dijk bouwt door de budgetpolissen niet langer te ondersteunen, in plaats van te wachten tot we een overstroming hebben.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Het onderzoek van de NZa laat een aantal kritische punten zien. De NZa geeft zelf ook aan dat zij verzekeraars heeft opgeroepen om daar goed op te letten. Ik kan mij voorstellen dat wij de resultaten van wat verzekeraars daarmee doen, ook gebruiken om vervolgens een discussie te starten over de vraag of je dergelijke polissen moet beperken. Het is een terechte vraag van mevrouw Bruins Slot. Ik wil inderdaad een reactie van de Minister op de geconstateerde punten van de NZa, maar ik wil ook weten wat de vervolgstappen zijn. De NZa stelt wel eisen aan de kwaliteit en aan de stappen die verzekeraars moeten zetten om de geconstateerde problemen op te lossen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

We hebben de reactie van de Minister op het rapport van de NZa reeds ontvangen. Zij wil oproepen doen aan de zorgverzekeraars. Is dat voldoende? Zou het niet veel logischer zijn, en een betere opvolging van de aanbevelingen van de NZa, om premiedifferentiatie op concernniveau te verbieden? Zou dat niet een betere oplossing zijn?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Ik heb in mijn betoog aangegeven dat wij de constatering van de NZa zorgelijk vinden en dat ik daar een reactie van de Minister op wil. Ook willen wij graag weten welke vervolgstappen eventueel gezet moeten worden om ervoor te zorgen dat wordt voldaan aan de criteria van de NZa wat betreft kwaliteit en dergelijke. Ik kan mij voorstellen dat wij erover na moeten denken als de antwoorden daarover onvoldoende zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dit is een debat. U kunt als woordvoerder van de Partij van de Arbeid ook zelf aangeven wat u vindt. U geeft aan dat u dit zorgelijk vindt. Wat zou dan een concrete maatregel zijn die de Partij van de Arbeid zou willen zien? Wat wil de Partij van de Arbeid zelf, afgezien van afwachten wat de Minister zegt?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Wij willen dat er door de NZa duidelijke afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars, waar zij zich aan moeten houden, bijvoorbeeld als het gaat om het contracteren van instellingen die onder verscherpt toezicht staan. De Partij van de Arbeid vindt dat echt onwenselijk. Ik kan mij voorstellen dat wij zeggen dat het onder verscherpt toezicht staan reden is om deze zorginstellingen of zorgaanbieders niet te contracteren.

Wij hebben eerder samen met de SP-fractie Kamervragen gesteld over de gang van zaken bij de Sionsberg. In het antwoord van de Minister wordt gesteld dat de NZa nader onderzoek moet plegen. Daar zijn we op zichzelf blij mee, maar er zijn nog wel veel zorgen over wat dat precies inhoudt, met name voor direct betrokkenen. Wanneer gaat de NZa aan de slag en wat is de scope van het onderzoek? Wat is de beoogde doorlooptijd van het onderzoek? Worden de medisch-specialisten, de huisartsen, de gemeente, de provincie en actiegroep daarbij betrokken en op welke wijze?

Mevrouw **Klever** (PVV):

De fractievoorzitter van de Partij van de Arbeid, de heer Samsom, heeft hard in de media geroepen dat het eigen risico moet worden afgeschaft. Vandaag staat op de agenda een rapport over het mijden van zorg wegens het hoge eigen risico, maar ik hoor de woordvoerder van de Partij van de Arbeid helemaal niets over het eigen risico zeggen. Waren het dan holle woorden van de heer Samsom? Is men het er niet over eens in de PvdA? Of wil mevrouw Volp hier alsnog een pleidooi houden voor het afschaffen van het eigen risico? Dan geef ik haar nu de gelegenheid. Hoe moet ik dat zien bij de PvdA?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

De reden dat ik er niet over begon, is dat we nu spreken over het zorgverzekeringsstelsel dat we hebben. Ik weet dat mijn fractievoorzitter de discussie over het eigen risico wil voeren en ik steun hem daarin. Dat zijn discussies die we niet voor het komende jaar kunnen voeren, omdat dat allerlei consequenties heeft, zoals wetswijzigingen. Om die reden wil ik er nu niet over praten, maar als u mij het podium geeft, ben ik ten zeerste bereid om ons standpunt te laten zien. Wij zouden inderdaad graag zien dat het eigen risico lager wordt of helemaal verdwijnt, maar dat heeft consequenties. De berekeningen daarvan zijn niet zo makkelijk. Die discussie willen wij graag voeren, maar wij hebben het vandaag over een ander onderwerp.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Volgens mij hebben we het vandaag over de Zorgverzekeringswet en het eigen risico, maar ik ben blij dat de PvdA het eigen risico ook naar beneden wil laten gaan. De PVV heeft daarover twee amendementen ingediend, met als dekking de expatregeling, waartegen de Partij van de Arbeid zich ook heeft afgezet, dus ik hoop op warme steun voor dat amendement om het eigen risico voor volgend jaar met € 100 te verlagen.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

De Algemene Financiële Beschouwingen zijn nog gaande. Wij hebben een uitstekende woordvoerder, die zeer goed zal bekijken of deze dekking voldoende is. Ik wacht zijn oordeel daarover af.

De heer **Van Gerven** (SP):

Tien jaar geleden heeft de Partij van de Arbeid tegen de Zorgverzekeringswet gestemd. Als ik mij goed herinner, was zij vier jaar geleden ook tegen de marktwerking in de zorg. Er was onlangs een ledenraad van de Partij van de Arbeid. Daar was zeer veel sympathie voor het afschaffen van het eigen risico. Er werd ook een oproep gedaan om in gesprek te gaan met de initiatiefnemers van het nationaal zorgfonds. Ik was benieuwd of mevrouw Volp al een tipje van de sluier kan oplichten en ons kan meedelen dat in het nieuwe verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid inderdaad het eigen risico wordt afgeschaft. Ook was ik benieuwd of zij het nationaal zorgfonds gaat omarmen.

De **voorzitter**:

Het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid staat niet op de agenda, maar ik geef mevrouw Volp de gelegenheid om hierop te antwoorden, maar wel kort en bondig, als het kan.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Nee, dat kan ik niet, want wij hebben een verkiezingsprogramma-commissie en er is een traject voor wanneer zij daarmee naar buiten komt. Dan zal eerst onze ledenraad worden geraadpleegd. Ik kan mij voorstellen dat de punten die de heer Van Gerven noemt, hierin wel aan de orde komen, maar dat is alles wat ik er nu over kan zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik herhaal de uitnodiging, ook gezien de uitspraak van de ledenraad en wat uit allerlei peilingen blijkt. Om heel concreet te zijn: bij alle partijen is een grote meerderheid voor het afschaffen van het eigen risico. Dat geldt zelfs voor de VVD- en de D66-stemmers. Bij de achterban van de Partij van de Arbeid, want daar hebben we het nu even over, is daar massale steun voor, net als voor het nationaal zorgfonds. Ik verzoek u nogmaals om u sterk te maken binnen die commissie die over het verkiezingsprogramma gaat, om zowel het afschaffen van het eigen risico als de invoering van het nationaal zorgfonds erin op te nemen. Dan kunnen wij misschien samen naar het Centraal Planbureau gaan om te zorgen voor een doorrekening. We moeten het CPB nog wel wat opvoeden zodat er een doorrekening ligt waarbij iedereen kan zeggen: oké, zo gaan we dat doen.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Laat ik vooropstellen dat de PvdA altijd zeer goed naar haar leden luistert. De fractievoorzitter heeft zich in zoverre uitgesproken over zijn wens ten aanzien van het eigen risico dat daarmee in ieder geval voor een deel gehoor wordt gegeven aan hetgeen door de ledenraad is gezegd. Die uitnodiging zal ik doorgeven. Nogmaals, wij gaan niet over het programma, maar die input is helder en duidelijk. Ik ben wel van mening dat de plannen in het verkiezingsprogramma goed moeten worden doorgerekend voordat je daarmee komt en niet daarna.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik heb het wel vaker gezegd aan het begin van een AO over dit onderwerp: het is onrustig in de zorg en over de zorg. Dat zullen we heel erg gaan ervaren in de komende campagne. In oktober is de Zorgverzekeringswet tien jaar oud. Volgens ons zijn er flinke stappen gezet, maar zijn er nog verbeteringen nodig en mogelijk.

Ik zal een aantal onderwerpen langslopen. De Minister stelt dat verzekeren over het algemeen voldoende kennis hebben van het zorgstelsel, maar ik kom nog heel vaak tegen dat mensen niet precies weten hoe het zit. Wat valt er onder het eigen risico? Is de tandarts voor de kinderen wel of niet gratis? Mensen weten het helaas niet allemaal. Vorig jaar heb ik bij de begrotingsbehandeling al gepleit voor een grootschalige campagne over de zorg. De Minister heeft toen ook toegezegd om dat te gaan doen bij tien jaar Zorgverzekeringswet. In de brief verwijst de Minister naar de zorgverzekeringskaart van de NPCF, de zorgverzekeraars en de Consumentenbond. Die moet helderheid bieden. Ik heb een voorbeeld gezien van hoe die zorgverzekeringskaart eruit gaat zien. Deze ziet er mooi uit. Gaat het ook lukken dat de zorgverzekeraars die per 19 november gaan invullen? Hoe gaat het met de zorgverzekeraars die de contractering nog niet rond hebben? Anderen hebben daar ook aan gerefereerd.

Dan iets over de premie die niet omhoog zou gaan. Rondom Prinsjesdag werd ons verteld dat het maar om een paar euro zou gaan, maar DSW is met de eerste raming al een stuk hoger uitgekomen. Andere verzekeraars denken ook minimaal 7% hoger uit te komen. Daarom ook van onze kant de volgende vraag. De Minister gaat niet over de premies van de

zorgverzekeraars, maar heeft ze zich niet rijk gerekend? Zij kende namelijk ook de argumenten van DSW en andere verzekeraars, die ertoe leiden dat ze hoger uitkomen: hogere kosten voor de wijkverpleging, uitbreiding van het basispakket en dure medicijnen. Als de Minister ervan uitging dat de verzekeraars een groter deel van hun reserves in zouden zetten, zou ik graag willen weten waar ze dat dan op baseerde en of ze ook gekeken heeft naar de macrokosten van de zorg in de komende jaren.

Op de agenda van vandaag staan ook de collectiviteiten. Dat is ook al door anderen genoemd. Dat zijn er 64.000. 67% van de Nederlanders zit in zo'n collectiviteit. Maar in feite wordt het instrument weinig gebruikt om zorginhoudelijke afspraken te maken. Er komt nu een onderzoek van de NZa. De Minister wil dat afwachten. We verwachten de resultaten daarvan dit najaar. In dat onderzoek wordt ook het functioneren van collectiviteiten op de langere termijn geanalyseerd. Maar het signaal is natuurlijk helder. De focus op zorginhoudelijke afspraken moet scherper. Heeft de Minister al ideeën wat ze hiervoor gaat doen? Hoe gaat ze ervoor zorgen dat collectiviteiten voor chronisch en langdurig zieken echt een toevoeging zijn?

D66 wil toe naar medisch specialisten in loondienst, minder perverse prikkels voor overbehandeling en een beter balans qua machtsverhouding in het ziekenhuis. Ik ben benieuwd hoe de Minister daar nu tegen aankijkt. Ze heeft namelijk subsidies beschikbaar gesteld, maar daar is weinig gebruik van gemaakt. Ik vraag me af of ze nog plannen heeft om dit op de een of andere manier nog actief onder de aandacht te brengen.

Dan de zorgplicht van zorgverzekeraars. Uit de rapportage van de NZa blijkt dat verzekeraars zich onvoldoende bewust zijn van de lange wachttijden. Ze leggen de verantwoordelijkheid hiervoor bij zorgaanbieders neer. Dat is een opmerkelijke bevinding. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

De meerjarencontracten moeten wat D66 betreft, gestimuleerd worden, maar de Minister stelt dat ze geen doel op zich zijn. We zien een stijging in het aantal meerjarencontracten, maar er zijn nog wel verschillende knelpunten weg te nemen, zoals de schotten in de financiering in de zorg. Op welke manier is de Minister van plan daar nog dit jaar aan bij te dragen?

Er zijn met succes hoofdlijnakkoorden gesloten om de maximale kostenstijging in de hand te houden. Net als de VVD hoort ook D66 graag of er al gewerkt wordt aan nieuwe akkoorden om te voorkomen dat de onderhandelingen volgend jaar tot stilstand komen bij een demissionair kabinet.

De heer **Krol** (50PLUS):

Voorzitter. We hebben het vandaag hier, net als veel mensen vrijwel dagelijks thuis, over zorgverzekeringen en zorgverzekeraars. Dat is terecht, want zorgverzekeringen en zorgverzekeraars hebben een enorme invloed op iemands welbevinden, om niet te spreken op de financiële situatie en de koopkracht.

Enkele weken geleden kwam TNS NIPO namens VGZ met een onderzoek naar zorgmijding. 10% van de onderzochten zou zorg mijden om kosten te sparen, van wie de helft aangaf dat de benodigde zorg niet door hen betaald kon worden. Dat is schrikbarend. Anderzijds gaven nog iets meer respondenten aan zorg te hebben gebruikt die ze anders niet zouden hebben gebruikt, omdat het eigen risico toch al opgebruikt was. Dit is dus een ingewikkelde kwestie. Sowieso geeft bijna elk onderzoek naar zorgmijding een andere uitkomst. Maar één ding is zeker: elke keer dat de nodige zorg wordt gemeden vanwege de kosten, is er een te veel. Die geluiden horen we te vaak om te negeren.

Het eigen risico is voor velen, vooral voor mensen met een laag inkomen of hoge zorgkosten of allebei, een forse last op hun schouders. Het is bedoeld als een rem op de zorgkosten, maar wat als je chronisch ziek

bent? Dan heb je geen keus en dan wordt het een boete. Wij vragen de Minister hoe zij dat ziet. Is zij bereid om een uitgebreid onderzoek naar zorgmijding te laten uitvoeren in navolging van het onderzoek naar zorgmijding in de Wmo? Is zij bereid te zoeken naar oplossingen voor de problemen die mensen nu hebben? De Staatssecretaris heeft al aangegeven serieus te willen kijken naar alternatieven. Ik krijg hierop graag een reactie. 50PLUS pleit voor een zo groot mogelijke daling van het eigen risico. Elke euro telt.

Dan de premie. In de Miljoenennota – het is al vaak gezegd – ging de regering uit van een absurd lage stijging van de zorgpremie. Die blijkt nu niet 3,5% maar 10% te zijn. Daarmee verdwijnt de koopkrachttoename, zeker die van ouderen, die toch al zo minimaal was. Ook chronisch zieken zijn de dupe. Waar was de raming op gebaseerd? Wat vindt de Minister van de stelling van 50PLUS dat deze absurd en irreëel was? Is dit niet zuiver gedaan om de koopkrachtplaatjes op te poetsen?

Hoe dan ook, 50PLUS keert zich nadrukkelijk tegen de doorgeslagen marktwerking in de zorg. Die heeft ons, denken wij, niet veel goeds gebracht. Denk aan de zorgverzekeraars, die bakken met geld in reserve houden, denk aan de administratie, de managers en het tekenen bij het kruisje. Dat klopt van geen kant. 50PLUS wil terug naar de eenvoud. Wij pleiten voor één nationale organisatie, bijvoorbeeld een nationaal zorgfonds, een ziekenfonds 2.0 zogezegd, om de financiële en administratieve kant te regelen. Zo heeft iedereen dezelfde basis voor dezelfde prijs en tegen dezelfde voorwaarden. Dat is wel zo eerlijk en wel zo eenvoudig. Zorgverzekeraars zijn er dan alleen nog voor de aanvullende verzekering. Natuurlijk kost een ombuiging van het zorgstelsel veel geld, maar nu gaat er onnodig veel geld verloren en verdwijnt het in de zakken waar het niet hoort. Laten we met elkaar voor eens en voor altijd een eerlijk en eenvoudig stelsel opzetten. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

Graag ontvang ik ook een reactie op het artikel Rente vreet aan zorggeld in de Telegraaf van vanochtend over de negatieve rente die zorgverzekeraars moeten betalen. Enkele weken geleden was er een uitzending van Kassa met een item over hulpmiddelen. De boodschap was dat medisch noodzakelijke hulpmiddelen niet per definitie vergoed worden. Hulpmiddelen heb je natuurlijk in alle soorten en maten, maar de vergoeding van een door de arts voorgeschreven medisch hulpmiddel zou toch niet ter discussie moeten staan. Wat is de reactie van de Minister hierop?

Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. De zorguitgaven groeien minder hard dan voorheen. Dat is te danken aan budgetplafonds en het hoge eigen risico. De zorg zelf is niet goedkoper geworden en zieken zijn alleen maar duurder uit. De zorgverzekeraar als regisseur van het stelsel, ziet een zieke eerder als een kostenpost dan als een cliënt waar hij zich voor moet inzetten. Waar deze Minister altijd veel belang hecht aan onderzoeken, wordt nu duidelijk dat ze daartoe alleen haar eigen onderzoeken rekent. De onderzoeken naar het mijden van zorg zijn in haar ogen onbetrouwbaar. Maar gelukkig zegt ze even later dat ze zich gaat richten op maatregelen en acties om de financiële toegang tot noodzakelijke zorg te borgen. Zo komen we toch nog ergens. Of toch niet? Want ze komt niet met nieuwe maatregelen of nieuwe acties.

