

## 8

### Wet marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben ( 33362 ).**

(Zie vergadering van 8 december 2014.)

#### De voorzitter:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opnieuw welkom in ons midden.

De beraadslaging wordt hervat.



#### Minister Schippers:

Voorzitter. Als minister van Volksgezondheid sta ik voor een goede gezondheidszorg voor iedereen die dat nodig heeft. Ik ben verantwoordelijk voor het systeem dat moet zorgen voor kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen die dat medisch nodig heeft: rijk of arm, gezond of ziek, jong of oud. Ook de mensen die de pech hebben om met een heel laag inkomen een heel dure ziekte te krijgen, moeten toegang hebben tot de beste zorg die het land te bieden heeft. Ouderen met meer kans op ziektekosten moeten een betaalbare premie houden. Het basispakket moet breed zijn. Deze solidariteit is de kern van ons systeem.

Betaalbaarheid is een noodzaak. De zorgkosten hebben van nature de neiging om sterk te stijgen in een samenleving die steeds meer ouderen telt. Ouderen worden ook veel ouder dan vroeger dankzij innovaties en technologische vernieuwingen in de zorg. We zijn er heel trots op dat onze wetenschappers medicijnen en technologieën ontwikkelen waardoor mensen aan veel ziekten niet meer dood gaan, maar juist in leven blijven, ook vaak met een redelijke kwaliteit van leven. Dat is mooi. Het kost geld, omdat in deze jaren vaak wel dure medicijnen moeten worden geslikt of behandelingen moeten worden ondergaan. We moeten daarom scherp blijven op de kosten om ervoor te zorgen dat die ook zijn op te brengen door mensen met een smalle beurs en door de middengroepen in het land.

We willen in Nederland een goede kwaliteit van zorg. De inspectie houdt toezicht op de kwaliteit, waarvoor de eisen in richtlijnen en protocollen zijn vastgelegd. Transparantie van kwaliteit is belangrijk om daadwerkelijk een oordeel te kunnen hebben over die kwaliteit. Met die transparantie gaat het steeds beter. In tegenstelling tot veel woordvoerders in deze Kamer, moet ik toch zeggen dat wij daarin echt grote slagen hebben gemaakt. Inmiddels zijn 66 aandoeeningen publiek transparant via het Zorginstituut Nederland. We hebben aangekondigd dat 2015 het jaar van de transparantie wordt, met name om die dingen die er al zijn, beter bij elkaar te brengen en inzichtelijk te maken. Er is namelijk veel meer dan je op het eerste gezicht kunt vinden.

Om de kwaliteit te verbeteren, moeten complexe behandelingen waarvoor weinig patiënten zijn, worden geconcentreerd. Een op elkaar ingespeeld team dat de behandeling regelmatig uitvoert en dat vanuit verschillende disciplines is opgebouwd, doet het aantoonbaar beter dan artsen die deze complexe behandeling slechts enkele keren per jaar doen. Ook is het belangrijk dat ziekenhuizen die evident laag scoren in kwaliteit — bijvoorbeeld ziekenhuizen met onverklaarbaar veel hersteloperaties — die activiteit afstoten en zich meer specialiseren in waar ze wel goed in zijn. Anderzijds is het beter om laagcomplexere behandelingen met veel patiënten in algemene ziekenhuizen en in streekziekenhuizen uit te voeren. Streekziekenhuizen zijn sowieso van belang om ten aanzien van chronische zorg een keten te vormen met de huisarts, de gespecialiseerde verpleegkundige en de medisch specialist. Die zorg moet zo dicht mogelijk bij de mensen geleverd worden. Dat is de zorg die met grote regelmaat nodig is en dus in de buurt moet worden gegeven, veelal aan oudere mensen die minder mobiel zijn.

In ieder westers land is de overheid verantwoordelijk voor deze drie pijlers. Een aantal landen kent een overheidsgestuurd systeem: zorg wordt betaald uit de belastingen, instellingen zijn vaak in overheidshanden, er is geen sprake van concurrentie, en sturing heeft vaak plaats via budgettering van instellingen. Lopen de kosten op? Dan wordt de budgettering strakker. Dat geeft wachtlijsten. Voor mensen die het kunnen betalen, is er een particulier circuit. De NHS in het Verenigd Koninkrijk is hiervan een bekend voorbeeld.

In Nederland kennen we één verzekeringssysteem voor iedereen. Bij ons is er geen onderscheid naar de portemonnee. Verzekeraars kopen in op kwaliteit en prijs. Zij heffen premie. Hoe beter zij inkopen, hoe lager de prijs voor hun verzekerden. Zij kopen vaak in door zorgaanbieders te contracteren. In deze contracten worden afspraken gemaakt over kwaliteit, waaronder service, maar ook over hoe vaak een behandeling minimaal moet worden gedaan, hoe het staat met bijvoorbeeld doorligwonden, hersteloperaties en de prijs. Ook gaan die contracten over de administratie, eventuele maatregelen tegen fout declareren en interne controles. Dat zijn belangrijke afspraken om fraude en fouten te minimaliseren. Deze afspraken worden vooraf gemaakt, dus voordat de zorg wordt afgenomen. Mensen die kiezen voor deze gecontracteerde zorg, hebben een naturapolis. De kwaliteits- en prijsvoordelen komen ten goede aan deze verzekerden.

Het andere uiterste is de restitutiepolis. Verzekerden gaan dan naar de aanbieders die zij zelf kiezen en de verzekeraar betaalt achteraf. Dat betekent dat er geen afspraken zijn over kwaliteit, service, administratie of het tegengaan van declaratiefouten en dat de kosten achteraf worden vergoed. Als het systeem zou werken, is het duurder, want er zijn geen schaalvoordelen en dus ook geen groepskortingen. In de huidige markt is de goedkoopste restitutiepolis goedkoper dan verschillende naturapolissen. Tussen de restitutie- en de naturapolis in bestaan de combinatiewolissen. Deze polissen kennen elementen van beide.

Het systeem is in 2006 van start gegaan. We moeten constateren dat in de praktijk het prijsverschil tussen een natura- of een restitutiepolis in de meeste gevallen uiterst beperkt is. De goedkoopste budgetpolis is €990 en de goedkoopste restitutiepolis €1.080, dus een verschil van €90 op jaarbasis. Dat is logisch als een naturapolis in de

praktijk ook recht geeft om buiten de polis zorg te zoeken. Dat maakt dat de groepskorting eigenlijk onvoldoende zijn te geven en de kosten van de mix hoger uitpakken dan van een naturapolis mag worden verwacht. De efficiencyvoordelen van het systeem worden eenvoudigweg niet gehaald.