De Minister wijst op de al bestaande zorgtoeslag voor mensen met een laag inkomen en de enige actie die ik kan ontdekken is een voorlichtingscampagne. Hoe teleurstellend. Terwijl maatregelen tegen zorg mijden simpel zijn. Begin met het verlagen van het eigen risico en zet alle instrumenten in om de premie naar beneden te krijgen. Dat is echt nodig, want bijna 20% van de Nederlanders mijdt weleens zorg of stelt zorg uit. Voor jongeren ligt dit zelfs op 23%. De Minister kan deze cijfers wel

onbetrouwbaar vinden, maar al was maar de helft waar, dan is dit nog veel te veel.

Over verlaging van het eigen risico heb ik samen met mijn fractievoorzitter en onze woordvoerder Financiën al twee amendementen ingediend. Ik reken op brede steun zodat volgend jaar het eigen risico al met € 100 naar beneden kan.

De premie stijgt dit jaar opnieuw. De Minister kan wel schermen met de zorgtoeslag die mee zal stijgen voor de lage inkomens, maar de Minister van Sociale Zaken zegt het heel duidelijk: huishoudens zonder recht op zorgtoeslag zullen een eventuele extra premiestijging zelf moeten betalen. Dat is een eerlijk antwoord. De werkende middenklasse, de motor van onze economie, waar ik de Minister nooit over hoor, wordt de dupe van de premieverhoging. Hun beetje koopkrachtstijging is alweer weg. Hardwerkende mensen met een gewone baan vallen immers buiten alle toeslagen en extraatjes die dit kabinet uitdeelt. Hiermee wordt het zorg mijden dus niet voorkomen. Echte maatregelen blijven dus uit of beter gezegd: worden doorgeschoven naar een volgend kabinet.

Het is toch wel heel toevallig dat na jarenlang te hoge ramingen de Minister dit jaar opeens met een te lage raming voor de zorgpremie komt. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat dit is ingegeven om de koopkrachtplaatjes positief te beïnvloeden. Maar ik hoor graag de uitleg van de Minister waarom zij er zover naast zat.

Ik heb nog de volgende vragen. De Minister gaat uit van een teruggaaf door de zorgverzekeraars van 2 miljard uit hun reserves. Waarop baseert zij dat? Hoeveel zijn de reserves, hoeveel zijn de overreserves en hoeveel eist de Nederlandsche Bank nu precies? Ik heb hier cijfers liggen van Zorgverzekeraars Nederland die uitgaan van 11 miljard aan reserves, waarvan 7 miljard vereist is en dus 4 miljard overreserve is. Kloppen die cijfers? Zo nee, wat zijn dan de cijfers? Ik krijg graag een recent overzicht. Ik heb nog een vraag over Solvency II en de Nederlandsche Bank. Klopt het dat de Nederlandsche Bank het beetje ruimte dat Solvency II biedt niet benut? Door uit te gaan van een smallere premiedefinitie zou de grondslag voor de solvabiliteitseis uitkomen op 20 miljard in plaats van 40 miljard. Volgens Zorgverzekeraars Nederland zou hierdoor gelijk 0,5 miljard vrijkomen om terug te geven aan de premiebetaler. Waarom is de Nederlandsche Bank nog strenger dan Brussel?

Van de reserves van de zorgverzekeraars kom ik bij hun winsten. Kan de Minister aangeven hoeveel belasting zorgverzekeraars betalen over hun winst? Kan de overheid die winstbelasting niet inzetten om het eigen risico te verlagen?

Tot slot nog een vraag over de kostenpost provisies bij de zorgverzekeraars. In de jaarcijfers van Vektis staat dat de kosten voor provisies vorig jaar met 11,5% zijn gestegen naar 120 miljoen. Dat is dus geld dat naar tussenpersonen gaat, naar bemiddelaars, naar vergelijkingssites of naar adviseurs van collectiviteiten. Nu blijkt uit onderzoek dat verzekeraars voor collectiviteiten helemaal niet apart inkopen, geen maatwerk leveren en geen kortingen bedingen waarmee ze de lagere premie voor de collectiviteit terugverdienen. De gegeven korting wordt betaald via een premieopslag, individuele verzekerden betalen dus mee aan die korting. Kunnen we deze collectiviteiten niet afschaffen? Het zijn er inmiddels 64.000. Dit schiet toch totaal zijn doel voorbij? Erger nog, het dient geen enkel doel en kost ons juist geld. Om te beginnen die 120 miljoen die opgaat aan provisies. De Minister zal het toch met mij eens zijn dat collectiviteiten en tussenpersonen een premie-opdrijvend effect hebben? Hoe lossen we dit op? Ik krijg hierop graag een reactie.

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

Voorzitter. De ChristenUnie staat voor betaalbare en toegankelijke zorg en voor een zorgstelsel dat is gebaseerd op solidariteit. Solidariteit ten opzichte van elkaar, maar zeker ook solidariteit ten opzichte van volgende

generaties. We zien dat deze uitgangspunten niet vanzelfsprekend zijn. Vorige week maakte DSW als eerste de premie bekend. De Minister verwachtte een stijging van € 3,50 per maand, maar bij DSW stijgt de premie met bijna € 9. Dat is meer dan € 100 per verzekerde per jaar. Nog meer mensen zullen hun maandelijkse premie niet kunnen betalen. Ook mijn vraag is: heeft de Minister zich rijk gerekend met de reserves van de zorgverzekeraars? Wat gaat ze nu doen?

Het is de groep chronisch zieken en gehandicapten met een laag tot modaal inkomen, die in de knel komt door ons zorgstelsel. Voor chronisch zieken en gehandicapten zijn de zorgkosten in de afgelopen vijf jaar verdubbeld. Ze zijn vaak in januari al door hun eigen risico heen. De ChristenUnie ziet graag dat er een eind komt aan de stapeling van eigen bijdragen en eigen risico voor deze groep. Bij de politieke beschouwingen heeft het kabinet toegezegd te zullen kijken naar het eigen risico. Maar wil de Minister ook kijken naar de stapeling van eigen risico en eigen bijdragen?

Ik maak me zorgen over volgend jaar, als zorgverzekeraars volledig risicodragend worden. De druk om te selecteren op gezonde verzekerden zal toenemen, zo schetst de NZa in een van haar rapportages. Optimalisering van het risicovereveningssysteem kan dat voorkomen, maar de NZa doet ook nog een aantal andere aanbevelingen: kom met een verbod op premiedifferentiatie op concernniveau, stop de koppelverkoop van de basisverzekering en aanvullende verzekering en kijk op enig moment ook naar het vrijwillige eigen risico en de polissen met beperkende voorwaarden, de zogenaamde budgetpolis. Gaat de Minister met deze aanbevelingen van de NZa aan de slag?

Juist als je afhankelijk bent van zorg en daarmee van je zorgverzekeraar is het belangrijk dat je als verzekerde invloed hebt. De Minister heeft inmiddels de consultatie gestart van twee wetsvoorstellen om zeggenschap in de zorg beter te verankeren. In de Wet versterking invloed verzekerden regelt de Minister een verplichte inspraakregeling. Elke verzekerde moet inspraak kunnen krijgen als hij dat wil. De manier waarop invloed van verzekerden vorm wordt gegeven, wordt echter overgelaten aan de verzekeraar en de verzekerde zelf. De ChristenUnie wil zeker geen blauwdruk, wel echte zeggenschap voor verzekerden. Dat is nu onvoldoende geregeld. Verzekerden moeten kunnen meebeslissen over inkoop en kwaliteit. We komen hierop bij de begrotingsbehandeling en de behandeling van het wetsvoorstel terug.

Eerlijk gezegd was ik niet zo positief over het fenomeen van de collectiviteiten. Ik zie mijn kritiekpunten ook onderschreven door de NZa. De meeste collectiviteiten zijn niet meer dan een verpakking om een bestaande modelovereenkomst, terwijl voor de verzekerden niet duidelijk is welke basispolis hierachter schuil gaat. Collectiviteiten zijn een verkoopinstrument voor zorgverzekeraars en hebben zorginhoudelijk geen meerwaarde. Dat zijn schokkende conclusies. Als ik terugga naar de basis van de collectiviteiten, steun ik wel de gedachte, namelijk dat mensen zich organiseren en hun zorgverzekeraar opdracht geven om passende zorg in te kopen. De Minister wil dit bevorderen door een conferentie, maar dat vind ik onvoldoende, want eenmalig. Voor de invoering van de Zvw was er een vereniging van collectiviteiten en personeelsfondsen ziektekosten, die deskundigheid bundelde en deelde. Wat vindt de Minister van een dergelijk initiatief? Een ander punt dat raakt aan de collectiviteiten, is dat het ervoor zorgt dat mensen minder snel overstappen. Daar kun je van alles van vinden, maar in ieder geval loont het dan wel om te investeren in zaken als preventie. Waarom doen de verzekeraars dat dan zo weinig? De zorgverzekeringskaart is een goed instrument om verzekerden te helpen informatie te krijgen over een passende zorgpolis. Ook op het gebied van vergelijkingssites zijn stappen gezet. De ChristenUnie had liever gezien dat er ook een echt onafhankelijke site komt, gefaciliteerd door de rijksoverheid. Maar de gedragscode is een verbetering. Worden

vergelijkingssites die de gedragscode niet hebben ondertekend of zich niet daaraan houden, verwijderd? Hebben zorgverzekeraars dit jaar tijdig genoeg de contracten rond? Anders weten mensen op het moment van overstappen nog niet waaraan ze toe zijn. Hoe gaat de Minister dit bevorderen?

Het beeld in de Monitor contracteerproces wijkverpleging is niet goed. Zorgverzekeraars kopen de zorg op verschillende wijze in, zowel voor het proces als voor inhoudelijke afspraken. Zorgaanbieders worden hier helemaal gek van. Het is tijd dat het roer om gaat in de verpleging en verzorging. Gaat de Minister hiervoor zorgen? Bepaalde prestaties worden nauwelijks ingekocht, zoals ketenzorg dementie. De ChristenUnie vindt dat niet acceptabel. Ik verwijs naar de Zorgstandaard Dementie, en naar de breed aangenomen motie voor een aparte betaaltitel voor casemanagement dementie. Komt de Minister in actie?

Het onderzoek naar het bijcontracteerproces 2015 is ook niet bevredigend. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders wijzen naar elkaar. Verzekeraars hebben geen signalen gekregen dat er sprake was van patiëntenstops of wachtlijsten, terwijl zorgaanbieders zeggen: we moesten stoppen met het leveren van zorg en het aannemen van cliënten vanwege bereikte budgetplafonds. Hoe gaat het dit jaar?

De ChristenUnie wil meer vertrouwen in de zorg, vertrouwen tussen verzekeraars en verzekerden, tussen zorgverleners en verzekeraars. Wat nodig is, is herstel van balans. De ChristenUnie wil minder markt en meer zeggenschap. Het is tekenend dat alle brieven die wij vandaag bespreken, ook die van externe organisaties, bol staan van woorden als «markt», «winst» en «consument». Slecht één brief niet. Misschien weet de voorzitter welke brief dat is.

De vergadering wordt van 14.42 uur tot 14.50 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik wil alvast beginnen met de beantwoording door de Minister, al is een aantal woordvoerders nog onderweg naar deze zaal. Er zijn veel vragen gesteld en er is een groot aantal sprekers. Ik stel daarom voor om het aantal interrupties te beperken tot maximaal twee, te stellen aan het einde van elk blokje. Als de Minister na haar inleiding wil aangeven wanneer elk blokje klaar is, dan kijk ik of er interrupties zijn. Ik hoop dat we dan met korte en bondige interrupties iedereen de gelegenheid kunnen geven om het debat zo goed mogelijk te voeren.

Minister Schippers:

Voorzitter. Er worden veel debatten over de zorg gevoerd, eerlijk gezegd niet zozeer over de Zorgverzekeringswet «as such», maar meer over de Zorgverzekeringswet als het zwart waar het wit van het zorgfonds goed tegen afsteekt. In dat debat zijn feiten en fictie behoorlijk door elkaar gaan lopen. Het begon met de lijstjes. Ik ben de eerste om de betrekkelijkheid van lijstjes aan te geven. Hoe goed je zo ook onderbouwt, het ligt er maar aan welke gegevens je met elkaar gaat vergelijken. Nederland komt op een totaal andere plek wat betreft babysterfte dan wat betreft knieoperaties. De selectie van die gegevens heeft dus altijd een zekere willekeur in zich. Een partij als de SP heeft altijd heel hard geageerd tegen de European Health Consumer Index, waarin wij nummer een staan en steeds uitlopen. Dat betreft OESO-cijfers, WHO-cijfers en cijfers van de Europese Commissie. Die komen uit goede bronnen. Er is evenwel altijd te spreken over welke cijfers en welke zorg met elkaar worden vergeleken. Ik word overigens vaak aangesproken op ons functioneren van het zorgstelsel. Afgelopen maandag was ik nog in Europa. Dat zijn gremia waar ik steeds trotser wordt omdat er allerlei mensen naar mij toe komen. Nu was het weer Macedonië dat zei: jullie doen het zo goed, mogen wij ambtenaren sturen om te kijken wat het geheim is van jullie systeem? In

Groot-Brittannië zijn er nieuwe bewindslieden en het eerste dat de nieuwe Staatssecretaris tegen mij zei, was: mag ik u feliciteren met uw goede zorg? Wat dat betreft, ervaar ik altijd een beetje een paradigmashift tussen hier en daar. Maar goed, dat terzijde.

De SP, en de mensen van het zorgfonds, spraken over de Numbeolijst; dat was een zeer gerenommeerde lijst. Nederland staat daar op basis van de peilingen van 1 juli op de 28ste plek, achter Sri Lanka; dat staat geloof ik op 9. Wat blijkt, die notering is te danken aan 120 willekeurige stemmen van websitebezoekers. Nu heb ik wat bekenden en vrienden gevraagd om ook zo'n lijstje in te vullen en het heuglijke feit is nu: we staan op nummer 1. We hebben dus de beste zorg volgens de Numbeolijst. Bloomberg wordt ook genoemd. Op die lijst wordt levensverwachting gerelateerd aan zorguitgaven. Wij staan op die lijst achter Mexico en achter Peru. Als wij het zorgfonds invoeren, dan gaan de uitgaven en de pakketuitbreidingen omhoog, maar blijft de levensverwachting hetzelfde. Wij gaan op die lijst dan nog verder zakken. Kortom, ik ben de laatste om te zeggen dat die lijstjes ertoe doen om ermee te pochen. Die lijstjes zijn wel nuttig om te kijken waar er zwakke plekken zitten ten opzichte van andere. Als wij zo'n lijst zien, ook bij de European Health Consumer Index, dan kijken wij naar waar wij laag op scoren, naar wat een ander beter doet dan wij en wat wij daarvan kunnen leren. Dat zou het nut ervan moeten zijn.

Ik ga even verder met mijn betoog over mythes en feiten. Een aantal dingen springt daarbij in het oog. Het zorgfonds wil het eigen risico laten vervallen, wat op zichzelf al 4 miljard euro kost, dus € 284 per persoon extra aan premie. Je hoeft dan geen eigen risico meer te betalen van € 385, maar je premie gaat wel omhoog. Van die € 284 gaat € 22 af van de inkomensafhankelijke bijdrage, maar die andere € 262 komt gewoon bij je premie. Dan krijgen we een pakketuitbreiding met tandheelkunde, fysiotherapie en ggz. Die kosten samen al gauw 2,5 miljard. Die rekening per persoon loopt dan al op naar € 455 per persoon: € 342 via de nominale premie en € 113 via de loonstrook. Ik laat dan alle discussie over de transitiekosten achterwege. De transitiekosten zijn hoog maar ze zijn wel eenmalig. Er kan dus gekozen worden voor een transitie, en dan nemen we de kosten voor onze rekening. Die zijn echter wel hoog. Ik laat ook achterwege wat het CPB heeft geschreven over het banenverlies met zo'n systeem door verhoging van de lastendruk.

Ik heb ook de kraampjes gezien, in mijn eigen dorp en in andere dorpen. Daar wordt gezegd: beste mensen, het eigen risico gaat weg, het pakket wordt veel groter en u hoeft daar niets extra's voor te betalen, want dat doen de rijken. Ik weet niet wie dat zijn, maar dat is wel handig om te weten als je dit moet beoordelen. Als mij wordt gevraagd «wilt u geen eigen risico en meer zorg voor hetzelfde of minder geld», dan teken ik daar ook voor op de lijst waarop dat kan. Die handtekeningen zeggen mij dus weinig. Ze zeggen mij wat als er een plan met een echte dekking ligt. Er wordt 750 miljoen dekking gevonden in relatie tot de geneesmiddelen. De enige methode die daadwerkelijk wat heeft opgeleverd in de afgelopen tien jaar was onversneden marktwerking. Dat was gewoon preferentie-beleid, iets waar de SP altijd tegen is geweest. Ik probeer internationaal een verbond te sluiten – dat is niet morgen geregeld – en op nationaal niveau probeer ik de dure geneesmiddelen uit ziekenhuizen te krijgen; samen met verzekeraars en ziekenhuizen wordt er meer samengewerkt in de inkoop. Het bedrag van 750 miljoen is echt op de achterkant van een bierviltje uitgerekend. In Nederland is 72% van de geneesmiddelen op de markt generiek. Dat doen wij beter dan menig land in Europa. Wij hebben op dit punt een goede concurrentie die daadwerkelijk tot prijsverlagingen leidt. Daar hebben wij natuurlijk ook heel veel aan overgehouden in de afgelopen jaren. Heel vaak heeft dat tot matiging van de kosten geleid. Dat kwam uit de geneesmiddelen.

Er wordt verder 1,5 miljard bespaard op overhead, reclame en winst; iedereen weet dat winst nu niet wordt uitgekeerd. De winst gaat naar de

reserves of terug naar de premieverlaging of betere zorg. Uitkering van de winst zit nu echter niet in het systeem. De reclamekosten zijn 35 miljoen. Die zijn op te schrijven. Met 35 miljoen ben je er echter voorlopig nog niet. Er wordt een besparing van 1,3 miljard gevonden op onnodige regels en bureaucratie. Nu is het nadeel dat als je enige tijd meeloopt in de politiek, je al die campagnes hebt gezien en dus weet dat dat een post is waar iedereen op bezuinigt. Het hoe is echter altijd nog erg lastig. Mij lijkt het een slag in de lucht.

Eén verzekeraar; ik vraag mij af of dat het leven van een professional echt gaat vereenvoudigen. Je kunt namelijk vergeten dat die ene verzekeraar zegt, als het wat krapjes is: wilt u wat meer doen voor wat minder geld? Zo gaat het natuurlijk altijd. Zo gaat het ook in landen waar één verzekeraar is. Wat wel een kenmerk is van landen met één verzekeraar en met een stelsel waarin één, door de staat georganiseerde verzekering is, is dat er een privaat circuit ontstaat. Er is dan een publiek circuit, waar mensen die geen geld hebben van afhankelijk zijn en een privaat circuit, waar mensen met geld altijd terechtkunnen. Volgens mij hadden we dat nu juist net afgeschaft.

Ik kan eigenlijk wel een tijdje zo doorgaan. «Het basispakket wordt uitgekleeft.» Het zijn zoveel misvattingen. «De kosten zijn geëxplodeerd.» De kosten stegen de laatste jaren van het ziekenfonds met 6,7% per jaar; inmiddels zitten we op een kostenstijging van 1% per jaar. Er zitten zoveel hele en halve onwaarheden in, dat ik echt reikhalzend uitkijk naar de doorrekening van het plan. Dan weten we wie, welke rekening betaalt. Ik begrijp dat het boek van Mark Britnell door het zorgfonds als heel belangrijk wordt beschouwd. Zij beschouwden hem ook als medestander. Ik adviseer om pagina 92 te lezen waar staat: «patient and consumer centricity is one of the most noticable achievements of the Dutch». Of pagina 96: «Quality is high and the Dutch healthcare system has achieved a remarkably balanced distribution of power and control». Ik vind het echt heel lastig om op deze manier te debatteren. Ik vind het heel lastig om de kraampjes en de voorlichting aan de mensen te zien. Dan denk ik: och, och, dit is echt het halve verhaal. Daarop moet je het niet doen; daar is de zorg gewoon te kostbaar voor. Er is geen gratis zorg. Ergens moet iemand de rekening betalen. Die rekening is hoog, maar we vinden zorg ook allemaal heel erg belangrijk. Wij vinden dat voor onze naasten heel erg belangrijk. Wij vinden het belangrijk dat een nieuw middel voor hepatitis C beschikbaar komt en dat als er een nieuw geneesmiddel is voor een geliefde, die persoon behandeld kan worden. Ja, zorg kost geld. Laten we daar geen doekjes om winden. Die prijs wordt niet minder in de vergrijzende samenleving met steeds meer mogelijkheden. De vraag is of dat erg is. We moeten er wel voor zorgen dat we het systeem zo goed mogelijk laten werken. Dat is een opdracht aan ons allemaal, welk systeem wij ook voorstellen.

Dan de premie. Een aantal leden heeft mij gevraagd naar de premie van 2017.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter, we hebben niet gehoord in welke blokjes de Minister haar antwoord indeelt. Kan de Minister dat zo nog aangeven? Ik ben blij dat de Minister reikhalzend uitzielt naar het nationaal zorgfonds. Dat doen nu al meer dan 176.000 mensen en dat worden er nog veel meer, zo kan ik de Minister beloven. Er is al een doorrekening en er komt nog een verdere doorrekening. Dat zal te zien zijn in het verkiezingsprogramma. Ik stel nu dan toch een vraag aan de Minister. Is zij trots op die twitterbrigade van haar, die campagnemachine van het Ministerie van de VVD-minister? Tijdens de uitzending van Buitenhof van 28 augustus twitterde die vrolijk mee. Is de Minister daar nu trots op?

Minister **Schippers**:

Het is echt een misvatting – het verbaast mij dat u dat denkt – dat ik reikhalzend naar zo’n nationaal zorgfonds uitkijk. Sterker nog, ik denk dat het echt een ramp zou zijn als we echt zouden overstappen op zo’n fonds. Ik kijk wel reikhalzend uit naar de doorrekeningen, en waarom? Omdat ik dan aan de mensen die hun handtekening hebben gezet, kan zeggen of de eerste doorrekening klopt. Daaruit blijkt een marginaal belastingtarief voor inkomens van € 20.000 van meer dan 50%, en voor inkomens boven de € 57.000 van meer dan 66%, waarbij het Centraal Planbureau spreekt van een substantieel negatief effect op de werkgelegenheid. Als u een doorrekening hebt, dan kijk ik daarnaar uit. Wat mij stoort, en dat zeg ik oprecht, is dat u doet alsof er gratis bier is. Dat is echt geen objectieve, eerlijke informatie. U mag vinden wat u vindt. Daarvoor zijn wij een democratie. U mag ook voor een ander systeem zijn. Gelukkig, dan hebben we hier nog wat om over te debatteren. Ik vind het echter zeer belangrijk dat er eerlijk informatie over wordt uitgewisseld. Die eerlijke informatie proberen wij te geven. Als wij denken dat informatie ergens niet goed is, dan kunnen we een woordvoerder doorverwijzen, bijvoorbeeld naar een journalist, en zeggen: hier is een tabel, heb je er wat aan. Dat is gewoon werk dat iedere Minister doet. Tegenwoordig gebeurt er echter ook van alles op Facebook en Twitter. VWS heeft een Facebook-pagina. Ik heb begrepen dat daar nu 10.000 mensen lid van zijn, volger zijn. Nu blijkt wel: ik kijk er heel veel op. Wij communiceren in elk geval feiten. Mij is ook wel eens gevraagd: waarom twittert u daarover niet vaker? Wij hebben juist geprobeerd om ons buiten die discussie te houden. Maar als er wordt gezegd dat het pakket wordt uitgekleed, moeten wij daar iets mee. Wij hebben namelijk net voor een gigantisch bedrag de wijkverpleegkundige erin gehaald. Ook is sinds het ziekenfonds de hele ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet gebracht en zijn alle nieuwe technologieën en geneesmiddelen erbij gekomen in het pakket. Daar staat slechts een mager lijstje tegenover van wat eruit is gegaan. Ik vind dat we daarover moeten communiceren. Je wordt een soort feitencheck, en daar moet je ook voor oppassen, maar ik vind het ook een taak van ons om dat te doen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Het was tendentius en niet objectief-feitelijk. Feiten moet je in een bepaalde context plaatsen. Ik geef een voorbeeld, over de zorgmijding. De Minister kijkt weg en zegt: het is maar een beperkt probleem en we weten niet of het groeit. Vraag het aan huisartsen en specialisten. Vraag het die meer dan 1 miljoen mensen, die nu al een betalingsregeling moeten treffen vanwege dat hoge eigen risico, of dat een probleem is. Dat is wel degelijk een probleem. Wat doet de Minister, of wat doet het ambtenaren-apparaat in opdracht van de Minister? Dat komt met een cijfer waaruit zou blijken dat zorgmijding volgens een rapport van het NIVEL met maar 3% is gegroeid. Het NIVEL zegt zelf dat het een beperkt onderzoek is en dat het de meest kwetsbare groep niet heeft kunnen onderzoeken. De groep waar het om gaat, is niet onderzocht, maar dat cijfer wordt door de ambtenaren de ether ingeslingerd. Ik vind dat niet chic en ik vind dat tendentius, omdat het NIVEL wordt misbruikt. Het heeft zelf aangegeven hoe beperkt dat onderzoek is dat wordt gebruikt in de discussie om het cijfer dat een op de vijf mensen zorg zou mijden te weerleggen. Ik vraag de Minister om dat niet te doen, om haar ambtenaren niet medeplichtig te maken aan het politieke discours dat de Minister zelf voert in het debat in de Kamer. Dat is prima, maar zij moet dat niet door haar ambtenaren laten doen. De Minister zegt dat het pakket enorm is uitgebreid, bijvoorbeeld met de wijkverpleging. Dan zeg ik: kom op, dat zat al in het pakket, weliswaar niet in de Zorgverzekeringswet maar in een ander pakket. Dat is toch geen aanvulling? Er is zelfs nog een half miljard of meer in gesneden. Als je het systeem wilt promoten, dan vraag ik wel om het correct te doen. Dit kun je toch niet echt correct noemen.

Minister Schippers:

Ik heb net aangegeven dat er een bedrag van 3,5 miljard in uw voorstel zit dat niet gedekt is. U hebt het over kostenexplosies en over het uitkleden van pakketten. Je hebt of een kostenexplosie, al heb ik die nog niet beredeneerd gezien, of je hebt het over een pakket dat is uitgekleeft, maar laat dan ook eens zien waar dat is uitgekleeft, wat er zo gigantisch uit of in is gegaan.

Ik vind het heel legitiem dat u voor een ander systeem bent, maar ik vind wel dat we moeten debatteren op basis van feiten en niet moeten zeggen dat het Centraal Planbureau een neoliberaal bureau is, waarbij ik ook niet precies weet wat het is. Het is een Centraal Planbureau. Die naam zou u in ieder geval moeten aanspreken. Het Centraal Planbureau wordt zo even afgeserveerd als iets wat je niet kunt vertrouwen, terwijl wij in de Kamer vele malen hebben gesproken over zorgmijding.

Ik heb met de Kamer gedeeld dat ik hiernaar onderzoek laat doen. Op verzoek van de Partij van de Arbeid zijn er drie onderzoeken achter elkaar gedaan. Ik heb met de Kamer gedeeld hoe dat onderzoek werd gedaan. Ik heb de Kamer daar niet over gehoord. Vervolgens is het resultaat dat bij 3% is vast te stellen dat het om financiële redenen is. Er zijn ook heel veel mensen die aangeven dat het om andere redenen is: dat zij geen tijd hebben, dat zij er geen vertrouwen in hebben, dat zij niet van pillen houden. Er zijn dus allerlei argumenten. En dan zegt de heer Van Gerven dat het hem niet aanstaat. Hij heeft wel gezien wat de onderzoeksopdracht was, maar als het resultaat van dat onderzoek komt, verwerpt hij dat. Dan wordt het wel heel lastig om met elkaar in debat te gaan. Als hij lijstjes die hem niet aanstaan, omdat wij daar te hoog op staan, afserveert als zijnde non-lijstjes en als hij dan zelf met de twee grootste non-lijstjes komt die je kunt bedenken, dan vind ik dat geen faire voorstelling van zaken. Ik wil heel graag met hem in debat, maar ik doe ook een oproep om het op basis van feiten te doen, alternatieven te onderbouwen en te zeggen waar we de dekking vandaan halen. Als hij het ergens vandaan haalt waar ik niet zo'n voorstander van ben, vind ik dat niet erg. Dan kunnen we daar weer over debatteren.

De voorzitter:

Misschien is het goed om voordat de Minister verdergaat, even aan te geven welke blokjes er zijn.

Minister Schippers:

Ik kom nu bij de premie, daarna het eigen risico, de polisdiversiteit en collectiviteit, de zorgplicht, de meerjarige contractering en diverse andere onderwerpen.

Wij ramen ieder jaar de premie. Ook het CPB doet dit ieder jaar. Dat is niets nieuws, dat weten de leden. Wij hebben er ieder jaar cijfers over staan in de begroting. De premieraming is een inschatting op basis van cijfers, want de verzekeraars stellen zelf hun premie vast. De raming van VWS en Financiën gezamenlijk kwam uit op € 1.241. Wij zitten hiermee dicht bij de inschatting van het CPB, dat voor 2017 een premie van € 1.240 raamde. Er zit € 1 tussen. Ik geloof dat we niet vaak zo dicht bij de uitkomst van het Centraal Planbureau hebben gezeten.

Op 19 november weten we of die raming klopt of bijstelling behoeft. Zorgverzekeraar DSW is de eerste, en tot nu toe de enige, die de premie voor 2017 bekend heeft gemaakt, te weten € 1.296. Dat is € 55 hoger dan de raming van Financiën, VWS en CPB. DSW omvat 3,5% van de zorgverzekeringsmarkt, dus je kunt nu nog geen conclusies trekken over de gemiddelde premie. DSW is ook een bijzonder geval vanwege de grote toename in het aantal verzekerden; met een derde in de afgelopen twee jaar. Die toename van het aantal verzekerden heeft een opwaarts effect op de vereiste solvabiliteit van DSW. Ik heb de afgelopen dagen heel vaak de redenering gehoord dat de premie door verzekeraars jaar na jaar is

gedrukt uit de reserves, maar dat die route niet meer kan, want die is eindig, uitgeput en de bodem is in zicht, en dat de Minister dat had moeten weten omdat zij daarvoor was gewaarschuwd. Ik kan zeggen dat ik altijd word gewaarschuwd door verzekeraars, als wij onze raming bekendmaken. Op menige borrel hoor ik een verzekeraar met stoom uit zijn oren vragen hoe ik het toch in mijn hoofd haal om deze raming te doen, maar de afgelopen jaren gingen ze er stevast onder zitten. Die waarschuwing krijg ik ieder jaar.

Hoe komen wij op het bedrag van 2 miljard dat uit de reserves is ingezet? Daar draait het om. Zoals bekend is de financiële verantwoording van zorgverzekeraars transparanter en begrijpelijker geworden, omdat wij formats hebben afgesproken. Dat heeft ertoe geleid dat je zelf kunt kijken op de sites van de zorgverzekeraars, die heel uniform en dus heel vergelijkbaar zijn. Die overzichten geven mooi inzicht in de resultaten die tot stand zijn gekomen en ze geven mooi aan waaraan die worden besteed.

Zorgverzekeraars presenteren jaarlijks transparante overzichten van de jaarcijfers op hun individuele website. Wij ramen ook altijd een gemiddelde, want de ene verzekeraar kan meer reserves hebben dan de andere. Op macroniveau, en niet op dat van de verzekeraars, blijkt uit die overzichten dat er sprake is van een gemiddelde solvabiliteit van 157% bij de zorgverzekeraars, als het gaat om de basisverzekering. In ronde getallen gaat het om 9,9 miljard, eind 2015, tegenover een minimumnorm van 6,3 miljard. Ik heb de marktscan 2016 van de NZa doorgestuurd, waar die getallen ook in staan, dus die kan men daar ook bekijken. Eind 2014 bedroeg de solvabiliteit circa 150%, dus de reserves zijn gegroeid met 7%; van 9,2 miljard naar 9,9 miljard. De ratio is dus toegenomen van 150% in 2014 naar 157% in 2015. Wat is er nou gebeurd de afgelopen jaren? Die verzekeraars hebben macro gezien die premie niet uit de reserves gedrukt maar uit de winst, althans voor het grootste gedeelte. Hierdoor zijn de aanwezige reserves intact gebleven en zelfs toegenomen. Het afgelopen jaar is 84% van het positieve resultaat teruggegeven en 16% aan de reserves toegevoegd. Zo komen wij dus aan onze inschatting. Nogmaals, uiteindelijk stellen wij de premie niet vast, maar dat doen de verzekeraars zelf.

Kan de verzekering worden opgezegd door de verzekerde, als blijkt dat een aanbieder niet is gecontracteerd?

Mevrouw Klever (PVV):

Ik heb nog twee vragen over de solvabiliteit. Ik heb begrepen van Zorgverzekeraars Nederland dat de totale solvabiliteit 11 miljard is. Als we uitgaan van de cijfers van de Minister, is de minimumnorm 6,3 miljard en is er 9,9 miljard aanwezig. Dan is de overreserve volgens mij 3,6 miljard. Waarom gaat de Minister er in de begroting dan vanuit dat zij maar 2 miljard teruggeven van die overreserves? Waarom dan niet de totale overreserve, te weten 3,6 miljard?

Minister Schippers:

Ik kan begrijpen dat een zorgverzekeraar niet meteen op die rand gaat zitten, want als het even misgaat, zakt hij eronder. Het is niet zo dat de verzekeraars de Nederlandsche Bank op hun nek krijgen als zij op 150% zitten, zoals bij Solvency I. Dat is veranderd, omdat Solvency II meer maatwerk vraagt van verzekeraars, zodat zij die heel dikke bandbreedte niet nodig hebben. Wij hebben 2 miljard van die 3,6 miljard berekend als teruggave in de premie. Je kunt zeggen dat dit onbesuisd is. Het is ook ambitieus, maar als je ziet wat er de afgelopen jaren is gebeurd, denk ik dat het geen rare berekening is.

Mevrouw Klever (PVV):

Een teruggave van 2 miljard vind ik helemaal niet onbesuisd. Ik zou zeggen: doe alle overreserves. De Minister zegt dat een verzekeraar eronder zakt, als het even misgaat, maar een reserve is toch voor als het even misgaat? Nu zie je dat verzekeraars reserves moeten aanhouden voor als het misgaat en daarbovenop houden zij nog extra aan voor als het even misgaat, zodat zij de reserves niet hoeven aan te spreken. Het idee van reserves is dat je die kunt aanspreken als het misgaat. Waarom moeten zij niet gewoon het totaal aan overtollige reserves teruggeven?