Ook de kwaliteitsagenda kan beter. Voor die kwaliteitsagenda zijn contracten nodig. We vinden dat er voordelen zijn van concentratie van hoogcomplexere zorg met weinig patiënten, bijvoorbeeld oncologische chirurgie, en dat daarbij een daling van de sterfttekans met maar liefst 25% moet worden gerealiseerd. Dat is ook in het belang van de patiënt, want je zal die ziekte maar hebben. Dan moet deze zorg ook in die kenniscentra worden ingekocht en vergoed en niet meer worden vergoed in centra die deze behandelingen onvoldoende uitvoeren.

We willen dat patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, als dat kan en als het beter is voor de patiënt, uit de instellingen worden gehaald en de zorg in de buurt wordt gegeven. Dan moet die zorg ook daadwerkelijk in de buurt worden gecontracteerd en niet toch bij de instelling worden vergoed. Ouderen met chronische ziekten moeten met laagdrempelige zorg, in de buurt, geholpen kunnen worden. Mijn voorganger, minister Klink, heeft daarvoor de ketenzorg in gang gezet. Patiënten met diabetes, COPD of hart- en vaatziekten krijgen multidisciplinaire zorg in de buurt, waarin huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch specialisten samenwerken om de beste zorg, op het juiste moment, in samenwerking te geven. Dat moet worden georganiseerd. Daar zijn contracten voor nodig.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik dank de minister ervoor dat zij het nog een keer uitlegt, maar ik had wel ongeveer begrepen hoe het in elkaar zit. Zij gaat eraan voorbij dat de genoemde voordelen, zoals dat er schaalvoordelen zijn, et cetera, niet door veel mensen worden betwist. Die zien wij allemaal wel, maar het gaat om de signalen dat de zorgverzekeraars eenpitters niet meer willen contracteren, omdat zij zeggen dat zij er al genoeg hebben in die regio. Dat heeft heel weinig te maken met kwaliteit, met complexe zorg en de complicaties die de minister noemt, maar daarbij gaat het puur om schaalvoordelen bij de verzekeraars. Ik vraag de minister om daar wat meer op in te gaan en niet alleen op de evidente voorbeelden die we al kennen.

**Minister Schippers:**

Dat kan wel zo worden gezegd, maar ik heb heel goed geluisterd en het verhaal van GroenLinks was een pleidooi voor een restitutie-systeem; het oude particuliere systeem, waarbij je kiest waar je heengaat, waarbij er geen contracten vooraf zijn en achteraf wordt betaald, zodat de verzekeraar meer een betalingskantoor wordt dan iemand die daadwerkelijk doelmatigheid en kwaliteitswinst kan binnenhalen. Dat is echt een totaal ander systeem. In eerste instantie was ik dat niet van plan, maar dat noopte mij om te zeggen waarom ik denk dat contracten enorme betekenis hebben, vooral voor de kwaliteit van zorg. Het ging gisteren heel veel over de prijs.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dit is geen antwoord op mijn vraag. Zowel de restitutiepolis als de naturapolis is denkbaar als vorm van vergoeding. De huidige naturapolis is niet alleen door de contracteer-ruimte maar ook door het hinderpaalcriterium beperkt, dus dat is allemaal best bespreekbaar. Mijn vraag is of de minister ook de voorbeelden kent van zorgverzekeraars die allerlei zorgaanbieders niet contracteren, niet om zorginhoudelijke redenen, maar om redenen van efficiency of wat dan ook aan hun kant. Als zij die voorbeelden kent, wat doet zij daar dan mee?

**Minister Schippers:**

Ik moet zeggen dat er in de afgelopen periode veel nieuwe kleine aanbieders in de zorg zijn gekomen, gezien het aantal zelfstandige behandelcentra dat erbij is gekomen. Het kan zijn dat niet ieder zbc een contract heeft gekregen, maar veel wel. Als wij deze wet doorvoeren, kunnen wij daar nog eisen aan stellen. Dan kun je vooraf meekijken bij de inkoopcriteria. Ik vind het echt een manco in het systeem dat zorgaanbieders niet weten waar zij aan moeten voldoen, willen zij een contract krijgen. Dat lek dichtten we hier door dat wel te eisen. Dan kunnen ook de kleine zorgaanbieders veel meer zien dat een zorgverzekeraar die en die zorgcriteria heeft. Zij kunnen daar dan ook veel beter aan voldoen.

Een ander punt, waar ik later op terugkom, is dat ik vind dat het systeem minder werkt bij de individuele beroepsbeoefenaar. Er zijn vele tienduizenden beroepsbeoefenaren, als je ze bij elkaar optelt. Zij zouden het liefst allemaal individueel een contract sluiten, zodat er op basis van de prijs- en kwaliteitsverhouding kan worden ingekocht. Dat komt onvoldoende van de grond. Daarom bekijk ik met de koepels van de organisaties en onze toezichhouders wat er mogelijk is om de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren meer in de etalage te krijgen. We hebben allerlei moderne technieken. Kunnen we die niet veel beter inzetten?

Vorig jaar heb ik een ronde door het land gemaakt en daarbij heb ik goede voorbeelden gezien. We moeten wel oppassen dat we niet klontering tegenover klontering krijgen, maar daar kom ik nog op terug. We hebben gezien dat er in bepaalde sectoren wel een match wordt gemaakt. Die goede voorbeelden wil ik verspreiden, maar ik wil ook samen met de koepels van beroepsbeoefenaren en de toezichhouder bekijken hoe we die slag nog kunnen maken.

Het is evident dat wij in de ggz inzetten op beddenreductie in de tweede lijn, zoals ik al zei. Het was idioot dat Nederland na Rusland de meeste bedden in de ggz had. Rusland had deze echt om heel andere redenen. Het was echt veel beter om het aantal bedden fors af te bouwen, met 30%, en die zorg in de wijken te geven. In die wijken komt er zoveel zorg op individuele beroepsbeoefenaren af, de psychiaters en psychologen in de eerste lijn, dat je dat enigszins moet organiseren. Er zal daar geen gebrek zijn aan werk. Ik wil niet alleen die zorg in de wijken krijgen, maar ook een kwaliteitsslag maken, want er is wel iets meer nodig. Er is ook zorg nodig die naar de mensen toe gaat, om te kijken of zij hun pillen nog wel slikken. Dat moeten we toch organiseren. Als we dat niet organiseren, dan gaat dat niet goed en dan krijgen we ze weer terug in de instellingen. Er zitten dus wel degelijk inhoudelijke kwaliteitsvoordelen bij het systeem van de selectieve inkoop. Dat is een kernwaarde van dit systeem. Dat weet de woordvoerder van het CDA,

als een van de grondleggers van dit systeem, natuurlijk ook heel goed, want die zie ik nu naar de microfoon lopen.