Minister Schippers:

Dat is waar, maar wij hebben niet voor niets een minimumreserve afgesproken. Na de bankencrisis hebben we gezegd dat we willen dat verzekeraars tegen een stootje kunnen. Als er iets misgaat bij een verzekeraar willen we wel dat die aanbieders betaald blijven worden. Daar is die reserve voor bedoeld. Het is belangrijk voor een verzekeraar om een reserve te hebben. Ik kan me best voorstellen dat een verzekeraar niet helemaal op het randje gaat zitten, want als er dan iets tegenvalt, heeft hij meteen de Nederlandsche Bank in zijn nek hangen, dus hij blijft daar wat boven. Het punt hoeveel buffer er boven de buffer moet zitten, is echt veranderd met Solvency II.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik bedank de Minister voor haar nadere toelichting, waarin zij aangeeft dat de zorgverzekeraars die 2 miljard kunnen teruggeven aan de premiebetaler. Die ruimte is er. Op basis van voorgaande jaren heeft de Minister er vertrouwen in dat zij dat kunnen doen zonder in financiële problemen te komen. In de reactie van de zorgverzekeraars viel mij op dat zij zeiden dat zij nog met hun premie moeten komen, maar dat zij zich afvragen of zij dat dit jaar wel kunnen doen. Ik heb gevraagd hoe het kan dat de Minister vol vertrouwen zegt dat die 2 miljard wordt teruggegeven. Dat is een prima plan, want dat is ook voor de premiebetaler. Maar de zorgverzekeraars zitten plotseling ontzettend op de rem. Hoe kan er zo'n verschil ontstaan?

Minister Schippers:

Ik ga niet voor de zorgverzekeraars praten, want dan zou ik over hen in het algemeen praten, terwijl er best verschillen zullen zijn tussen zorgverzekeraars. De ene zal er ruimer in zitten dan de andere. Daar zal differentiatie in bestaan. De premie wordt gebaseerd op de verwachte kosten in het volgende jaar. Dat doen wij en dat doen zij ook. Daar kunnen ook verschillen in zitten. Op de vraag hoe wij tot die 2 miljard zijn gekomen, is mijn antwoord dat dit is hoe wij daarop zijn gekomen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik maak me inderdaad zorgen dat de Minister zich misschien rijk heeft gerekend. Ik hoop van niet. Ik hoop echt dat de zorgverzekeraars dat terug gaan geven aan de premiebetalers. Mijn vraag is of de Minister in gesprek gaat met de zorgverzekeraars over het teruggeven van die reserves. Wij hebben het al vaker gehad over de vraag of er een bepaald maximumpercentage moet zijn. De Minister zegt dan altijd dat dit niet moet, omdat zij in een goed gesprek veel kan bereiken. Gaat zij dan ook met de verzekeraars praten om ervoor te zorgen dat zij meer aan de premiebetaler teruggeven?

Minister Schippers:

Natuurlijk spreek ik de verzekeraars, maar zij gaan echt zelf over hun premie, dus dat laten zij zich door mij niet vertellen. Natuurlijk heb ik er gesprekken over dat hier blijkbaar een verschil van inzicht is. De verzekeraars hebben het afgelopen jaar ook 2 miljard teruggegeven. Ik verdedig de berekening die wij in de begroting hebben gezet, en vervolgens

moeten wij afwachten met welke premie de verzekeraars komen. De afgelopen jaren kwamen zij steeds met een lagere premie. Deze is nooit precies hetzelfde. Zij kwamen soms met een substantieel lagere premie. Wij proberen ons helemaal niet rijk te rekenen bij die premieberekening, omdat er allerlei dingen op worden afgestemd. Je probeert dat zo goed mogelijk te berekenen. Het is complex. Dat je niet helemaal bij elkaar komt, is ook logisch, want de verzekeraar bepaalt dat zelf. Dat doet hij op basis van bijvoorbeeld zijn reserves, zijn inschatting van zijn kosten, maar er kunnen ook allerlei andere overwegingen meespelen bij de vaststelling van de premie, zoals de concurrentie. Het is aan de verzekeraar.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Toch nog eventjes. De ene verzekeraar is de andere niet. Als ik het goed begrijp, zegt de Minister dat er voor sommige verzekeraars misschien geen ruimte is om meer in te teren, maar dat dit nooit voor alle verzekeraars kan gelden. In totaal is er volgens de berekeningen van het kabinet een ruimte van 2 miljard bij verzekeraars om in te teren. Moet ik het zo begrijpen?

Minister **Schippers**:

Het is een gemiddelde.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ja, precies, dus dan kan het nooit zo zijn dat alle verzekeraars zeggen dat dit niet kan. Het kan zijn dat een individuele verzekeraar zegt dat het bij hem niet kan, maar dan moeten er andere verzekeraars zijn bij wie die ruimte er juist wel is. Wat gaat de Minister hiermee doen? Ik vrees dat het niet voldoende zal zijn om ze vriendelijk aan te spreken.

Minister **Schippers**:

Natuurlijk kan dat wel gebeuren, want andere jaren is de premie ook lager vastgesteld dan wij dachten. Wij proberen een zo goed mogelijke berekening te maken, met de onzekerheden en complexiteit die zo'n berekening met zich brengt. Dat proberen wij ieder jaar opnieuw zo goed mogelijk te doen. Vervolgens zijn verzekeraars verantwoordelijk om, op basis van hun eigen resultaten, inschattingen en positie, zelf de premie vast te stellen.

De lage of negatieve rente over reserves heeft inderdaad effect op de vermogensopbrengsten. In het artikel staat dat het om een bedrag van 10 miljoen gaat. Dat moet worden opgevangen door de verzekeraars of door ieder ander die zo'n vermogen heeft. Ook als burger heb je daar consequenties van; dat hebben we allemaal.

De Nederlandsche Bank gaat uit van een smalle premiedefinitie. Waarom is deze strenger dan die van Brussel? Door de risicoverevening die wij in Nederland hebben, lopen verzekeraars minder risico dan als wij die niet hadden gehad. Die werkt dempend. Daarom heeft Nederland een korting bedongen op de solvabiliteitscriteria van 40%. Die korting scheelt ongeveer 3 miljard. De Nederlandsche Bank stelt als onafhankelijke toezichthouder vast hoe dat wordt vertaald. De vraag of de premiedefinitie smal of breder moet zijn, speelde twee jaar geleden, maar is nu niet meer aan de orde. Dat is allemaal vastgesteld. De toezichthouder houdt gewoon toezicht op de normen die zijn vastgesteld.

Dan kom ik op de vragen over het eigen risico, verplicht en vrijwillig. Het kabinet is niet van plan het eigen risico te verlagen of af te schaffen. Voor minimuminkomens is de premie en het gemiddeld eigen risico dat zij betalen, minder dan wat zij tien jaar geleden betaalden aan het ziekenfonds. Op basis van de vragenlijst en het onderzoek wordt geconcludeerd dat het eigen risico tot zorgmijding leidt. Wij hebben op eerdere vragen van de Kamer geantwoord dat een vragenlijst niet de meest betrouwbare onderzoeksmethode is, omdat deze niet gebaseerd is op feitelijk gedrag

van mensen. Daarom hebben wij NIVEL opdracht gegeven. Daarom hebben wij daar ook zo lang over gedaan. Het is de afgelopen periode gebeurd. De heer Krol vraagt of ik opnieuw onderzoek kan doen, maar we hebben net dat hele traject achter de rug. We hebben het niet alleen gevraagd aan mensen, maar we hebben ook gekeken naar de cijfers over het zorgverbruik in de eerste en de tweede lijn.

Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat je wilt dat er zo veel mogelijk kennis over is bij de mensen. Het eigen risico geldt niet voor de huisarts of de wijkverpleegkundige. Wat zit er wel of niet in het basispakket? We hebben er vorig jaar ook over gesproken. Toen stelde ik een campagne voor, getiteld: VWS komt naar je toe dit voorjaar. Dat hebben we ook gedaan. We zijn met open kraampjes overal gaan staan, in winkelcentra, op markten, bij ziekenhuizen. Wij hebben echt geprobeerd om naast de spotjes die we al hebben en de informatie die je op de site kunt vinden, mensen die niet zo geneigd zijn om dat even zelf uit te zoeken, op een andere manier te bereiken. Dat is erg arbeidsintensief, want je moet een heel team hebben dat het land ingaat.

Zoals de Minister-President heeft toegezegd, zal ik voor de begrotingsbehandeling een brief aan de Tweede Kamer toesturen met de statistische gegevens over het verbruik van het eigen risico bij chronisch zieken. Dat is bij de Algemene Politieke Beschouwingen (APB) gevraagd. De Partij van de Arbeid heeft bij de APB ook gevraagd om de compensatiemogelijkheden voor chronisch zieken bij de gemeenten goed op een rijtje te zetten. Daar zitten heel slimme compensatiemethoden bij. Als je alles in een landelijke regeling wilt, krijg je van die regelingen zoals de Wtgc. Dan zegt de een: ik heb het teruggekregen, maar ik weet niet waarom, ik ga nieuwe pumps kopen. Terwijl de ander, van wie je hoopte dat die geld zou terugkrijgen, het niet krijgt, omdat je altijd met die algemene definities zit. Bij de APB hebben wij aangegeven dat er al gemeenten zijn in Nederland waar het als volgt gaat. Personen die kunnen aantonen dat zij een paar jaar achter elkaar het eigen risico hebben volgemaakt, komen in aanmerking voor compensatie. In een gemeente kan dat veel meer op maat gebeuren. Bij andere gemeenten is er standaard compensatie voor het eigen risico in collectieve contracten die zij afsluiten voor mensen met een minimuminkomen of mensen die in een uitkeringssituatie zitten. Wij zullen al die dingen inventariseren en voor de begrotingsbehandeling naar de Kamer sturen.

We hebben ook op rijksoverheid.nl onafhankelijke informatie over het zorgstelsel. Tijdens het komende overstapseizoen zullen verzekerden onder andere via social media, wederom voorgelicht worden over het zorgstelsel. Een belangrijk onderwerp is daarbij ieder jaar het eigen risico. Wij zullen in de najaarscampagne speciale aandacht besteden aan laaggeletterden. Zorgverzekeraars zullen dit najaar de zorgverzekeringskaart gebruiken om verzekerden te informeren over de belangrijkste kenmerken van de zorgpolis. Via deze kaart zullen zij verzekerden informeren over de zorgaanbieders die op dat moment gecontracteerd zijn.

Kan ik kijken naar stapeling van het eigen risico en eigen bijdragen?

Verzekerden worden op verschillende manieren gecompenseerd, zoals ik al zei, namelijk via de zorgtoeslag en via gemeenten. Voor de begrotingsbehandeling zal ik hierover een brief sturen. Het CBS voert momenteel onderzoek uit naar de stapeling van de eigen bijdragen.

Ik had het er al over dat in collectieve contracten het eigen risico herverzekerd kan worden. Dat gebeurt, zij het niet vaak. Recent onderzoek van IederIn wijst uit dat maar liefst 55% van de mensen met een grote zorgbehoefte en/of een laag inkomen een gemeentepolis heeft.

Er is ook gevraagd waarom ik het maximale vrijwillige eigen risico niet in de verevening wil. Dat wil ik niet omdat in ons risicovereveningsmodel alleen wordt beoogd om te compenseren voor objectieve maatstaven van gezondheid. Het afsluiten van een vrijwillig eigen risico is dat niet, want

dat is keuzegedrag van mensen. In het onderzoeksprogramma hebben wij een vrij uitgebreide agenda voor verbetering van die objectieve maatstaven. Ik zou het wel objectief willen houden, om te voorkomen dat wij veel meer discussie krijgen over ons risicovereveningsmodel.

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

De SP gaat het land in met kraampjes voor een zorgfonds en de Minister met kraampjes voor de informatievoorziening, dus het wordt heel gezellig op de markt. De ChristenUnie is geen voorstander van een nationaal zorgfonds, maar ik deel wel de zorg die er is over de positie van chronisch zieken en gehandicapten. Ik denk dat chronisch zieken en gehandicapten met een laag tot modaal inkomen echt in de knel kunnen komen in het huidige zorgstelsel. Uit onderzoek van IederIn blijkt dat de zorgkosten voor chronisch zieken en gehandicapten in vijf jaar tijd zijn verdubbeld. Ik heb dat zojuist ook aan de orde gesteld, zoals wij bij de APB ook hebben gedaan. De Minister zegt dat er allemaal onderzoek naar wordt gedaan. Ik heb twee concrete vragen. Het CBS doet kennelijk onderzoek naar de stapeling van eigen bijdragen. Wanneer komt het resultaat daarvan naar de Kamer? Heeft de Minister eraan gedacht om te bekijken of we voor die groep die toch in de knel komt, niet kunnen werken met een maximum in de eigenbijdragesystematiek? Ik herinner mij dat dit ook aan de orde is geweest in debatten met de Staatssecretaris over de langdurige zorg. Ik weet dat er ook in de Zorgverzekeringswet eigen bijdragen zijn. Juist die stapeling pakt heel negatief uit voor mensen. Ziet de Minister mogelijkheden om deze te maximeren?

Minister **Schippers**:

Het onderzoek van het CBS komt in november. Dat is na de begrotingsbehandeling, maar die kunnen we ook een maandje later doen. Wat vaak wordt vergeten, is dat het communicerende vaten zijn. Afschaffing van het eigen risico van € 385 betekent dat je € 262 meer betaalt aan nominale premie en € 22 via inkomensafhankelijke bijdragen. Die kosten verdwijnen daarmee niet. Ik vind het interessant om te bekijken wat er op gemeentelijk niveau gebeurt. Dat wordt dus geïnventariseerd. In sommige gemeenten kunnen mensen die twee of drie jaar hun eigen risico hebben volgemaakt, en bij het gemeentelijk loket laten zien dat zij chronisch ziek zijn en dat altijd volmaken, vervolgens compensatie krijgen. Dan krijg je een ander systeem, dat veel meer op maat gesneden is. Ik weet niet of dat ideaal is. We doen die inventarisatie. Dat zijn dingen waar je wel naar zou kunnen kijken.

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

Ik juich het ook toe dat gemeenten deze instrumenten hebben. Ik vind het goed dat zij maatwerk kunnen toepassen. Er is nog wel een verbeteringslag nodig. Wij hebben de motie van de Partij van de Arbeid daarover van harte ondersteund. Mijn punt betreft de stapeling bij de groep chronisch zieken en gehandicapten met een laag tot modaal inkomen. Door instrumenten als de zorgtoeslag en de compensatie door gemeenten wordt daar onvoldoende in voorzien. Moeten we niet toe naar een maximum bij die stapeling van eigen risico en eigen bijdragen, om te voorkomen dat die groep in de knel komt? Dat is ook precies de groep die zich aangesproken voelt door het nationaal zorgfonds.

Minister **Schippers**:

Er zijn allerlei methoden mogelijk bij de vraag waar de rekening met elkaar wordt opgepakt. De gebruiker betaalt, want het is wel zo dat je meebetaalt aan zorggebruik, dus copayment. Ik ben betrokken geweest bij eerdere verkiezingsprogramma's en ik weet dat je dat allemaal moet doorrekenen. Nederland is heel uniek met dat bedrag van € 385 dat je in een keer kwijt bent als je in januari je been breekt of als je een partijtje

dure geneesmiddelen nodig hebt. Dan ben je door je eigen risico heen. Je kunt ook kiezen voor een systeem waarin het iedere keer een percentage is van je zorgconsumptie, zoals in veel andere landen gebeurt. Het nadeel daarvan is dat het plafond omhoog moet om hetzelfde op te halen. Het komt altijd weer op geld neer. Als iemand er één keer gebruik van maakt en alles betaalt, dan betaalt hij maar 10% en dat komt er bij anderen weer bovenop. Zo heb je allemaal communicerende vaten. Je zult dus zelf integraal moeten bekijken, als kabinet of als politieke partij bij het verkiezingsprogramma of bij een regeerakkoord, wat je daar goed in vindt. Op nationaal niveau hebben we een no-claimregeling geprobeerd. Het voordeel daarvan is dat er geen enkele drempel is voor de zorg en dat je achteraf geld terugkrijgt. Dat hebben we hier op een gegeven moment veranderd in een eigen risico. We hebben de Wtgc gehad en de compensatie van het eigen risico (Cer). Daardoor bleken personen die we graag wilden compenseren, niet gecompenseerd te worden, en anderen wel. Het is niet zo dat het een onbeschreven blad is, want we hebben er heel veel ervaringen mee. Uiteindelijk heeft dit kabinet ervoor gekozen om de Wtgc en de Cer over te brengen naar de gemeenten, met een korting, zodat gemeenten dat kunnen bepalen in een integraal beleid, waarin het beleid voor ouderen, zorg en jeugd wordt samengevoegd. Dan kunnen zij zelf bekijken hoe zij dat compenseren. Je ziet dat gemeenten dat op verschillende manieren doen. Dat is de keuze die dit kabinet heeft gemaakt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De Minister zegt dat dit de keuze van het kabinet is geweest. Bij de Algemene Politieke Beschouwingen heeft de fractievoorzitter van D66 gevraagd om te kijken naar die stapeling bij de groep die de ChristenUnie noemt. De Minister-President heeft daarover een toezegging gedaan. Ik wil nog even checken of de Minister dat gaat invullen op de manier die toen is gevraagd, namelijk door echt te bekijken of je iets kunt doen voor de groep chronisch zieken die niet alleen door het eigen risico, maar ook door de eigen bijdragen die steeds betaald moeten worden voor allerlei zorg die zij krijgt, in de problemen komt.