**De voorzitter:**

De heer Flierman is aangesproken.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik wil de minister toch twee dingen meegeven. Net als de heer Ganzevoort ben ik van mening dat het pijnpunt van het schrappen van het hinderpaalcriterium natuurlijk niet zit bij de hoogcomplexe zorg met een laag volume. Dat heb ik in mijn bijdrage geprobeerd te verwoorden. Wij begrijpen allemaal dat het logisch is dat je dat doet op de plek waar dat het beste tegen een acceptabele prijs kan gebeuren. Het pijnpunt zit juist bij die kleinschalige aanbieders, waarvan de minister ook voorbeelden heeft gegeven. Als de minister dat probleem ziet en bezig is om naar een oplossing te zoeken, zou ik graag horen welke stappen zij zet. Zij is in overleg. Is er al een beeld van wat dat gaat opleveren? Hoe kun je die aanbieders in hun vakgebied aan het werk houden om zorg te verlenen, met inachtneming van de kwaliteit die de minister zoekt? Ook dat zullen wij zeker niet bestrijden.

**Minister Schippers:**

Het gaat hierbij om twee dingen. Allereerst vind ik dat de concentratie op basis van kwaliteit onvoldoende van de grond komt. Dat wordt voor een groot deel veroorzaakt door de beperkte sturingscapaciteit. Als we de overlevingskansen met 25% zien stijgen, willen wij dat we dat veel massaler kunnen doen. Ik vind dus dat het systeem daar niet goed werkt.

Hetzelfde geldt voor de individuele beroepsbeoefenaar. Ik noemde al de ggz. Als we massaal tot de conclusie komen dat veel mensen die in instellingen zitten, beter zorg in de buurt kunnen hebben, heb je toch een regisseur nodig. Als we dan ook nog met gemeenten ouderenzorg in de buurt organiseren, dan zul je de driehoek van de verzekeraar, de gemeenten en de patiënten moeten versterken. Je kunt niet zeggen dat je aan beddenreductie doet en dat je ook zorg van eenpitters — dat zijn het natuurlijk veelal — organiseert. Die organiseren we niet via zorginkoop. Hierbij gaat het ook over andere terreinen, want het begrip "individuele beroepsbeoefenaar" is heel breed. Een deel zit in de aanvullende verzekering, bijvoorbeeld een groot deel van de fysiotherapie. Je hebt ook apothekers. De apothekers hebben echt wel een oplossing gevonden, maar er zijn beroepsbeoefenaren die daar nog erg naar zoeken.

Samen met de koepels bekijken we nu ten eerste of er in het ene gebied iets is ontwikkeld dat we in het andere gebied kunnen kopiëren. Daar zijn we al mee begonnen. Ten tweede bekijken we of er nog meer mogelijkheden zijn om dat nader in te vullen. Het is opmerkelijk dat we ten aanzien van de samenwerking van beroepsgroepen heel strenge regels hebben via de Mededingingswet, terwijl we ten aanzien van een fusie van grote ziekenhuizen of verzekeraars een veel soepelere wet hebben. Ik zoek dus echt naar mogelijkheden om daar verbetering in aan te brengen. Ik heb nog niet alle oplossingen, maar dat belet mij niet om hier nu al mee te komen. Ik vind namelijk dat we echt tekortschieten in doelmatigheid en kwaliteit.

**De heer Flierman (CDA):**

Nogmaals, ik denk dat wij het wel eens zijn over de hoogcomplexe zorg en over de intramurale ggz en de ambitie van de minister om daarbij tot een reductie van het aantal bedden te komen. Maar ik wil het pleidooi van de minister juist opvatten als een pleidooi om ervoor te zorgen dat de kleine aanbieders, met inachtneming van de eisen van kwaliteit, want daar wil ik absoluut geen verschil van interpretatie over hebben, aan de slag kunnen blijven. Ik beperk mij nu maar even tot de ggz, want de minister heeft gelijk dat de situatie bij apotheken en fysiotherapie een ander verhaal is. We moeten er met elkaar voor zorgen dat de kleine aanbieders in de ggz aan de slag kunnen blijven en niet worden weggedrukt door zorgverzekeraars die denken: het is makkelijk om een paar mensen te contracteren en dan zijn we klaar. Als ik de minister hoor zeggen dat zij met de brancheorganisaties bezig is om naar oplossingen te zoeken, dan is dat voor ons een enigszins geruststellende mededeling. Laat ik het daar maar bij houden.

**Minister Schippers:**

Wij zijn al maanden, eigenlijk al vanaf januari vorig jaar, bezig om hier een slag te slaan, maar ik maak mij, gelet op deze beweging, veel meer zorgen om de patiënt. Stel dat de patiënt uit de instelling gaat en weer in zijn eigen appartementje komt te wonen, terwijl we de zorg kwalitatief niet goed hebben georganiseerd, dan hebben we echt een drama. Je hebt toch iemand nodig die dat organiseert? We moeten deze situatie zien te voorkomen. Dat is ook de rol van de zorgverzekeraar. Daar hebben we hem ook voor nodig, maar daar moet hij ook contracten voor kunnen sluiten.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik luister deels met instemming naar het verhaal van de minister. Natuurlijk zijn wij het ook eens over de hoogcomplexe zorg, alhoewel het mij een beetje stoort dat het gaat om maar een heel beperkt aantal voorbeelden. Hoewel het misschien gaat over veel geld, gaat het ook over kleine aantallen. Onzes inziens is het belangrijker om ons te richten op de minder complexe zorg, maar dan wel voor de patiënten van de toekomst, de ouderen. Zij willen graag zorg in de buurt, maar met de concentratie ben je dat juist kwijt. Dat blijft een punt van aandacht. Ik vrees dat zorgverzekeraars hierbij niet zozeer naar de kwaliteit kijken.

Een ander punt is het volgende. Juist als je de instellingen sluit — dat ziet de eerste lijn ook gebeuren — komt er heel veel op de eerste lijn af. Op dit moment wordt heel veel van de ggz in de huisartsenpraktijk georganiseerd via de POH. Daar wordt juist de pijn gevoeld dat de rest van de eerstelijns-ggz zo weinig beschikbaar is. Dan kan het wel zijn dat de zorgverzekeraars op kwaliteit inkopen, maar die eerstelijnspsychologen zijn juist nodig, ook om ervoor te zorgen dat de indicatie goed wordt gesteld en om te bekijken hoe die zorg het beste wordt vormgegeven. Daar schort het wel degelijk aan.

**Minister Schippers:**

Ik ben het met mevrouw Slagter eens dat je, als je zegt dat je de hoogcomplexe zorg met weinig patiënten toch echt wilt concentreren, het hebt over een klein deel van de zorg. Maar het is toch gek dat we er al jaren over praten, maar

dat het niet lukt omdat daar een groot wegtek is. Verder wil je dat algemene ziekenhuizen dingen afstoten waar ze evident slecht in zijn. Ook dat gaat heel lastig. Daarnaast wil je deconcentratie, maar het is niet zo dat je daar geen contracten voor nodig hebt. Als je dingen naar de buurt wilt hebben, wordt het heel erg druk in de buurt. Die drukte in de buurt moet wel georganiseerd worden. Als dat niet wordt georganiseerd, als iedereen hapsnap ergens naartoe gaat en de rekeningen indient bij de zorgverzekeraar, dan is dat gewoon het particuliere systeem. Daar gaat geen doelmatigheidsslag overheen. Daar gaat geen kwaliteitslag overheen. Daar zitten geen eisen aan.

Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar zegt: ik vind het allemaal prima, maar u werkt ook op sociaal-maatschappelijk gebied samen met het sociale wijkteam waar we nu afspraken over maken. Daar moet je toch in contracten afspraken over kunnen maken? Ik denk dat het heel belangrijk is dat er in een sector die zo in beweging is, waar we niet alleen een prijsslag willen maken, maar voorname-lijk een kwaliteitsslag, een regisseur is. Je hebt iemand nodig die door middel van contracten en afspraken een aantal ankers op het gebied van kwaliteit vastlegt.

De POH ggz vind ik een ontzettend goede ontwikkeling, maar de POH ggz is geen vervanger voor de eerstelijnspsycholoog. Daar zijn we het in ieder geval heel erg over eens.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ik ga nog even door op de kleine zorgaanbieder. De minister zegt dat zij een extra inspanning wil leveren, opdat die ook mee wordt genomen in de contractering. Gisteren hadden we hier een debatje over. Toen werd gezegd dat er soms een heel specifieke kwaliteit zit bij de individuele zorgaanbieder, de individuele beroepsbeoefenaar, zoals u die noemt, onder andere op het gebied van levensbeschouwing. Dat is in de wet terechtgekomen. We kennen ook de reactie van Zorgverzekeraars Nederland. Zij vinden dat een lastig punt. Hoe wil de minister dit incorporeren in haar aanpak, opdat die kwaliteit toch gecontracteerd blijft?

**Minister Schippers:**

Ten eerste ben ik dat van plan op basis van de afspraken die systematisch in deze wet zitten. Bij de inkoop kun je al zien of een zorgverzekeraar daar voldoende aandacht aan besteedt. Ik kan mij voorstellen dat er zorgverzekeraars zijn die in een bepaald gebied zitten of die juist niet in een bepaald gebied zitten, want we hebben heel veel landelijk opererende zorgverzekeraars, die daar bij de zorginkoop al aandacht voor hebben. Ten tweede doen we op dit punt verslag. Dat doen we niet alleen ten aanzien van de inkoop, waarbij het bijvoorbeeld gaat om religieuze aspecten of genderspecten. Er zijn ook afspraken gemaakt over klein en groot. Zo kan de NZa na een jaar bekijken wat er innovatief is — dat is ook een heel belangrijk punt — wat er terecht is gekomen van die inkoopvoorwaarden, of die elementen er al in zaten en wat er daadwerkelijk is gecontracteerd. Daarbij gaat het ook om de vraag: zitten er nieuwe innovatieve zorgverleners bij of is er eenzijdig ingekocht bij grote aanbieders? Dat is overigens zeer onverstandig voor een zorgverzekeraar, want dan maakt hij zich volledig afhankelijk van één of twee aanbieders. Dat moet je absoluut niet willen, want die bepalen op een gegeven moment ook de prijs. Ik zou het dus zelf helemaal geen logische stap vinden. Je

ziet dat het in de praktijk ook niet gebeurt. Ik heb strak meegekeken, ook naar de zbc's waarbij was ingekocht. Daar hoor je tijdens de contracteerperiode heel veel over, maar uiteindelijk blijkt dat er heel vaak contracten mee worden gesloten, en terecht.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Dus de minister spreekt hierover met Zorgverzekeraars Nederland? Zij hebben naar buiten gebracht dat ze het lastig vinden, maar de minister is hierover met hen in gesprek. Zij zegt dus dat dit bij de inkoop van zorg wordt meegenomen en dat er garanties komen?

**Minister Schippers:**

Wij hebben de afspraken gemaakt. Ik zal die nauwgezet volgen. We kunnen uiteindelijk zien of er daadwerkelijk invulling aan wordt gegeven op de manier zoals wij erover hebben gesproken. Als dat niet het geval is, weten wij dat en kunnen wij ons beraden op hoe we het wel willen.

**De voorzitter:**

De heer Flierman. Na zijn interruptie wil ik de minister de gelegenheid geven om haar betoog voort te zetten.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik dank u extra voor de gelegenheid.

Ik werd getriggerd door de opmerking van de minister dat het druk wordt in de buurt. Daarmee benoemt zij een zorgpunt dat ons en wellicht ook collega's hier bezighoudt. De zorgverzekeraars — zo veel zijn het er niet — zitten op behoorlijke afstand. Het gaat om negen of tien organisaties. Die moeten zorg in al die buurten inkopen. De minister zegt dat het druk wordt in de buurt en dat zij meer mensen in de directe omgeving behulpzaam wil zijn, ook in de sfeer van de ggz. Zij stelt ook dat de praktijkondersteuner van de huisarts dat allemaal niet kan bieden en dat daar de eerstelijnspsycholoog voor nodig is. Waarom valt juist die zorg dan niet ook onder de uitzonderingen van artikel 13? Dat zou ons helpen om juist op dat gebied de drukte in de buurt te organiseren en te reguleren, zodat het volume kan worden beheerst en er goede sturing kan worden gegeven. Mijn gevoel is dat de zorgverzekeraar te ver van de buurt afstaat om de drukte in de buurt mee te organiseren.

**Minister Schippers:**

Het beheersen van het volume en het maken van kwaliteitsafspraken zonder contracten komt niet van de grond. Daarom hebben wij die nodig. Dat is ook de reden dat ze in de hoofdlijnenakkoorden staan. Juist omdat het afbouwen van het aantal bedden in de hoofdlijnenakkoorden staat, is dat van belang. Daarnaast wijs ik op de beweging dat wij veel meer mensen langer thuis willen laten wonen als ze dat kunnen. Daaromheen organiseren wij de zorg in de buurt. Daar ligt een belangrijke taak voor de zorgverzekeraar, maar die kan het niet alleen. Er moet worden samengewerkt met de gemeente. Daarom moeten we ook bezien hoe we die samenwerking gaan doen. Het is cruciaal om al die zorg enigszins met elkaar in verband te laten ontstaan. Je wilt graag dat dit leidt tot rationaliteit en kwaliteit qua

de zorg in de buurt. Het moet anders gaan dan nu in de instelling gebeurt, namelijk beter.