Minister **Schippers**:

Ik weet ook nog wat de Minister-President heeft geantwoord, want dat antwoord heb ik zelf voorbereid, namelijk dat statistisch wordt bekeken waar dat zich voordoet. Verder zullen wij inventariseren welke gemeentelijke regelingen er zijn. We gaan ook kijken of we dat aan elkaar kunnen koppelen. Als je die dingen inzichtelijk op een rijtje zet, komen er dan ideeën uit waar je wat mee zou kunnen? Dat komt wel voor de begrotingsbehandeling.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

In mijn inbreng ben ik ook ingegaan op de motie die door mijn fractie is ingediend bij de APB. De Minister heeft daarop gereageerd. In hoeverre hebben wij er zicht op dat mensen die gebruik kunnen maken van gemeentelijke regelingen, dat ook doen? Ik vind dat wel een kernvraag, los van dat overzicht van de regelingen. Kan de Minister nog op die tweede vraag ingaan?

Minister **Schippers**:

Wij proberen dat, maar de begrotingsbehandeling is al over een maand. Het is heel lastig om te identificeren wie er gebruik van maakt. In de brief zullen we wel ingaan op de vraag hoe je er meer ruchtbaarheid aan kunt geven. Hoe bereik je die groep die je heel graag wilt bereiken en die juist die folder in de bus niet leest en die niet naar de website van de gemeente of van iemand anders surft? Daar moeten we nog creatief naar kijken. 55% van deze groep wordt bereikt via de gemeentelijke collectiviteit. Dat is niet een klein deel, maar de meerderheid. Ik weet niet precies hoe het met die

groep van 45% zit. Misschien wordt die op een andere manier bereikt, bijvoorbeeld omdat de gemeente heeft gekozen voor een andere manier. In verschillende gemeenten bestaat de regeling dat je compensatie kunt krijgen, als je een aantal jaren je eigen risico hebt opgemaakt, zoals ik net beschreef.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Ik heb er alle begrip voor dat het antwoord hierop niet eenvoudig zal zijn, maar ik denk dat het goed is om hierover het gesprek aan te gaan met de VNG en om na te denken over alternatieve manieren, misschien niet in de vorm van kraampjes, maar via hulpverleners dicht bij patiënten, zoals huisartsen. Zij kunnen helpen om mensen die daar eventueel gebruik van kunnen maken, ook naar de gemeente te laten gaan. Ik denk dat daar winst te behalen is. Het zou een waardevolle toevoeging zijn als de Minister kan aangeven daarover met de VNG in gesprek te gaan.

Minister **Schippers**:

Ik heb zelf de keukentafelgesprekken als voorbeeld genoemd. Daardoor wordt ook een groep bereikt die kwetsbaar is en andere soorten van zorg nodig heeft. Ik zal de VNG zeker bij deze brief betrekken en vragen of zij nog aanvullingen heeft en of zij zicht heeft op bepaalde zaken die wij ook graag willen weten.

De heer **Van Gerven** (SP):

De Minister heeft via haar campagnemachine heel veel mist gezaaid, als het gaat om zorgmijding en het eigen risico. Ik heb al de verwachting uitgesproken dat dit in de toekomst niet meer gaat gebeuren. Ik heb nog een concrete vraag of heel pregnant in kaart kan worden gebracht wie dat eigen risico gebruikt. Is de Minister bereid om voor de begrotingsbehandeling te laten weten wie het eigen risico helemaal gebruikt, wie voor 75%, wie voor 50% en wie voor 25% en wie helemaal niet? Die cijfers moeten makkelijk in kaart te brengen zijn. Dan zal men zien dat niet alleen de minima, waar de ChristenUnie het over heeft, er baat bij hebben dat het eigen risico wordt afgeschaft, maar dat heel veel mensen daar ontzettend veel last van hebben. Zou de Minister die cijfers kunnen leveren?

Minister **Schippers**:

Het blijft mijn streven om als er mist is, die zo snel mogelijk op te helderen, via Facebook of Twitter of op welke manier dan ook. Wat u vraagt, is toegezegd in de APB. Wij gaan dat zo goed mogelijk in kaart brengen, voor zover wij deze cijfers bij elkaar kunnen krijgen. Wij zijn druk bezig om daar een poging toe te doen. Ik ben het met u eens dat de minima niet zo'n last hebben van het eigen risico, want zij worden voor een groot deel gecompenseerd met de zorgtoeslag. Het is evident dat het eigen risico het meest wordt gevoeld direct boven de grens van de zorgtoeslag. Dat is altijd het lastige met grenzen; zodra je grenzen hebt, heb je grenssituaties. Ik kan nu al zeggen dat ik vermoed dat dit eruit zal komen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, ik denk dat de middeninkomens de hoofdprijs betalen bij dit stelsel. Als je op € 35.000 zit of net daarboven, komt alles voor eigen rekening. Mag ik de toezegging van de Minister zo samenvatten dat bij de 17 miljoen volwassen verzekerden precies in kaart wordt gebracht tot welke groep eenieder behoort, naast het specifiek inzoomen op de chronisch zieken? Dat kwam nadrukkelijk aan de orde, maar ik wil het verbreden tot de hele bevolking, zodat we er over de hele linie inzicht in hebben.

Minister **Schippers**:

Ik heb toegezegd dat we doen wat we kunnen. Misschien dat het iets oplevert waarvan u zegt dat het jammer is dat het ontbreekt. Dan zullen we proberen om dat aan te vullen. We doen nu wat we kunnen in die korte tijd. We proberen uit de statistische gegevens die er zijn, conclusies te trekken. Overigens ben ik heel benieuwd hoe de lastenverdeling in uw systeem zal zijn. Daar kijken we reikhalzend naar uit. De eerdere doorrekening van het CPB is niet geruststellend, want daarin was de belastingdruk 55%.

Voorzitter. Het volgende blokje gaat over polisdiversiteit en collectiviteit. We hebben vaker gesproken over het aantal polissen. We hebben toen gezegd dat je een helder beeld moet kunnen hebben van waar je tussen kunt kiezen, want anders wordt het moeilijk kiezen. Soms zie je tussen de bomen het bos niet meer. Ik heb een oproep gedaan aan verzekeraars en met hen gesproken over het verminderen van het aantal polissen. Uiteindelijk bleek dat de verzekeraars gemiddeld tweeënhalf polissen hebben. De verzekeraars hebben dat aantal teruggebracht naar aanleiding van de debatten die hier zijn gevoerd.

Er zijn wel veel collectiviteiten en volmachten die, veel meer dan het aantal polissen van zorgverzekeraars, een substantiële bijdrage leveren aan die drukte. Ik heb laten onderzoeken wat die extra wikkels of etiketten op hetzelfde product opleveren. De conclusies daarvan hebben de Kamerleden allemaal gelezen. Mijn conclusie is dat ik het kind niet met het badwater wil weggooien. Wat dit oplevert, is naar mijn mening niet wat wij tien jaar geleden verwachtten, toen het stelsel werd opgezet, maar er zit wel potentie in. Het lijkt mij zonde om nu een verbod in te stellen. Ik vind het belangrijk dat partijen zelf ook kijken naar die meerwaarde, zeker als zo'n polis identiek is aan de modelpolis. De mogelijkheid van een collectiviteit is bedacht opdat werkgevers met veel werknemers die last hebben van hun rug, zoals een stratenmakersbedrijf, goede zorg kunnen inkopen voor die ruggen van stratenmakers. Zij hebben daar veel patiënten voor die daar dan goed terecht kunnen. De meerwaarde zou dan zijn dat er één pakket komt voor de aanvullende verzekering, voor het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid. Voor patiëntencollectiviteiten, bijvoorbeeld van diabetespatiënten, geldt hetzelfde. Als je voor die patiënten de diabeteszorg zou inkopen, zou er meerwaarde zijn voor dingen die niet in het pakket zitten, maar daar voldoet het niet aan. Dat vind ik jammer, net als de Kamerleden. Dan kun je zeggen dat je het gaat verbieden, maar je kunt ook proberen te bewerkstelligen dat het wel wat uitmaakt, dus dat er wel op inhoud wordt ingekocht. Het is jammer dat we moeten constateren dat dit niet gebeurt.

Heel veel partijen zeggen zeer te hechten aan die collectiviteiten. Er zijn ook veel verschillen; je hebt collectiviteiten voor bedrijven, maar bij wijze van spreken ook voor iedereen met een bloemetjesjurk, zodat de grootste gemene deler een stuk minder is. Het is afhankelijk van de vraag of de collectiviteit een groep mensen is met duidelijke kenmerken waar je bij de inkoop wat mee kunt, of een willekeurige groep waar een stickertje op wordt geplakt, of meer een marketinginstrument. Ik vind dat we dat niet zouden moeten willen, omdat dat helemaal niets toevoegt, behalve een hoop gedoe en ruis.

Het gaat mij om een collectiviteit die daadwerkelijk op de inkoop kan sturen en die een tegenkracht kan bieden aan de verzekeraar. Deze zal er minder van schrikken als iemand opstapt omdat de service niet goed is, dan als er een collectiviteit van honderdduizend mensen opstapt. Ik wil die countervailing power behouden, maar dat moet veel meer zoals beoogd bij dit stelsel. Om die reden heb ik gezegd dat ik graag het debat aanga met de verzekeraars en met enkele andere partijen die het heel belangrijk vinden dat die collectiviteiten er zijn. Ik wil daarover spreken met patiëntengroepen, met werkgevers en met partijen die vinden dat wij dit instrument moeten behouden. Dat wil ik liever eerst doen, want afschaffen kan altijd nog. Collectieve zorgverzekeringen zijn 3,6%

goedkoper dan individuele polissen, dus je kunt niet zeggen dat zij de premie opdrijven. Tegelijkertijd vind ik echter dat de toegevoegde waarde ervan tekortschiet.

Hoe zorg ik ervoor dat dezelfde polis dezelfde naam krijgt? Ik ben het met de NZa eens dat het voor de verzekerden direct duidelijk moet zijn welke polis zij hebben en welke polis zij kunnen kiezen, al dan niet via een collectief. Ik vind dat de NZa dit moet opnemen in de regeling voor informatieverstrekking, zodat verzekerden dat vanaf volgend jaar kunnen zien. Dat zou echt een verbetering betekenen.

Is een collectiviteit een sigaar uit eigen doos? Het effect ervan is niet premie-opdrijvend. Er zijn ook aantrekkelijke alternatieven met individuele polissen, waarbij je 3,6% of meer binnen kunt halen door een andere keuze te maken. Dat is het punt niet. Je ziet sinds een paar jaar dat het aantal collectief verzekerden afneemt. Om niet te negatief te zijn: ik was nog vergeten te zeggen dat er ook goede voorbeelden zijn van collectiviteiten. We nemen die als uitgangspunt en we bekijken of die veel breder kunnen worden toegepast.

Waarom investeren verzekeraars niet meer in preventie? Juist de link tussen preventie en collectiviteit is goed te leggen. Collectiviteit kan echt een goed vehikel zijn als je bijvoorbeeld zegt: u hebt zoveel werknemers, ze hebben allemaal last van hun rug; kunnen wij niet eens preventief actie ondernemen om ervoor te zorgen dat de kans op blessures afneemt? In die situatie kunnen de collectiviteit en het collectieve contract als vehikel fungeren.

Wat ga ik doen met de sites die de code niet onderschrijven? De gedragscode Objectief Vergelijken is een voorbeeld van zelfregulering. Het is niet verplicht om je aan te sluiten. Als je wel aangesloten bent, moet je je natuurlijk aan die code houden, want anders kun je het keurmerk niet voeren. De AFM houdt toezicht op vergelijkingssites. Zij heeft daar onderzoek naar gedaan. We hebben daar in de Kamer over gesproken. De AFM kijkt of de sites zich aan wet- en regelgeving houden en ziet toe op alle vergelijkingssites met een bemiddelingsvergunning. De AFM houdt ook toezicht op sites die niet zijn aangesloten bij het keurmerk.

Wat vind ik ervan om premiedifferentiatie binnen een concern te verbieden? De NZa zegt eigenlijk dat zij niet heeft geconstateerd dat er sprake is van risicoselectie. Zij kijkt waar er eventueel risico's op risicoselectie zijn, maar zij heeft niet geconstateerd dat er sprake is van opzettelijke risicoselectie. Als je het op concernniveau kijkt, zie je dat ieder concern eigenlijk probeert een afspiegeling te zijn van de bevolking en dus ook probeert om daar zijn polissen aan te verkopen. Verzekeraars profileren zich door middel van uitingen die in principe iedereen aanspreken. Het is wel belangrijk dat verzekerden op de hoogte zijn van de premieverschillen. Daarom is het goed dat de NZa de transparantieverplichtingen voor zorgverzekeraars heeft aangescherpt. Zoals gezegd ga ik de NZa vragen om die nog verder aan te scherpen. Er is dus geen sprake van doelbewust sturen. Er is een goede verdeling over de concerns.

Wat zou er gebeuren als ik deze ingrijpende maatregel in de vorm van een wetswijziging zou moeten nemen? We hebben nu verschillende risicodragers. Het zijn er 24, die tot verschillende concerns behoren. Volgens het Burgerlijk Wetboek en het Europees recht zijn verzekeraars risicodragers en niet het concern. We kunnen dat niet zomaar veranderen. Het is echt een heel ingrijpende verandering. Je moet je afvragen of dat proportioneel is gezien de conclusie van de NZa dat er geen aanwijzingen zijn dat er iets mis is. De NZa heeft niet kunnen vaststellen dat dat zo is. Ik probeer nu het volgende te doen. Bij die collectiviteiten probeer ik echt terug te gaan naar de kern. Waarom wilden we die collectiviteiten?

Waarom doen ze niet wat ze moeten doen? Ik gooi ze niet weg, omdat ik denk dat ze nog heel erg functioneel kunnen zijn. Daarnaast worden de informatievoorzieningsreglementen van de NZa steeds verder aange-

scherpt. Iedere keer als wij iets constateren op dit punt, proberen we daar een schepje bovenop te doen.

Waarom kies ik ervoor om de budgetpolis te laten bestaan? Het is een beetje lastig, want wat is een budgetpolis? In het spraakgebruik begint het een begrip te worden, maar het is nog best lastig om te zeggen welke polissen daaronder vallen. Toen wij daar onderzoek naar deden, zagen wij dat budgetpolissen soms heel brede contracteringen hadden. Die waren veel breder dan wij eigenlijk hadden verwacht. Het aantal mensen dat een budgetpolis kiest, is wel afgenomen door de discussies die er zijn geweest.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het aantal budgetpolissen is afgenomen, maar het aantal mensen dat kiest voor een budgetpolis is toegenomen. Er zijn nu dus juist meer mensen in Nederland met een budgetpolis, waardoor er extra risico wordt gelopen. Ik denk dat de Minister zich net vergiste en dat ze wat anders wilde zeggen.

Minister **Schippers**:

Ik ben blij dat mevrouw Bruins Slot meteen ingrijpt, want hierdoor is de mist daarover meteen weggenomen. We hebben vaak debatten in de Kamer gevoerd over de selectieve inkoop. Er was grote angst dat er nauwelijks of heel selectief werd ingekocht, waardoor mensen ontzettend ver zouden moeten rijden. Uit onderzoek is niet gebleken dat dat zo is. Er wordt selectief ingekocht. Selectieve inkoop is overigens de ruggengraat van ons systeem, want als je alles zou moeten inkopen, zou je de doelmatigheid en de kwaliteit niet stimuleren. Het zou niet gewenst zijn als zorgverzekeraars de polissen met beperkende voorwaarden als instrument voor risicoselectie gebruiken. Dat lijkt niet te gebeuren. Zoals in het NZa-rapport valt te lezen, zetten zorgverzekeraars de winsten op polissen met beperkende voorwaarden in om ook andere polissen te kunnen blijven aanbieden. Je ziet dus dat er verevend wordt binnen die concerns. In de scan stelt de NZa dat de budgetpolissen zorgen voor differentiatie. Daardoor valt er dus ook iets te kiezen. 1,9% van de mensen met een laag inkomen heeft een budgetpolis. Van de mensen met een hoog inkomen heeft 2,2% een budgetpolis. Het is dus niet zo dat alleen mensen met een laag inkomen daarvoor kiezen. Vooraf moet er wel echt duidelijkheid zijn over de toegankelijkheid bij budgetpolissen. Wat zit erin en wat zit er niet in? Iedere zorgverzekeraar moet vooraf duidelijk maken welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd.

De wettelijke termijn voor het overstappen naar een andere verzekeraar is 1 februari. De oude verzekering moet dan wel voor 1 januari zijn opgezegd. Voor het afsluiten van een zorgverzekering geldt een wettelijke bedenktijd van veertien dagen. Je kunt dus altijd terug. Je kunt daarna ook wisselen van verzekeraar. Je mag je verzekering dan eigenlijk niet meer opzeggen, maar je mag dat wel doen als daar een reden voor is. Als bijvoorbeeld blijkt dat een aanbieder niet gecontracteerd is, terwijl de verzekeraar heeft aangegeven dat die wel gecontracteerd is – als het er dus gewoon verkeerd stond toen je de polis afsloot – dan kun je ook na die wettelijke termijn je polis nog opzeggen. Bij een verslechtering van de polisvoorwaarden kunnen mensen volgens het Burgerlijk Wetboek sowieso altijd overstappen.