**De voorzitter:**

Mevrouw Slagter nog, maar een heel kleine interruptie graag.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik stoor mij eraan dat de minister er veel vertrouwen in heeft dat de zorgverzekeraars dit met gemeenten gaan regelen, terwijl dit volgens mij niet zonder de zorgaanbieders kan. Ik trek wat dat betreft weer een parallel met de huisartsenzorg. Daar wordt ingekocht op basis van concepten, samenwerkingsmodellen en ketenzorg. Ik heb daar nog een vraag over gesteld. Ik hoop dat de minister die straks beantwoordt, maar dit geldt ook voor de psychologische hulp. Uit onderzoeken is gebleken dat zorgverzekeraars juist ten aanzien van kleine aanbieders die in de wijk werken zo'n aanmerkelijke marktmacht hebben. De inkoopmacht is daar te groot. Ik kan niet volgen waarom de zorgverzekeraars daar zo'n grote rol in hebben terwijl er zo weinig aandacht wordt besteed aan hoe de zorgaanbieders dit zouden kunnen organiseren.

**Minister Schippers:**

Het klopt niet dat ik daar weinig aandacht voor heb, want het kan niet zonder de zorgaanbieders. Die hebben ook ideeën over hoe je die kwaliteitsslag kunt maken. Ik zeg dat het niet kan zonder afspraken tussen die twee. Je moet er afspraken over maken. Dat hebben wij ook gezien bij de multidisciplinaire zorg bij de huisartsen. Dat was geen idee van de zorgverzekeraars dat willoos is uitgevoerd door de zorgaanbieders. De zorgaanbieders hadden daar in het begin en later sterke ideeën over. Die zijn met een enorm enthousiasme begonnen met de gespecialiseerde verpleegkundigen, de huisartsen en de medisch specialist. In één keten zijn kwesties als COPD, diabetes en andere opgezet. Dat gaat op basis van contracten. Dat is al die jaren op die manier gegaan. Zo zal het blijven gaan. Een contract is overigens niet meer dan een afspraak. Je maakt afspraken over de prijs, maar ook over de service, de organisatie, over hoe je een en ander indeelt en welke kwaliteitsaspecten erbij spelen. Dat soort afspraken vormt de grondslag van de zorg zoals wij die in de buurt willen organiseren. Dat is de goede manier.

Het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, betekent een versterking van het systeem, zoals dat in 2006 is ingevoerd. Destijds is expliciet niet gekozen voor het particuliere restitutie-systeem, juist om de kwaliteitsslag, de efficiencyvoordelen en de sociaalmaatschappelijke aansluiting te kunnen maken. Daarom hebben wij verzekeraars die concurreren op prijs en kwaliteit. Als zij dat niet kunnen realiseren door selectief in te kopen, zie ik niet in waarom wij verschillende verzekeraars hebben, want de resultaten voor patiënt en verzekerde zijn dan onvoldoende. Ze betalen te veel geld voor te weinig kwaliteit. Daarvan is de verzekerde, de patiënt, de dupe. In mijn ogen kan de overheid het dan net zo goed zelf doen.

De afspraken in de hoofdlijnenakkoorden zijn ook besproken met patiënten, artsen, psychiaters, psychologen, ggz-instellingen, zelfstandige behandelcentra, en ziekenhuizen,

een enorme reeks van organisaties. Van de zorg werd 1 miljard euro gevraagd, als bijdrage om uit de crisis te komen. Er moest 6 miljard worden ingeleverd. De minister van Financiën kwam bij mij 1 miljard van de zorg vragen. Dat is niet zo gek, want de zorguitgaven vormen een vijfde van de collectieve uitgaven. Het was onvermijdelijk dat van de zorg, die als een van de weinige sectoren deze kabinetsperiode mag groeien, ook een bijdrage werd verwacht. Dat miljard kun je op verschillende manieren leveren. Mevrouw Dupuis sloeg gisteren de spijker op de kop. Je kunt het eigen risico verhogen. Je kunt eigen betalingen invoeren. Je kunt het pakket verkleinen. Er is geen free ride. Voor die dingen heb ik echter niet gekozen, omdat ik van mening ben dat we eerst maximaal moeten inzetten op een betere kwaliteit voor de patiënt, minder vermijdbare hersteloperaties, minder dubbele handelingen, kortom minder verspilling en minder benen onder het bureau. Ik vind dat er alleen zinnige en zuinige zorg moet worden gegeven, eigenlijk betere zorg voor je premie. Daarvoor is een inhoudelijk programma opgesteld met de sector. Dit gaat veel verder dan artikel 13. Onderdeel daarvan zijn ook het terugdringen van praktijkvariatie, concentratie van de complexe zorg, maar ook deconcentratie van zorg die we liever in de buurt hebben, met een veel lagere volumegroei dan de sector tot dan toe had, te realiseren zonder wachtlijsten, door af te zien van onnodige behandelingen. We zien uit de cijfers over de praktijkvariatie dat die nog veel te veel plaatsvindt. Onderdeel daarvan is dat dit ook moet worden gerealiseerd, want er is geen ziekenhuis dat spontaan minder gaat doen. Er is geen ggz-instelling die spontaan bedden afbouwt. Daar hebben wij verzekeraars voor nodig. Met dit pakket hebben wij het voor elkaar gekregen dat we de minister van Financiën 1 miljard kunnen leveren als bijdrage van de zorg, zonder de patiënten minder toegang hebben tot zorg als dat medisch nodig is, zonder het eigen risico te verhogen en zonder het pakket te verkleinen. Ik denk dat dit in het belang van patiënt en verzekerde is.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Dit is een kernpunt. Door de specifieke zorginkoop van verzekeraars ontstaat daarachter in het veld van het aanbod een nieuwe ordening, ook door concentratie van complexe zorg, maar kan de minister toelichten hoe dit gaat? Zorgverzekeraars gaan specifiek inkoop. Ze maken afspraken met het veld, zodat dingen niet dubbel gebeuren. Het beeld is dat er in bepaalde ziekenhuizen bepaalde geneeskundige handelingen worden verricht en in andere ziekenhuizen weer andere, maar hoe vindt de coördinatie plaats, zodat er sprake is van een goed gespreid aanbod in het gehele land dat voor elke verzekerde goede zorg oplevert?

**Minister Schippers:**

Heel belangrijk is de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Die garandeert dat patiënten de zorg op redelijke afstand en tijdig kunnen krijgen. Als je zorg inkoop die heel ver weg is — je woont in Zuid-Limburg en je koopt zorg in een ziekenhuis ver weg — zal dit onvoldoende zijn voor de NZa. Ik kom er nog op terug. Vorige week maandag heb ik een brief geschreven aan de NZa met een vijftal extra vragen. Ik vraag de NZa toe te zien op al die zaken. Eén vraag is of de budgetpolissen die zijn afgesloten voldoen aan de zorgplicht. Ik verzoek de NZa te controleren of er in al die polissen zorg is ingekocht voor mensen, voldoende dichtbij, en niet alleen maar in bijvoorbeeld zes ziekenhuizen in het land. Dat is namelijk niet conform de wet.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Hoe gaan de zorgaanbieders, de ziekenhuizen of de afdelingen van ziekenhuizen, daarop reageren? Leggen zij dan allemaal tegelijk heel aantrekkelijke opties neer bij de zorgverzekeraars, die ook alweer in alles op elkaar lijken? Hoe krijg je diversiteit en een goede spreiding in alles wat er nodig is binnen de zorg? Wat voor coördinatiemechanisme is er? Ik geloof er namelijk niet in dat dit helemaal via de vrije markt vanzelf loopt. Daar is ook overleg voor nodig.

Minister **Schippers**:

Zeker. En dat gebeurt ook. Daar is heel veel overleg over. Het begint ermee dat een zorgverzekeraar kijkt naar het aanbod. We hebben nu ongeveer 100 ziekenhuizen en die doen grofweg allemaal hetzelfde. De verzekeraar kan heel veel zien in zijn databestanden. Hij ziet bijna op specialisameniveau hoe het staat met hersteloperaties ten aanzien van knieën, ik zeg maar wat. Dan kan hij zeggen: waarom heb jij onverklaarbaar veel hersteloperaties? Dan gaan ze het gesprek daarover aan en op grond daarvan zegt de verzekeraar: jij bent daar helemaal niet goed in, maar jouw buurman wel; concentreer je op iets anders. Je zult zien dat dit niet hapsnap gaat. Heel veel ziektes hebben met elkaar te maken. Specialismen werken met elkaar samen. Je zult dus clusters van specialismen krijgen die erg op elkaar zijn ingespeeld en die multidisciplinaire zorg kunnen leveren. Die zorg wordt meer als keten ingekocht. In de eerste lijn zien we dat al gebeuren. Die zorg wordt in een ziekenhuis ingekocht of een ziekenhuis is er slecht in en de verzekeraar zegt: ik heb jouw zorg nodig, dus ik wil met jou een contract sluiten, maar je moet daarin beter worden. Je hoeft die zorg niet af te stoten, maar je moet er wel verbetering in laten zien. Dat is de cyclus van kwaliteitsverbetering die wij graag voor patiënten in het systeem willen.

De **voorzitter**:

Mijnheer Kuiper, tot slot.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Nu heb je natuurlijk meerdere zorgverzekeraars. Het is niet zo dat de ziekenhuizen een relatie met één verzekeraar hebben. Verzekeraars hebben een relatie met heel veel ziekenhuizen. Hoe vindt in dat geval die coördinatie plaats? Al die zorgverzekeraars zullen dit wel ongeveer zeggen, maar daar moet onderling toch afstemming over zijn? Er moet niet maar één uitkomst zijn; er moeten meerdere uitkomsten zijn.

Minister **Schippers**:

We hebben meerdere zorgverzekeraars. Dat heeft als nadeel dat je niet zo sterk kunt sturen dat je met één groot nationaal plan een blauwdruk neerlegt. Maar het heeft als voordeel dat je, als je door de ene zorgverzekeraar niet gecontracteerd bent, door een andere zorgverzekeraar nog wel gecontracteerd kunt worden. Zorgverzekeraars zijn dominant in bepaalde gebieden, waarin zij heel veel te vertellen hebben. Dat is evident zo. Aan de andere kant heb ik een evaluatie laten doen op de Wmg en de Zorgverzekeringswet en daaruit blijkt dat ook ziekenhuizen soms een enorme machtspositie hebben. Het is dus niet zo dat de zorgverzekeraar enorm veel macht heeft en het veld niet. Dat is wel

zo ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren, maar niet ten aanzien van ziekenhuizen. Het is nog geen uitgemaakte zaak.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Ik hoorde de minister zonet iets heel moois zeggen, namelijk dat zij, als ik het goed heb gehoord, de NZa heeft gevraagd om voor alle budgetpolissen te controleren of verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Dat antwoord gaf zij volgens mij in de context van de zorgen rondom afstand. Wordt zorg niet ingekocht op een te grote afstand van de verzekerden? Kan de minister in dat kader wat concreter maken wat een redelijke afstand is? Hoe bepaalt de NZa wat een redelijke afstand is? Als de NZa hierop gaat controleren, is het dan al concreter ingevuld? Heeft de NZa daar al richtlijnen voor klaarliggen? Wellicht missen wij het een of ander. Ik zou dat heel graag weten.

Minister **Schippers**:

Ik ben mij ervan bewust dat dit een open norm is. Dat komt doordat een redelijke afstand voor zorg bij een psychotherapeut of iets anders wat je chronisch nodig hebt, iets heel anders is dan een redelijke afstand als je een openhartoperatie moet ondergaan. In het laatste geval vindt niemand het erg om verder te reizen, zeker als de zorg daar beter is en als je de nazorg dan wel weer dicht bij huis kunt krijgen. Wat een redelijke afstand is, hangt heel erg af van hoe ver die zorg is. Die regels worden echt wel aangescherpt. Je kunt niet toestaan dat er selectief wordt ingekocht, zonder dat verder aan te scherpen. Er is naar een aantal dingen gevraagd. Ik zal straks een hele reeks noemen, waarvan ook ik vind dat we daarop nu heel strikt moeten zijn, maar het is heel erg willekeurig om het zo te doen. Of een afstand redelijk is, hangt er ook heel erg van af of het simpele, laagcomplexere zorg is die je dagelijks of heel vaak nodig hebt, of dat het hoogcomplexere zorg is. Ik kan het nu niet in kilometers zeggen, maar de NZa zal er strak op toetsen en dat goed invullen.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Nog even ter verduidelijking. Misschien heb ik zelf in mijn eerste termijn al een beetje het antwoord daarop gegeven. Het gaat inderdaad om de invulling van een open norm. Ik heb zelf gememoreerd dat de NZa gedifferentieerde eisen stelt op dit soort kwesties. Dat doet de NZa binnen het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars. De norm voor de redelijke afstand is de meest open norm. Die kun je wellicht vertalen in een aantal subnormen, die nog steeds niet het allerconcreetst zijn, want dat zal per casus moeten gebeuren. Zitten daar nog stadia tussen waarin de meest algemene norm alweer wat geconcretiseerd is? Is dat gebeurd in zo'n toezichtkader of heeft de NZa daar andere stukken voor op de plank liggen? Kan de minister daar iets over zeggen of ben ik nu te technisch?

Minister **Schippers**:

De NZa vult dat natuurlijk wel in. Anders kun je moeilijk toetsen. Er is wel enige invulling, maar ik kan die hier niet zo specifiek geven. De NZa kan wel aangeven wat een redelijke afstand is voor bijvoorbeeld huisartsenzorg. Die valt weliswaar niet onder de aanpassing, maar wel gewoon onder de zorg. De NZa kan aangeven op wat voor afstand

je die nodig hebt. Daar kan overmacht bij zitten, zeg ik daar maar bij. Er zijn delen van Nederland waar die normen iets anders zijn en dat ook altijd al zijn geweest, maar over het algemeen wordt die invulling voor heel Nederland steeds strakker en steeds specifiek.