Mevrouw **Klever** (PVV):

We hebben nu al tien jaar lang die collectiviteitspolissen. Tien jaar lang hebben zorgverzekeraars de kans gehad om efficiënter of goedkoper in te kopen voor hun collectieve polissen en tien jaar lang hebben ze het nagelaten of is het hun niet gelukt. Waarom denkt de Minister dat het in het komend jaar wel gaat lukken? Dat vraag ik niet omdat ik mensen hun korting niet gun, maar ik gun de mensen die geen collectieve polis kunnen

afsluiten ook die korting. In de brief van de Minister lees ik dat die mensen gemiddeld € 93 meer premie betalen dan mensen met een collectieve verzekering. Dat vind ik behoorlijk veel geld. Als ik dat lees, denk ik: schaf die collectiviteitspolissen onmiddellijk af en geef iedereen een gelijke premie. Nu betalen mensen met een individuele polis immers voor de korting van de mensen met die collectiviteitspolis.

Minister Schippers:

Ik wil die collectiviteiten niet in stand houden voor verzekeraars; dat is niet mijn doel. Ik wil die collectiviteiten in stand houden omdat die juist aanjagend zouden kunnen werken als tegenmacht voor verzekeraars. Als je te maken hebt met mensen met een bepaald kenmerk of een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld een patiëntengroep of een groep van een bepaald bedrijf waarin er bepaalde bedrijfsrisico's zijn, kun je juist via die collectiviteiten sturen. Als je de hele dag op een stoel zit, heb je immers andere klachten dan als je zwaar werk doet, bijvoorbeeld als stratenmaker. Ik vind het echt heel jammer dat uit dit onderzoek is gebleken dat dat niet gebeurt. Als dat in de toekomst zo blijft, ga ik mij sterk afvragen wat de meerwaarde van collectiviteiten is. Maar ik vind het echt te vroeg om het nu al weg te gooien.

Mevrouw Klever (PVV):

De Minister heeft al tien jaar kunnen zien dat het niet werkt. Hoe lang wil de Minister dan nog wachten? Als je tien jaar lang, jaar in jaar uit, ziet dat iets niet werkt, dan kun je het volgens mij wel weggooien. Hoe lang wil de Minister nog blijven bekijken of dit werkt?

Minister Schippers:

Ik wil eerst een ronde maken langs de groepen die nu een collectief contract hebben gesloten waarvan wij denken: dat is een collectief contract dat volgens ons meerwaarde heeft. Ik wil ook anderen spreken die dat niet doen. Van hen wil ik weten waarom dat is. Daarna wil ik bekijken of het mogelijk is om hierin verbetering aan te brengen. Als ik tot de conclusie kom dat er geen verbetering mogelijk is, dan kun je er net zo goed mee stoppen, maar tot die conclusie kan ik nu nog niet komen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik kan een behoorlijk eind meegaan in de beschrijving die de Minister geeft van het oorspronkelijke doel van die collectiviteiten. Zorginhoudelijke kwaliteiten zijn de basis daarvoor. Er komt dan een collectiviteit voor een groep mensen die bepaalde zorg nodig heeft. Maar hoe zit het met collectiviteiten die vooral gericht zijn op het lidmaatschap van een organisatie? Je krijgt dan korting als je als lid van die organisatie kiest voor een bepaalde collectiviteit. Dat is er toch alleen maar op gericht dat jij een goedkopere verzekering krijgt die uiteindelijk betaald wordt door de andere verzekerden? Wat heeft dat nog te maken met het oorspronkelijke doel van de collectiviteiten?

Minister Schippers:

De uitkomst van het onderzoek heeft weinig te maken met het oorspronkelijke doel van de collectiviteiten. Het is niet zo dat geen enkele collectiviteit daaraan voldoet. Er zijn zeker goede voorbeelden, maar je kunt op basis van dat rapport niet zeggen dat het overall wat heeft opgeleverd. We krijgen de resultaten van het onderzoek van de NZa nog, maar ik wil zelf de collectiviteiten nu niet wegdoen. Ik wil ze wel wegdoen als wij na afloop van dit traject tot de conclusie komen dat de oorspronkelijke doelstelling van de collectiviteiten niet wordt gerealiseerd. Dan zie ik er geen meerwaarde in. Zoals ze nu zijn, vind ik de meerwaarde ervan te klein, maar ik wil ze nu niet verbieden. Ik wil niet het kind met het

badwater weggooien; ik wil bekijken of we er wel meer een succes van kunnen maken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik heb een voorbeeld genoemd van een collectiviteit die helemaal niet gaat over de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Ik zou wel van de Minister willen horen of het een idee is om in elk geval de voorwaarden vast te leggen waaraan een collectiviteit moet voldoen. Ik denk dat je dan echt goed kunt sturen op het oorspronkelijke doel. De collectiviteiten die ik net noemde, hebben dan geen meerwaarde; daar kunnen we volgens mij dan vanaf.

Minister **Schippers**:

We komen een aardig eind met elkaar over «het wat», maar dan is er ook nog «het hoe». Ik heb niet voor niets aangekondigd om met een werkconferentie en een traject te komen. «Het hoe» wil ik nu nog niet bepalen. Dat wil ik juist halen uit de gesprekken die we daarover gaan voeren in het kader van de werkconferentie. Als we die netten hebben opgehaald, zal ik de Kamer uiteraard verslag doen van wat ik heb opgehaald. Ik kom dan terug op de vraag hoe je die collectiviteiten van een grotere meerwaarde zou kunnen laten zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De Minister verwijst naar wat in de volksmond inderdaad «de budgetpolis» heet: de polis met beperkende voorwaarden. Zij zegt dat de scherpe inkoop die je daardoor kunt realiseren, de ruggengraat van ons zorgverzekeringsstelsel is. Voor mij is het fundament van het zorgverzekeringsstelsel echter dat het een solidair stelsel is en dat we dus proberen te voorkomen dat er risico's ontstaan. De conclusie van de Nederlandse Zorgautoriteit is dat verlieslatende verzekerden bij budgetpolissen kunnen worden geweerd, terwijl winstgevend verzekerden juist worden aangetrokken. Misschien is dat risico nu nog niet volledig ingebed, maar we kunnen toch beter voorkomen dan genezen? Waarom laat de Minister dit risico bestaan? Waarom kiest zij er niet voor om een einde te maken aan de polissen met beperkende voorwaarden?

Minister **Schippers**:

Omdat het niet gebeurt en omdat er wordt verevend. Binnen het huidige stelsel is er voor iedereen keuze. Je kunt niet zeggen dat verzekeraars aan risicoselectie doen door bepaalde klanten binnen te halen. Ik geloof dat eentje wel op zijn vingers is getikt vanwege een polis, maar verder doen verzekeraars dat gewoon heel erg netjes.

Ik kom even terug op die werkconferentie en de collectieve contracten. In het voorjaar kom ik naar de Kamer met de resultaten van wat wij opzetten. Dan bekijken we wat we hebben opgehaald en hoe we het beter zouden kunnen doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De Minister zegt dat dit voor de verevening goed werkt, maar dat staat niet in het rapport. Dat klopt dus niet. Het zorgt er juist voor dat de zorgverzekeraar verzekerden die winstgevend zijn, naar binnen trekt. Dan ligt het verlies elders, terwijl je juist probeert de solidariteit te bewaken. Dat is nog een reden waarom je ervoor zou moeten kiezen om een einde te maken aan de budgetpolissen. Je wilt immers niet dat het stelsel van binnenuit wordt uitgehold.

Minister **Schippers**:

De risicoverevening staat hier los van. Ik heb gezegd dat er binnen een concern wordt verevend. De winst die bij de ene polis wordt gehaald, wordt in de andere polis erbij gedaan. Ons zorgverzekeringsstelsel is altijd

een complex geheel geweest tussen het bevorderen van doelmatigheid en solidariteit. Het is innoveren of iets anders proberen versus alles hetzelfde laten zijn voor iedereen. Als je geen keuze hebt tussen polissen omdat er maar één polis is, dan is er ook geen vernieuwing daarin, want die ene is dan statisch die ene polis. Maar als je als verzekeraar diversiteit biedt, dan heb je ook diversiteit in de beheerskosten van polissen, die je vervolgens verrekent. Zo is het systeem ook ingericht. Je kunt het laten ontploffen zodat niemand meer weet waar hij voor kiest, maar daar ben ik niet voor, want dat belemmert eerder de keuzes dan dat het ze vergroot. Als je zo veel aanbod hebt dat je niet meer weet wat waarin zit, dan wordt het keuzeproces er niet makkelijker op. Het beleid is erop gericht om dat helder te houden.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Mijn vraag gaat over de polissen met beperkende kenmerken en het onderzoek van de NZa. De NZa heeft een aantal aandachtspunten naar voren gebracht waarbij het gaat om de vraag of mensen die een verzekering afsluiten, weten of ze ook echt kwaliteit krijgen. De NZa heeft punten naar voren gebracht zoals de afspraken over het actuele medicatieoverzicht. Zij heeft er ook op gewezen dat een aantal gecontracteerde zorgaanbieders onder verscherpt toezicht stonden. Ik heb daar een aantal vragen over gesteld. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan? Laten er geen budgetpolissen worden aangeboden waarvan de kwaliteit net niet zo hoog is als de kwaliteit die we bij andere polissen willen.

Minister **Schippers**:

Als ik daar antwoord op geef, dan ben ik al bezig met het volgende blokje. Ik weet niet of dat mag.

De **voorzitter**:

Ik stel voor dat de Minister eerst het volgende blokje doet. Dan bekijken we of de vragen van mevrouw Volp voldoende beantwoord zijn. Ik hoor dat mevrouw Dik-Faber nog een vraag heeft over dit blokje.

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

Ik wil even terugkomen op de collectiviteiten. Mijn excuses, maar er kwam even iets tussendoor. Ik kan het pleidooi van de Minister helemaal volgen en ik ben het er wel mee eens, maar tegelijkertijd vraag ik mij af of de werkconferentie voldoende is. In het voorjaar krijgen we daar informatie over. Ik heb voorgesteld om te kijken naar een vereniging van collectiviteiten en personeelsfondsen ziektekosten. Er is mij verteld dat zo'n vereniging er was vóór de Zorgverzekeringswet. Anderen hebben mij daarvan op de hoogte gesteld. Kennelijk werkte dat indertijd goed. Het is goed om de collectiviteiten in positie te brengen en kennis te delen. Het zou ook een instrument kunnen zijn om buiten de tussenpersonen om te gaan. Er wordt immers op gewezen dat de tussenpersonen veel geld kosten en uiteindelijk niet bevorderlijk zijn voor de inhoud van de zorg. Op dit punt wil ik graag een reactie.

Minister **Schippers**:

De vereniging was er inderdaad, maar die was alleen voor werkgevers. Als we weer zo'n vereniging zouden willen, zouden we dan willen dat die breder wordt? Ik zal dit punt meenemen in het traject.

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

De Minister constateert terecht dat collectiviteiten de mogelijkheid bieden om meer in te zetten op preventie. Ik zie daar ook voorbeelden van, maar er is nog heel weinig. Als er collectiviteiten zijn en als we de zorginhoud voorop willen stellen, dan zou je toch verwachten dat preventie veel

breder ingang vindt bij zorgverzekeraars? Zij geven daar nu mondesmaat invulling aan. Ik vraag de Minister om ook dit punt mee te nemen.

Minister Schippers:

Wij laten onderzoek doen naar de vraag of gemeentelijke collectiviteiten aan preventie doen. De resultaten daarvan zullen we meenemen in de brief die ik in het voorjaar naar de Kamer zal sturen. Ik ben het met mevrouw Dik-Faber eens. Het initiële idee bij collectiviteiten is dat je dit soort dingen meeneemt en dat je extra dingen meeneemt die misschien niet in het pakket zitten maar in de aanvullende verzekering, en dat je daarin meer op maat gesneden dingen hebt. Dat is het vehikel van collectiviteiten. Destijds zijn daar mogelijkheden voor gegeven. Wij zullen die punten dan ook meenemen.

De voorzitter:

We gaan naar het volgende blokje.

Minister Schippers:

Het algemene beeld van de NZa is dat de beperkingen van de onderzochte polissen niet zo verregaand zijn dat de zorgplicht in het geding is, zeg ik in reactie op mevrouw Volp. Uit het onderzoek komen wel aandachtspunten naar voren. Bij negen van de zeventien polissen bleken enkele afspraken te bestaan die gevolgen zouden kunnen hebben voor de kwaliteit, de tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. De NZa heeft de zorgverzekeraars die het betreft, gevraagd om verantwoording hierover af te leggen. Dat vind ik belangrijk. Wij hebben de NZa wederom gevraagd – ik heb het namelijk al eerder een aantal keer gevraagd – om een rapport over risicoselectie op te stellen. Wij zullen dat overigens blijven doen. Wij vragen de NZa straks weer om het onderzoek naar risicoselectie te herhalen. Als daaruit blijkt dat de NZa zelf dingen kan doen door middel van regelgeving of eisen aan verzekeraars – dan kan het over zaken op het gebied van informatie of over andere zaken gaan – dan vind ik dat de NZa aan verzekeraars moet vragen om verantwoording af te leggen. Dan moet worden bekeken hoe ze het intern kunnen verbeteren. Als dat allemaal niet werkt, zijn wij aan bod. Dan zouden we moeten bekijken of we wetten moeten aanscherpen of zaken moeten verbeteren, maar ik verkies de route van eerst de NZa, eerst de eigen beleidsregels aanpassen of in gesprek gaan met verzekeraars en hun vragen om verantwoording af te leggen en daarnaast verbetertrajecten afdwingen.

Uit de rapportage van de NZa komt een divers beeld naar voren. De zorgverzekeraars gaan op verschillende manieren om met de zorgplicht. Op onderdelen kunnen de zorgverzekeraars naar het oordeel van de NZa proactiever handelen. Zorgverzekeraars zien er bijvoorbeeld soms niet op toe dat bij een polis waarbij verzekerden verplicht gebruik moeten maken van een bepaalde apotheek, apotheken het maximale doen om een actueel medicatieoverzicht te borgen. Ook stelt de NZa vast dat zorgverzekeraars het probleem van lange wachttijden niet in het vizier hebben. Zij leggen de verantwoordelijkheid van tijdige zorg via contracten bij de zorgaanbieders, maar de NZa heeft niet kunnen vaststellen dat zorgverzekeraars consequenties verbinden aan het niet naleven van contractuele afspraken over het melden van een overschrijding van de treeknormen. Omdat selectieve contractering gevolgen kan hebben voor reistijden, acht de NZa het wenselijk dat zorgverzekeraars een visie hebben over bereikbare zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van eigen normen ten aanzien van een redelijke reistijd of afstand en waarbij ze inzicht hebben in de feitelijke reistijd van de eigen verzekerde of de feitelijke afstand. De NZa neemt hiertoe maatregelen. Door middel van een formeel informatieverzoek zal aan de betreffende zorgverzekeraars worden gevraagd om plannen van aanpak ten aanzien van de onderdelen waar zij beter op kunnen acteren. Daarnaast zal de NZa dit jaar de knelpunten met

betrekking tot tijdige medisch-specialistische zorg in kaart brengen, waarbij ook zorgverzekeraars nadrukkelijk aan zet zullen zijn om tot oplossingen te komen. Tot slot zullen de resultaten van het onderzoek de basis vormen voor aanpassing op onderdelen van het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw van de NZa.

Ik heb aangegeven dat ik het belangrijk vind dat de NZa de uitgangspunten die uit haar recente onderzoek of uit eerdere onderzoeken naar voren komen, nader onderzoekt. Als zij nu iets constateert en vervolgens om een verbeterplan vraagt, dan moet zij de vinger aan de pols houden, opdat de verbeteringen worden doorgevoerd. Daar moet in het volgende onderzoek dan weer naar worden gekeken. De NZa heeft vastgesteld dat er ruimte is voor verdere verbetering. Het is dus ook goed dat de NZa maatregelen neemt om die verbeteringen te realiseren.

Wat ga ik doen om het aantal meerjarige contracten te vergroten? Wij hebben veel acties opgezet en gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik heb tegen hen gezegd: er staat nergens in de wet dat je ieder jaar opnieuw een contract moet afsluiten; het is ook heel gek, want als je altijd een bepaald ziekenhuis contracteert, kun je toch beter een langjarige verbintenis met elkaar aangaan, waarbij je bepaalde dingen met elkaar doorvoert? Dan kun je ook een transitie maken op het gebied van kwaliteit en bepaalde zorg afstoten of juist opbouwen. Dan krijg je dus langere lijnen en betere afspraken. Het is niet altijd mogelijk. Als iets heel dynamisch is, is het voor zowel een aanbieder als een verzekeraar vaak te riskant. Als men verwacht dat er heel veel verandert op het gebied van regelgeving of pakketten of op politiek gebied, dan wachten verzekeraars en aanbieders liever even af totdat ze er meer zicht op hebben. Zij moeten dus allemaal afwegingen maken, maar wij zien wel dat er meer meerjarige afspraken worden gemaakt. Daar wordt ook aan gewerkt bij de eerstelijns-partijen. Dat is bijzonder goed. Als het jaarlijkse contractcircuit niet nodig is, kost het alleen maar heel veel energie en gedoe.