**De voorzitter:**

De heer Ganzevoort nog, maar daarna ga ik de minister vragen om haar betoog te vervolgen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dat zal ook zeker een uitnodiging zijn aan de minister om haar betoog nog meer diepgang te geven. Dit is een heel essentieel punt. Uiteindelijk draait het in de zorg om de zorgrelatie, maar het inkooptraject daarnaartoe is een centraal punt in het hele wetsvoorstel. Idealiter klopt het verhaal van de minister dat er gestuurd wordt op kwaliteit et cetera. De verhalen die wij horen, zijn echter niet precies zo. Wij horen dat het slecht gaat, verhalen over willekeur, over een machtsstrijd in de onderhandelingen, over contracten voor 10%, 20%, 30% minder geld volgend jaar en dat er niet per se op kwaliteit gestuurd wordt. Wat de minister net zei, triggert mij op dat punt heel sterk. Als een zorgaanbieder bij de ene verzekeraar niet terecht kan, omdat hij niet is gecontracteerd, dan zijn er altijd nog andere verzekeraars die hem wel kunnen contracteren. Dat is natuurlijk een heel rare redenering. Als er inderdaad op kwaliteit wordt geselecteerd, hoe kan het dan zijn dat de ene verzekeraar zegt "jij bent aan de maat, we contracteren jou", terwijl een andere verzekeraar zegt "jij bent niet aan de maat, wij contracteren jou niet"?

**Minister Schippers:**

Het kan ook zo zijn dat de verzekeraar vol is, want hij heeft geen contracteerplicht. Als jij een x-aantal verzekerden hebt, dan hoef je niet het hele zorgaanbod te contracteren. Ik heb ook nooit gezegd dat het feit dat je niet gecontracteerd bent, betekent dat jouw zorg niet goed is. Er kunnen ook andere redenen zijn waarom je niet gecontracteerd bent. Dat hangt er maar vanaf. Ben je niet gecontracteerd omdat jouw kwaliteit niet goed genoeg is? Of ben je niet gecontracteerd omdat je organisatorisch bepaalde dingen niet wilt leveren of bepaalde samenwerkingsverbanden niet wilt aangaan? Of is het omdat een zorgverzekeraar gewoon al voldoende zorg heeft ingekocht voor zijn patiënten?

Wat overigens de inkoop van zorg betreft, op criteria anders dan de kwaliteit, wijs ik u op de multidisciplinaire zorg. Die heeft even tijd nodig om tot wasdom te komen. Vlak voordat ik minister werd, is Ab Klink begonnen om die ketenzorg COPD, diabetes, hart- en vaatziekten in gang te zetten. Dat heeft altijd een zekere aanloop nodig, maar het is inmiddels echt verder uitontwikkeld en je ziet dat er enorme overschrijdingen zijn. Overschrijding hoeft niet fout te zijn. Het kan ook zijn dat je zorg uit het ziekenhuis trekt. Vandaar dat de zorgverzekeraar dan weer belangrijk is, want die betaalt dan minder aan het ziekenhuis en meer aan zo'n multidisciplinair huisartsenverband.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dan constateer ik toch dat, terwijl in de mondelinge argumentatie voortdurend op de kwaliteitsslag gehamerd wordt,

uiteindelijk de marktmacht van de zorgverzekeraar een heel essentieel punt is in het verhaal.

**Minister Schippers:**

Als de zorgverzekeraar die macht niet heeft, kan hij die kwaliteitsslag ook niet maken. Dat is nu het lek in het systeem. Met de wegtek kan hij de doelmatigheidsslag niet maken en de kwaliteitsslag ook niet.

Het wetsvoorstel stelt ook extra eisen aan de verzekeraars, juist ook aan de verzekeraars. Als je de verzekeraar immers een instrument geeft waar hij mee kan sturen, mag je ook meer van de verzekeraar verwachten op het gebied van transparantie en op het gebied van wat hij daadwerkelijk moet leveren.

Het wetsvoorstel eist van verzekeraars dat ze helderheid geven over de vraag op basis van welke criteria zij inkopen. Dat hoeven ze nu niet te doen. Laten we eerlijk zijn: we hebben allang naturapolissen. Maar jarenlang heeft iemand met een naturapolis niet per definitie hoeven weten wat er gecontracteerd was, omdat de contractering gewoon het hele jaar doorliep. Zorgaanbieders wisten al die jaren niet waar zij aan toe waren en op basis van welke criteria een zorgverzekeraar inkocht, criteria waar de zorgaanbieders dus aan moesten voldoen. Maar ook verzekerden konden niet nagaan wat voor een zorgverzekeraar doorslaggevend was in de inkoop.

Verzekeraars moeten helder en tijdig aangeven wie voor welke polis is gecontracteerd, ook als er omzetplafonds zijn afgesproken. Het kan niet zo zijn dat de verzekerde die een keuze moet maken, niet vooraf weet waarvoor hij kiest. De NZa stelt dan ook voor om een polisbijsluiters te introduceren waarin alles helder op een rijtje staat.

Verzekeraars hebben geen free ride. De ruggengraat van ons systeem is dat er geen risicoselectie plaatsvindt. Ik zal dat met de toezichthouder in onderlinge goede samenwerking streng bewaken. Ook zogenoemde budgetpolissen moeten voldoen aan de zorgplicht en tijdig en op redelijke afstand voldoende zorg inkopen. Zoals al gezegd kijkt de NZa al deze polissen na om te weten te komen of zij aan deze eisen voldoen.

Ook heb ik de NZa gevraagd om te beoordelen of de verschillende budgetpolissen en andere polissen van één verzekeraar een lijn kennen in wie wel en wie niet wordt gecontracteerd. Als daarin namelijk een lijn wordt geconstateerd, ligt het voor de hand dat er bij de contractering is gelet op kwaliteit. Als deze lijn in contractering tussen de diverse polissen ontbreekt, is het heel waarschijnlijk dat kwaliteit niet het criterium is geweest van de contractering. De NZa heeft toegezegd, de polissen op dit punt met elkaar te vergelijken.

We zien in de alledaagse praktijk dat sommige zorgverzekeraars zich in de marketing van hun polissen richten op specifieke doelgroepen. Dit kan raken aan risicoselectie. De NZa heeft al aangekondigd een aantal acties te ondernemen om te onderzoeken of dergelijke marketing leidt tot indirecte risicoselectie. Ik heb de NZa expliciet gevraagd om aan te geven wat de praktijksituatie is en welke maatregelen op het terrein van verbodsbepalingen c.q. verevening kunnen worden genomen om dit tegen te gaan. De NZa heeft al

een keer een dergelijk onderzoek gedaan en doet dit opnieuw. Ik kan hier echt toezeggen dat als er sprake is van verkapte risicoselectie, ik maatregelen zal nemen om die tegen te gaan.