We hebben afgesproken dat aan huisartsen meerjarige contracten worden aangeboden. De cijfers laten zien dat dit gebeurt. In de medisch-specialistische zorg is op bestuurlijk niveau uitgesproken dat meerjarige contracten een bepaalde meerwaarde kunnen geven. Het meerjarig contracteren is een van de onderwerpen die in het bestuurlijk overleg hulpmiddelen aan de orde komt. Zelf proberen wij de belemmeringen weg te nemen en zo veel mogelijk rekening te houden met de verlangde beleidsrust. Stel dat er heel veel wordt veranderd. Als je dan net een contract hebt afgesloten, zit je daarmee. Wij hebben ook de intentie uitgesproken om verzoeken tot wijzigingen in wet- en regelgeving tijdig bekend te maken, opdat men al vroeg weet dat er iets aankomt. Dan kan daar in de contracten ook rekening mee worden gehouden. Als we het bijvoorbeeld op 1 mei bekendmaken in plaats van op 1 juli, kan men daar in de contractering ook veel meer mee doen. We zijn in overleg met private partijen om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de financiering van frictiekosten die ontstaan in veranderingstrajecten, te verbeteren. Er is wel contracteervrijheid, dus uiteindelijk moet men het zelf doen. Maar je ziet dat het aantal meerjarige contracten toeneemt. Dat is een goed teken.

Ik kom op de zorgplicht bij budgetpolissen. De Partij van de Arbeid heeft gevraagd of het wel duidelijk is wat we onder «zorgplicht» verstaan. De NZa heeft aangegeven dat uit het onderzoek blijkt dat de zorgplicht niet in het geding is, maar dat er wel aandachtspunten zijn. In het traject dat ik net heb beschreven, gaat zij daarop door met de verzekeraars. De NZa pakt dus ook haar rol op. Als zij het niet goed vindt, zegt zij: u moet het verbeteren en een traject opstarten waarbij het gaat om de vraag hoe het verbeterd wordt.

Er is ook nog gevraagd naar het aangeven of een instelling onder verscherpt toezicht staat. «Onder verscherpt toezicht staan» betekent dat de inspectie er bij een instelling extra toezicht op houdt dat de kwaliteit

boven het vereiste niveau blijft. Als de kwaliteit er echt onder zakt en het dus niet verantwoord is om bij die instelling zorg te krijgen, dan moet die instelling dicht of dan moet er met veranderingen voor worden gezorgd dat er wel goede zorg is. Stel dat wij zeggen: als een instelling onder verscherpt toezicht staat, mag het contract worden verbroken of dan moet je niet contracteren. Dan is zo'n instelling met één keer verscherpt toezicht naar de haaien, want dan komen er geen patiënten meer naar die instelling. Als een ziekenhuis of een andere instelling die onder verscherpt toezicht staat, daarmee te maken krijgt, is dat ziekenhuis of die instelling meteen failliet. Het lijkt me niet dat we het zo moeten doen. Verscherpt toezicht betekent dat de inspectie extra toezicht houdt op de zorg, dat er strakke verbeterplannen zijn en dat er maatregelen worden genomen om beter te worden, maar we kunnen niet zeggen dat instellingen die onder verscherpt toezicht staan, nooit gecontracteerd mogen worden. We hebben het VUmc ook onder verscherpt toezicht gehouden omdat er op een afdeling dingen zijn misgegaan, maar dat betekent niet dat zo'n hele instelling niet meer wordt gecontracteerd. Hetzelfde geldt voor andere umc's. We hebben het namelijk regelmatig aan de hand gehad. Ik kom op de budgetplafonds over 2016. Kan het zijn dat die al zijn bereikt? Dat hangt heel erg af van de contracten die je hebt gesloten. Wij hebben tegen verzekeraars gezegd: probeer nou niet met te weinig instellingen contracten te sluiten, maar probeer het met veel meer instellingen. Men wil ook in de gaten houden hoeveel men uitgeeft. Daarom worden er soms heel kleine contracten en soms heel grote contracten gesloten. Het kan dus in de regio heel erg wisselend zijn.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Dit blokje gaf voor een groot deel antwoord op mijn vragen. De Minister citeert ook een groot deel van de brief hierover. Ik begrijp haar standpunt. Ik begrijp dat ze zegt: de NZa constateert dit en heeft de verzekeraars er ook op aangesproken, maar ik wil het opnieuw door de NZa laten onderzoeken. Ik wil echter nog wel weten wanneer we vanuit de NZa voldoende hebben gepusht om het beter te maken, om te zorgen voor meer zicht op een actueel medicatieoverzicht en een visie op wat dan die reistijd is. Wat is het moment dat we verzekeraars hier wél op gaan aanspreken?

Minister **Schippers**:

Je wilt dat het toezicht ertoe leidt dat dingen die niet in orde zijn, in orde komen en dat hiaten worden opgevuld. De toezichthouder NZa kan natuurlijk ook gewoon zijn instrumentenbox opentrekken als een verzekeraar niet luistert, niet voldoet aan wat de NZa vraagt. De NZa kan zeggen: «Je hebt een zorgplicht, maar daar voldoe je niet aan. Als ik weer kom kijken en je er weer niet aan voldoet, dan geef ik je een officiële waarschuwing. En een volgende keer krijg je een boete.» Ik noem maar een voorbeeld van hoe het zou kunnen. We hebben met elkaar afgesproken wat we verwachten. We hebben een toezichthouder die daarop toeziet. Die toezichthouder geeft nu aan dat het op bepaalde onderdelen beter moet. Dan is het aan de toezichthouder om op te treden als hij vindt dat het onvoldoende snel of niet goed genoeg gebeurt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

In het vervolg daarop de vraag: wanneer gaat het onvoldoende snel? De Minister geeft aan dat de toezichthouder gaat praten met de zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld als het gaat om de wachttijden, legt de toezichthouder de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders. Dan wordt er een formeel informatieverzoek gedaan. Er moeten verbeterplannen op tafel worden gelegd. Maar hoeveel tijd krijgen die zorgverzekeraars dan om verbetering te laten zien? Anders ben je zo weer jaren verder voordat er echt iets gebeurt.

Minister Schippers:

Dat is maatwerk. Het hangt af van de complexiteit van datgene wat niet in orde is. Bij iets wat snel kan worden verbeterd, zal de NZa minder geduld hebben dan bij dingen die complexer zijn om te realiseren. De toezichthouder heeft zijn eigen toezichtkaders om zijn aanpak te bepalen. De NZa is er overigens ook transparant over. Ze geeft aan dat ze een officieel informatieverzoek doet. Ze geeft de zorgverzekeraar vervolgens ook aan hoeveel tijd die krijgt om dingen te verbeteren. Het hangt er dus van af waarover het gaat. Het is echt aan de toezichthouder om zijn toezichthoudende rol daadwerkelijk op te pakken. De Kamer kan dan na een volgend onderzoek zien wat de resultaten zijn en aangeven wat zij daarvan vindt. Ik kom nu bij het laatste blokje en begin met de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Even voor de goede orde: er zijn twee wetten. Ze liepen bij verschillende woordvoerders een beetje door elkaar. Je hebt een wet voor inspraak van verzekerden bij verzekeraars en je hebt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Het wetsvoorstel waarmee het inspreken bij verzekeraars wordt geregeld, is terug van consultatie. We verwerken de resultaten en opmerkingen daaruit. Vervolgens gaat het het bekende traject in van onderraden, ministerraad, Raad van State et cetera. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, het wetsvoorstel, is volgens mij net in consultatie gegaan.

Die wetten verschillen van elkaar. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen heeft bijvoorbeeld ook betrekking op instellingen waar je langjarig zit. Daar zijn de eisen die we aan inspraak stellen, veel zwaarder. Dan is bijvoorbeeld «instemming» nodig bij onderwerpen die gaan over waar je daadwerkelijk woont. Het hangt dus heel erg af van de wet die van toepassing is.

De wettekst van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen is op 30 september openbaar gemaakt. De tekst is te lezen op www.internetconsultatie.nl. Daar kan zes weken lang op worden gereageerd. De inhoudelijke vragen over het wetsvoorstel zou ik graag willen bewaren tot het moment dat het terug is van de Raad van State, dus totdat alle daaraan voorafgaande stappen doorlopen zijn.

Gevraagd is of ik al wat meer kan zeggen over het traject van de informatiemakelaar. We hebben in de Kamer al verschillende malen eerder hierover gesproken. Met Zorgverzekeraars Nederland, Vektis, de IGZ, de NZa en Zorginstituut Nederland hebben we afgesproken om binnen de huidige wet- en regelgeving samen te werken aan een betere toegang tot de informatie die betrokken overheidspartijen nodig hebben voor de uitvoering van hun wettelijke taken. Hierdoor kunnen administratieve lasten verminderen en kan de informatieverstrekking worden versneld. Deze afspraken zijn vastgelegd in een memorandum of understanding, een memorandum van overeenstemming, over de informatievoorziening betreffende zorguitgaven. In lijn hiermee vinden gegevensleveringen plaats van Vektis aan de NZa en Zorginstituut Nederland. Hiervoor konden de NZa en Zorginstituut Nederland over deze informatie beschikken door middel van uitvragen. Ze moesten iedere keer uitvragen, maar nu dus niet meer. Om de toegang van deze publieke organen – dus de NZa, Zorginstituut Nederland, de IGZ en VWS – tot informatie die nodig is voor de uitvoering van hun wettelijke taken verder te vereenvoudigen, worden nu voorbereidingen getroffen voor het creëren van een zorgdataplatform. Niet alleen wordt het voor deze overheidspartijen daarmee eenvoudiger om aan de informatie te komen die ze nodig hebben, maar ook wordt de toegang van de gebruikers tot die gegevens sterker geformaliseerd en kan het gebruik van de gegevens automatisch worden gelogd. Voor het platform zal een proof of concept worden gerealiseerd. Dit najaar worden de plannen voor het zorgdataplatform ook met de Autoriteit Persoonsgegevens besproken. De Kamer krijgt deze week van mij nog een brief waarin ze langs deze lijnen verder wordt geïnformeerd.

Ik kom op het inkoopproces over 2016 van de wijkverpleegkundige zorg. Dit jaar is het voor het eerst dat wijkverpleegkundige zorg individueel wordt ingekocht. Dat dit discussies met zich brengt, vind ik gezien de nieuwe situatie waarin partijen zich bevinden, niet helemaal verrassend. Het is wel te betreuren dat het zorgt voor onrust bij patiënten. Ik vind dat beide partijen moeten werken aan het verbeteren van het contracteerproces. Met zorgverzekeraars en zorgaanbieders is afgesproken dat ze vanaf september regionaal periodieke overleggen beleggen tussen zorginkopers en zorgaanbieders.

Gevraagd is of ik nog extra aandacht ga geven aan specialisten in loondienst. Wat ik belangrijk vind, is een gelijke gerichtheid van ziekenhuizen en specialisten. Dat kan via participatie van specialisten in het bestuur van een ziekenhuis, maar ook door specialisten in loondienst te nemen. Ik heb een subsidieregeling opengesteld voor 2015 en 2016 ter facilitering van die overgang naar loondienst. 470 specialisten hebben hiervan gebruikgemaakt. Ik ben in overleg om ook voor komend jaar een dergelijke subsidie open te stellen.

Gevraagd is of ik voorbereidingen wil treffen voor een nieuw hoofdlijnenakkoord. Of een nieuw hoofdlijnenakkoord wordt gesloten, is aan een nieuw kabinet. Ik vind de ervaringen die we met zo'n akkoord hebben opgedaan, positief. Het is echter aan een nieuw kabinet om daar besluiten over te nemen. Wel zullen we voor het voorjaar input voor een nieuw hoofdlijnenakkoord leveren. Dat zal worden gedaan door de Technische werkgroep beheersinstrumentarium zorguitgaven, die door mijn collega van Financiën en mijzelf is ingesteld. We moeten wel, voordat we volgend voorjaar besluiten over 2018 nemen, al heldere afspraken met elkaar hebben gemaakt, want in die tijd worden de premie en het pakket vastgesteld. We zullen dus wel proberen om iets van een overgang te realiseren of een soort overgangsakkoord te realiseren, natuurlijk met inachtneming van de demissionaire status van het kabinet en andere zaken die eraan komen, zodat er geen gat gaat vallen.

Ik kom op het nadere onderzoek van de NZa naar De Sionsberg. De NZa voert momenteel een breed onderzoek uit naar de wachttijden in de medisch-specialistische zorg. In het onderzoek wordt ook naar de mogelijke problematiek in Friesland gekeken. Het onderzoek zal naar verwachting in de eerste helft van 2017 worden opgeleverd. Als daar bijzonderheden uit komen betreffende specifieke regio's, dan worden de betrokkenen daarover geïnformeerd.

Ik kom op de motie over casemanagement bij dementie. In het Actieplan casemanagement dementie hebben partijen in de zomer gezamenlijk afgesproken om de voor- en de nadelen van een aparte prestatie «casemanagement dementie» objectief in kaart te brengen. Voor de begrotingsbehandeling kan de Kamer daarover een brief van de Staatssecretaris verwachten.

De heer Rutte (VVD):

Dit was een blokje met van alles en nog wat. Dat heb je bij zo'n laatste blokje. Laat ik nou net daar vragen over hebben gesteld. Het is heel goed dat partijen werken aan het zorgdataplatform, waardoor de informatie-uitwisseling met partijen als de NZa makkelijker wordt, en dat we daar een brief over krijgen. Kunnen de voorbereidingen die nu worden getroffen, leiden tot een informatiemakelaar die het continu door zorgverzekeraars uitvragen van informatie bij ziekenhuizen overbodig maakt? Kan die makelaar die rol hebben? Als ziekenhuizen informatie leveren aan die makelaar en de verzekeraars daar hun informatie ophalen, scheelt dat enorm in de administratieve druk. Bovendien wordt niemand daar qua informatiepositie slechter van.

Minister Schippers:

We kijken nu naar informatie-uitwisseling tussen overheidspartijen en zbo's. Het gaat dan om bijvoorbeeld Zorginstituut Nederland, het Centraal Planbureau, VWS en de NZa. We denken in ieder geval in dit stadium niet aan dingen van ziekenhuizen. Ik zie op zich wel voordeel in wat meer bundelen, maar deze makelaarsfunctie is er voor de informatie-uitwisseling tussen overheid en overheidsgeleerden.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik kom even terug op mijn initiële vraag. Ik noemde toen een specifieke organisatie als Vektis, die daarin een rol zou kunnen spelen, mits verzekeraars en zorgaanbieders het daarover eens zouden worden. Zou Vektis die positie kunnen innemen, die aanvullende rol kunnen krijgen? Of is het wellicht beter om eerst de makelaarsfunctie zoals nu voorgesteld uit te werken en dan in de toekomst naar mijn voorstel te kijken?

Minister **Schippers**:

Vektis doet mee. Ik denk dat dit soort dingen wel stap voor stap moeten gebeuren. Je moet heel goed bekijken wie recht heeft op welke informatie, welke informatie je wel en welke informatie je niet kunt koppelen en welke informatie je aan wie mag verschaffen. Daarover bestaat Europese regelgeving. We hebben daar net de implicaties van besproken. Deze dingen zul je stap voor stap moeten doen. Wij zijn nu in ieder geval alleen bezig met de informatie-uitwisseling tussen overheid en overheidsgeleerden.

De **voorzitter**:

Hiermee zijn we gekomen aan het eind van de beantwoording in eerste termijn. Ik kijk even naar de leden. Mevrouw Voortman wil wat zeggen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter, ik moet helaas naar een hoorzitting van de commissie voor Sociale Zaken. Ik kan dus niet deelnemen aan de tweede termijn.

De **voorzitter**:

U bent verontschuldigd.

Ik inventariseer of er überhaupt behoefte is aan een tweede termijn. Een aantal mensen heeft daar geen behoefte aan, een aantal mensen wel. Ik stel een korte tweede termijn voor. De leden die nu vertrekken, zijn allemaal verontschuldigd. Waarvan akte. Het is geen desinteresse.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het is heel goed om te horen dat de Minister, hoewel ze ook duidelijk aangeeft dat ze in demissionaire status straks geen nieuw hoofdlijnenakkoord kan sluiten, wel alle voorbereidingen voor zo'n akkoord treft en ook bekijkt of er een soort overgangsakkoord mogelijk is. Ik hoor «uit het veld» – wat een vreselijke uitdrukking – dat verzekeraars en zorgaanbieders dat ook graag willen en daar ook graag een bijdrage aan willen leveren. Als iedereen dat wil, dan moet daar toch uit te komen zijn.

Het is ook heel goed om te horen dat er volgende week een brief komt over die nieuwe informatiemakelaar. De VVD ziet dat als een begin van een manier om te komen tot een veel betere stroomlijning van informatie-uitwisseling.

Maar goed, dat is allemaal techniek. Het fundament is – dat wil ik hier toch nog wel een keer goed neerleggen – dat we heel goed moeten waken over ons prachtige zorgstelsel, waarin de allerbeste zorg toegankelijk en beschikbaar is voor iedereen, nu en in de toekomst. Dat vraagt een heel grote mate van solidariteit tussen gezond en ziek. Die moeten we blijven koesteren. En ik zeg het nog maar een keer: een socialistisch zorgfonds is een giftige pil verstrekt door een kwakzalver die op niets anders uit is dan

je geld. Het is heel goed dat ook de Minister daar volstrekt duidelijk over is geweest.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Ik heb dit debat eens op mij laten inwerken. Wat een gedoe toch allemaal! Gedoe over armenpolissen. Gedoe over collectiviteiten. Gedoe over premiedifferentiatie binnen een concern. Gedoe over risicoselectie. Gedoe over reclame en acquisitie van zorgverzekeraars. Gedoe over de reserves van de zorgverzekeraars, ruim 11 miljard. Gedoe over zorgmijding. Gedoe over de aanvullende verzekeringen. Gedoe over het eigen risico, die boete op ziek zijn. Dan is er maar één goede oplossing die zich opdringt: één nationaal zorgfonds zonder eigen risico. Dan hebben we dat allemaal niet. En daarin zit dan ook nog tandzorg, fysiotherapie en ggz, die in de afgelopen tientallen jaren voor een groot gedeelte uit het pakket zijn gehaald. Natuurlijk, ik snap de Minister. Ze is een beetje narrig. Ik begrijp dat ook wel een beetje, want zij vertegenwoordigt het verleden. Haar momentum en het momentum van de markt zijn voorbij. Het nationale zorgfonds is de toekomst.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Het is in dit debat wel duidelijk dat het CDA en de Minister van mening verschillen over nut en noodzaak van de budgetpolis. Ik maak me er echt zorgen over dat de budgetpolis op de langere termijn de solidariteit tussen gezonden en zieken ondermijnt in dit stelsel. In dat kader heb ik nog een korte andere vraag, ook om het beter boven water te krijgen. Het is een vraag over de risicoverevening. We gaan onderzoek doen naar het feit dat gezonde verzekerden nog steeds overgecompenseerd kunnen worden. Kan dat onderzoek niet wat versneld worden? Het staat nu voor 2018 op de rol, maar het zou voor het vervolg van deze discussie goed zijn als we er meer zicht op zouden krijgen.

Een ander punt waarover de Minister en het CDA van mening verschillen, is de premiedifferentiatie. De Minister zegt dat de verschillende verzekeringsconcerns verschillen maken tussen polissen die eigenlijk hetzelfde zijn en dat dat maar moet kunnen. Maar het is wel de Nederlandse Zorgautoriteit die zegt: dit is in strijd met de geest van wat we in de wet met elkaar hebben afgesproken. Dat is een stevige conclusie. Ze schrijft dat de beoogde toegankelijkheid tegen solidaire premies hierdoor op polisniveau wordt ondermijnd. Daarnaast dragen dergelijke situaties ook niet bij aan transparantie, en dat terwijl het vorig jaar het Jaar van de Transparantie was. De Minister zegt dat er allemaal juridische bezwaren zijn waarom het niet kan. De NZa schrijft ook daar het een en ander over, bijvoorbeeld dat op basis van het Burgerlijk Wetboek het een en ander wél zou kunnen. Ik denk dat ik met een motie ga proberen om meer duidelijkheid te scheppen over welke stappen we kunnen zetten.

Gelukkig zijn er ook zaken waarover de Minister en het CDA het wel eens zijn. Een daarvan is dat er echt iets moet veranderen op het gebied van de collectiviteiten. Het is ook goed dat de Minister inzet op de relatie met gezondheidswinst, met meer willen doen met preventie. De concrete vraag is wel: wanneer wil de Minister resultaat zien, hoelang is zij nog bereid te wachten?

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Voorzitter. Het is goed dat we vandaag praten over het huidige zorgstelsel, de solidariteit daarbinnen en de manier waarop we die nog beter kunnen krijgen. Ik laat alle bespiegelingen over eventuele wensen voor na deze kabinetsperiode even rusten; daarover kunnen we het op een ander moment hebben, en dan inderdaad graag met dekking.

Ik ben blij met de toezegging van de Minister om ook te kijken naar de wijze waarop de gemeentelijke compenserende voorzieningen worden gebruikt en om te bekijken in hoeverre gemeenten nog beter de groep

kunnen bereiken die nu mogelijk niet wordt bereikt. Dat is mogelijk ook een kwetsbare groep. Die mensen kunnen zorg gaan mijden als ze geen weet hebben van de compensatie die ze eventueel kunnen krijgen. Ik wil graag nog een iets specifiekere antwoord op mijn vraag over De Sionsberg. De Minister geeft aan dat de NZa het onderzoek daarnaar uitvoert en medio 2017 met de uitkomsten komt. Ze zegt dat de betrokkenen worden geïnformeerd als er bijzondere bevindingen zijn. Ik vroeg echter op welke wijze betrokkenen worden betrokken bij dit onderzoek. Daarop wil ik graag nog een toelichting. Ik deel, met mijn collega van het CDA, de zorgen over de polissen met beperkende kenmerken. Ik wil met name dat cliënten goed weten waarvoor ze kiezen. Daar zit mijn zorg. Als de NZa een aantal aandachtspunten aangeeft, dan moeten we er vooral voor zorgen dat cliënten die een keuze maken, weten wat deze aandachtspunten betekenen voor de keuze die zij maken, en dat de informatieverstrekking daarover van verzekeraars aan hun cliënten goed is. De collectiviteiten kunnen in essentie een bijdrage leveren aan een echt goede gerichtheid op preventie. Het is echter wel zaak dat daar nu daadwerkelijk stappen in worden gezet. We wachten de plannen van de Minister op dit gebied af. Daar moet nu echt wel wat gebeuren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Het is goed om te horen dat de Minister gaat kijken naar de mogelijkheid om een soort overgangsakkoord te realiseren. De hoofdlijnakkoorden zijn in de afgelopen jaren namelijk van grote betekenis geweest. Volledige stilstand op dat terrein is zeer onwenselijk. Ook een demissionair kabinet zal er om die reden toch mee aan de gang moeten.

Het is ook goed dat de Minister naar de collectiviteiten gaat kijken, maar met collega's vraag ook ik mij af wanneer ze vindt dat het voldoende is geweest.

Over de meerjarencontracten zei de Minister: daar ben ik voor, en ze nemen ook in aantal toe. Ze gaf aan dat zij vooral probeert om de belemmeringen weg te nemen. Ze noemde zaken als beleidsrust en het tijdig informeren over veranderingen in wet- en regelgeving. Ik vroeg echter ook nog naar de schotten, en daarop antwoordde de Minister niet. Die schotten vormen een belangrijke belemmering bij meerjarencontracten. Ik wil nog van de Minister horen wat ze op dat terrein kan doen. Ik kom, tot slot, nog even op de zorgverzekeringskaart. Ik heb de Minister gevraagd of de zorgverzekeraars straks ook allemaal in staat zijn om die in te vullen. Als de contractering nog niet rond is, dan is dat invullen wel heel lastig. Als je nu naar de sites van de zorgverzekeraars gaat, krijg je soms een enorme hoeveelheid informatie, waar je niet helemaal uit komt. Weet de Minister of die wat overzichtelijker worden?

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

Voorzitter. Solidariteit, naar elkaar en naar volgende generaties, is belangrijk in ons zorgstelsel. In het huidige stelsel is die nog geborgd, maar ik zie wel toenemende druk. Ik zie knelpunten in het huidige stelsel, die de ChristenUnie heel graag wil oplossen. We willen meer focus op kwaliteit, kwaliteit van zorg in plaats van prijs, meer zeggenschap en een betere positie voor chronisch zieken en gehandicapten, zeker als zij een laag of modaal inkomen hebben.

Ik sluit me aan bij de geuite kritiek op de budgetpolissen. Ik heb zelf in de eerste termijn ook kritiek daarop geuit.

De Minister en ik hebben van gedachten gewisseld over de collectiviteiten. We delen de analyse en de stappen die moeten worden gezet. Ik sluit me aan bij de vragen: wanneer zijn de volgende meetmomenten en hoeveel tijd geven we dit nog?

De enige vraag die ik nog over heb, is die over het contracteerproces voor de wijkverpleging. Ik weet nooit zo goed of ik dit met de Minister of met de Staatssecretaris moet bespreken, maar de brieven staan wel op de agenda, evenals de rapportages van de Nederlandse Zorgautoriteit. De Minister heeft er heel summier op gereageerd: er zijn nu periodieke overleggen tussen zorgverleners en zorgaanbieders. Dat is natuurlijk heel mooi, maar uit het rapport van de NZa dat er ligt, blijkt dat de zorgverzekeraars de zorg allemaal op een andere manier inkopen, zowel wat betreft het proces als wat betreft de inhoudelijke afspraken. Dat is om gek van te worden! Zijn die regionale overleggen dan wel voldoende? Ik denk zelf veel meer aan een actie als «Het roer moet om!», die we kennen van de huisartsenzorg. Zoiets zouden we ook in de verpleging en verzorging moeten implementeren. Ik hoor daar graag nog wat meer over van de Minister.

Minister Schippers:

Voorzitter. Wij zullen een overgangsakkoord voor 2018 verkennen, zo kan ik de heer Rutte en mevrouw Dijkstra toezeggen. We zullen bekijken wat nodig is. Van een aantal onderwerpen is het heel belangrijk niet alleen dat ze doorgaan maar ook dat ze een extra zetje krijgen middels zo'n akkoord. Ik denk dat we dat toch wel moeten proberen.

De heer Van Gerven zei: wat een gedoe! Ja, het leven van een ouwe man is soms een gedoe, zo verzucht ik dan maar. Ja, als ik outdated ben, dan is hij het ook!

Ik wil wel even heel helder stellen dat ik niet narrig ben over plannen van partijen over andere systemen. Dat hoort bij de politiek. Dat hoort bij de democratie. Dan ga je met elkaar in debat, wat nog leuk is ook, en daardoor krijg je oplossingen ook scherper. Ik vind het wel echt heel belangrijk dat de informatie die we verspreiden, klopt. Op dat punt neem ik de SP echt wel wat kwalijk. Driekwart van wat de heer Van Gerven vertelt, klopt gewoon evident niet. Daardoor wordt mist opgetrokken en wordt oneerlijke informatie aan de mensen gegeven. Daar verzet ik me tegen. Ja, ik zou ook tekenen voor de informatie die hij geeft! Dat kan niet kloppen. Ergens gaat er dan iets mis.

Gevraagd is of het met de risicoverevening sneller kan. Dat is helaas onmogelijk. We hebben zo'n fors programma ingezet dat het altijd pas weer ingaat voor het nieuwe jaar. Die cyclus hebben we met elkaar afgesproken. We hebben afgesproken hoe we dit doen en wanneer we met de Kamer hierover overleg hebben: voor de zomer altijd eentje en na de zomer altijd eentje. In de zomer worden er dan altijd nog extra dingen afgerond. Dat is al een fors programma. Sneller gaat ons dus echt niet lukken.

Ik kom op de premiedifferentiatie. De NZa houdt toezicht op concern-niveau. Zo is het nu geregeld. Als je dat wilt veranderen, dan is dat nogal ... Nee, ze houdt toezicht op verzekeraars, niet op concernniveau. Als je het toezicht uitbreidt naar concernniveau, dus als je alle risicodragers ineen neemt, dan doe je nogal wat. De NZa stelt voor om artikel 17 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, maar staat niet stil bij de juridische haalbaarheid. Het is namelijk niet maar een klein voorstelletje dat ze doet. Als wetgever moeten we niet over één nacht ijs gaan. Ik vind dat we als wetgever eerst moeten bekijken wat we kunnen verbeteren. De NZa constateert dat er geen sprake is van risicoselectie. Dat vind ik een belangrijke constatering. Ze stelt zelf voor om een aantal dingen te veranderen in haar eigen toezicht, in haar relatie tot de verzekeraars, en om daar ook bovenop te zitten. Ik vind dat we dat traject moeten doorlopen. We moeten niet lichtzinnig overgaan tot het veranderen van wetten die juridisch echt complex in elkaar zitten.

Ik kom op de collectiviteiten. Gevraagd is wanneer er resultaten komen. Ik zeg toe dat, als ik in het voorjaar met de analyse kom, ik daarbij informatie lever over wat ik eraan wil gaan doen. Dat lijkt me het meest praktisch.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

«Voorjaar» is een heel rekkelijk woord. Soms gaat dat tot en met juli. Maar nu is het nóg wat lastiger, omdat we ook nog verkiezingen krijgen. Kan de Minister iets gerichter aangeven wanneer ze verwacht met een brief te komen?

Minister **Schippers**:

Als ik in maart met een brief kom, dan kunnen we daar met elkaar goed naar kijken. Het is «het vroege voorjaar», zo begrijp ik uit wat mij van rechts wordt toegevoegd.

Ik vraag mevrouw Volp of ze het goed vindt dat ik op haar vraag over De Sionsberg schriftelijk terugkom. De informatie die we hebben, hebben we gegeven. Veel meer praktische invulling kan ik gewoon niet geven. We komen daar in een brief op terug. We moeten het even uitzoeken en opschrijven, dus die zal binnen een paar weken komen. We moeten het even navragen, want we doen dat onderzoek niet zelf.

Clënten moeten goed weten waarvoor ze kiezen. De informatieverstrekking is ongelooflijk belangrijk. Daar zie je dat de afgelopen jaren echt stappen zijn gezet. Dat moeten we blijven doen, want het is ontzettend belangrijk dat verzekeraars en vergelijkingssites zich maximaal daarvoor inspannen. Maar ik vind het ook ontzettend belangrijk – daarover heb ik alle partijen rond de tafel gehad – dat aanbieders en zorgverzekeraars ook zelf zorgen dat ze op tijd gecontracteerd zijn. Te late contractering is niet altijd de schuld van een verzekeraar en/of een zorgaanbieder. Soms is de één heel erg laat. Daar heb ik me in verdiept. Alle partijen moeten ervoor zorgen dat ze tijdig contracteren. Er moet goede informatie op de sites worden gegeven. Als je dat niet doet, loop je kans dat je verzekerden overstappen. De verzekeraars hebben hun programma's daarop afgesteld, de NZa heeft al aanscherpingen toegepast en nieuwe aanscherpingen aangekondigd. De NZa zit er dus bovenop.

Ik kom toe aan de schotten tussen de meerjarencontracten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat is één van de belemmeringen die wordt genoemd in de brief. Andere belemmeringen zijn de onrust door veranderende regelgeving, schotten in de bekostiging, frictiekosten en gebrek aan vertrouwen. Het laatste is natuurlijk erg belangrijk, maar het is lastig om daar op korte termijn iets aan te doen. Maar wat vindt de Minister daarvan? Ik heb het echter vooral over die schotten in de bekostiging. Ziet de Minister mogelijkheden op dat punt?

Minister **Schippers**:

Nu begrijp ik het. Als het gaat om de bekostiging, zijn er verschillende proeftuinen. We zijn met 26 proeftuinen gestart, maar ze lopen niet allemaal even gesmeerd. Daar moeten we met elkaar bovenop blijven zitten. Dat kan namelijk een stuk beter. Hetzelfde geldt voor het vertrouwen. We willen met medisch specialisten iets als «Het roer moet om!» starten. Dat zijn namelijk heel belangrijke trajecten. De inkoper moet gewoon aan tafel zitten met de specialisten, de toezichthouders en het ministerie, in plaats van dat de voorzitters van de koepels met mij aan tafel zitten. Een huisarts of een medisch specialist kan zeggen: dit is een belachelijk lijstje, dat helemaal niets zegt over de kwaliteit van de zorg. Een ander kan daar dan weer alternatieven voor noemen. Dat zijn echt de gesprekken die nodig zijn. De medisch specialisten hebben ieder jaar een bijeenkomst, waar ik vanmorgen aanwezig was. Ik heb hen opgeroepen zelf ook aan tafel te gaan zitten, als ze zich ergeren aan non-lijstjes. Zij zijn immers degenen die kunnen aangeven wat er geschrapt kan worden. Wat enorm belangrijk is, is dat zichtbaar is op de sites wie en wat gecontracteerd zijn. Daar maken wij slagen in. Dat is een belangrijk traject, dat ieder jaar verder verbeterd moet worden.

De **voorzitter**:

De Minister heeft op hoofdlijnen de volgende toezeggingen gedaan.

- Voor de begrotingsbehandeling ontvangt de Kamer de statistische gegevens over het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, zoals toegezegd bij de APB.
- Voor de begrotingsbehandeling komt er een brief naar de Kamer over de stapeling van eigen risico en eigen bijdragen.
- Na de begrotingsbehandeling komt het CBS-onderzoek naar de stapeling naar de Kamer.

Minister **Schippers**:

Nee, de tweede en de derde toezegging zijn hetzelfde.

De **voorzitter**:

- Na de begrotingsbehandeling komt het CBS-onderzoek naar de stapeling naar de Kamer.
- De Kamer zal in maart 2017 worden geïnformeerd over de resultaten van de werkconferentie over de meerwaarde van de collectiviteiten.
- De Kamer ontvangt een brief over het zorgdataplatform en de informatiemakelaar. Die brief zal nog deze week arriveren.
- Voor de begrotingsbehandeling stuurt de Staatssecretaris een brief naar de Kamer over het casemanagement dementie.
- De Kamer ontvangt binnen enkele weken schriftelijke informatie over De Sionsberg, aanvullend op wat al gevraagd is.

De heer **Van Gerven** (SP):

Nog even over de eerste toezegging: de SP-fractie hecht eraan dat dat voor zover mogelijk over alle verzekerden gaat, dus niet alleen over chronisch zieken en gehandicapten.

Minister **Schippers**:

Dat is toegezegd tijdens de APB. Hier werd gevraagd naar chronisch zieken en gehandicapten.

Mevrouw **Volp** (PvdA):

Naast de toezegging die al is gedaan tijdens de APB over de gemeentelijke regelingen is volgens mij ook de toezegging gedaan dat de Minister in gesprek zal gaan met de VNG. Dat hoeft niet per se voor de begroting, maar wel graag snel.

De **voorzitter**:

Goed. Mevrouw Bruins Slot vraagt een VAO aan, met haarzelf als eerste spreker.

Sluiting 16.51 uur.