We zien op de zorgverzekeraarsmarkt een toenemend aanbod van verschillende polissen. De prangende vraag die daarbij ontstaat, is of er met dit grote aantal polissen nog wel sprake is van een goed werkende en transparante verzekeringmarkt.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Excuses aan de minister, voorzitter, want mijn vraag is een beetje een nabrander bij haar vorige punt, de verkapte risicoselectie.

Ik ben blij met de uitspraak van de minister dat zij de NZa vraagt om extra toe te zien op die verkapte risicoselectie, om te onderzoeken waarin dergelijke verkapte vormen van risicoselectie zichtbaar zijn en om daar dan tegen op te treden. Ik begrijp dat de NZa diepgaand door zal zoeken. Verkapte vormen van risicoselectie — ze zijn niet voor niets verkapt — kunnen immers heel verhuld aanwezig zijn. Er zal ongetwijfeld goed onderzoek naar plaatsvinden. Ik wil echter heel graag weten wat er vervolgens gedaan kan worden. Welke instrumenten heeft de NZa? Dit hangt samen met mijn vraag naar de checks-and-balances. Moeten we het alleen van de NZa hebben? Welke instrumenten heeft die dan? Of zijn er andere tegenmachters in het systeem, op welk niveau dan ook, ook rond de zorgverzekeraars zelf, waar we nog iets van kunnen verwachten?

**Minister Schippers:**

Ik zie dat dit onderwerp tussen zorgverzekeraars onderling terecht een aandachtspunt is. Het is natuurlijk niet acceptabel om allerlei hobbels op te werpen. Een aantal Kamerleden beschreef al voorbeelden van dergelijke hobbels, zoals niet via internet kunnen inschrijven maar dat schriftelijk moeten doen of doorgeleid worden als je iets intypt, waar de heer De Lange op wees. "Zo zijn we niet getrouwd", zou ik willen zeggen over al dit soort hobbels. Wat mij betreft zet de NZa gewoon haar eigen, geëigende instrumentarium in. Als er andere dingen nodig zijn, zeg ik hier bij voorbaat toe dat ik maatregelen daartoe zal nemen. Ik denk dat we een heel eind komen met het huidige instrumentarium, maar ik heb de NZa gevraagd om mij aan te geven wat zij nodig heeft als we niet voldoende zouden hebben aan dat huidige instrumentarium. Dan zal ik zorgen dat de NZa dat krijgt.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Wat is het instrumentarium dat het meest geëigend is en dat als eerste bij de minister opkomt?

**Minister Schippers:**

Er is geen verbod op risicoselectie, maar wel een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Op basis daarvan kan de NZa optreden. Dat begint altijd met een goed gesprek en kan eindigen met een dwangsom. Zo is het ongeveer. Ik vind zelf dat we er korte metten mee moeten maken. Als er ingrijpendere maatregelen nodig zijn, moeten we daar serieus naar kijken. Als we namelijk gaan

beginnen aan risicoselectie in het systeem, is het einde zoek. Daar gaan we dus niet aan beginnen.

**De voorzitter:**

Tot slot, mevrouw Beuving.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Dank, voorzitter.

Ik kan mij van alles voorstellen bij het instrument van de dwangsom; het zal dan om een last onder dwangsom gaan. Ik ken dat als een potentieel zeer effectief middel, want het kan uiteindelijk om heel grote bedragen gaan. Ik neem aan dat zorgverzekeraars gevoelig zullen zijn voor dat financiële belang. De minister laat doorklinken dat als dat niet genoeg mocht zijn, zij bereid is om te kijken naar nieuwe instrumenten, wat meer onorthodoxe middelen. Heeft de minister daar al ideeën bij? Waar moet ik aan denken?

**Minister Schippers:**

Het idee is geopperd om een wettelijk verbod op risicoselectie in te voeren, op basis waarvan je kunt handhaven. Ik weet niet of dat nodig is. Ik heb het de NZa gevraagd. We hebben immers die twee die samen optellen al, en gehoord de Eerste Kamer moet ik niet aankomen met wetten die niet echt nodig zijn. Dit is echter wel de backbone van het systeem. Wij zijn er dus wel heel erg scherp op. Zoals ik al eerder aankondigde, ben ik van plan om er scherp in op te treden. Als er iets nodig is, zal ik niet schromen om dat te gebruiken, zeg ik hier.

Voorzitter. Ik was gebleven bij het aantal polissen. Als er ontzettend veel polissen op de markt zijn, kun je je immers afvragen of je door de bomen het bos nog wel kunt zien, om het huiselijk te stellen. Er zijn allerlei theorieën over wat het betekent om zo ontzettend veel polissen, ondoorzichtigheid en intransparantie te hebben. Het betekent in ieder geval niet dat je helderder keuzes kunt maken. Wat zijn de mogelijkheden om daadwerkelijk marktwerking op prijs en kwaliteit van de grond te krijgen? Is beperking van het aantal polissen een optie? Hoe zou dat dan kunnen in een private markt? Of constateert de NZa dat een groot aantal polissen juist een goed aspect is, omdat het maatwerk oplevert? Ik heb de NZa gevraagd om hier eens specifiek naar te kijken.

Ook heb ik aangegeven dat de NZa zich expliciet moet buigen over de vergelijkingssites, dit met het oog op de huidige intransparantie en daardoor de noodzaak van een keuzehulp middel voor de consument. De NZa en de AFM hebben al dergelijk onderzoek gedaan en een aantal constateringen gedaan. De AFM heeft onder andere geconstateerd dat heel veel verzekeraars en websites zich niet aan de normen houden. De AFM is daar zelf toezichthouder op en kan daar dus zelf op handhaven. Maar ook hier zal ik scherp in de gaten houden, zeker gezien de grote hoeveelheid polissen, of een en ander gaat zoals wij graag willen dat het gaat.

**De voorzitter:**

Mijnheer Ganzevoort, ik wil graag de minister even de gelegenheid geven om haar verhaal te continueren. Dus



als het niet al te erg is, zou ik u willen vragen om uw vraag even op te schorten.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik zal heel kort een puntje noemen dat de minister in haar verhaal kan verweven. Dit betreft de ondoorzichtigheid en keuzemoeilijkheid voor verzekerden. Er is gevraagd hoe verzekerden van tevoren kunnen inschatten wat zij nodig hebben. Kunnen zij daar werkelijk op enige manier inzicht in krijgen? Misschien kan de minister hierop ingaan.

**Minister Schippers:**

Zoals de heer Ganzevoort zelf heeft gezegd, kun je niet zien wat voor ziekten je in de toekomst zult krijgen. Je kunt zeggen dat dit pleit tegen de naturapolis. Voor mijzelf heb ik echter besloten dat het pleit voor een naturapolis. Met een naturapolis ben ik er namelijk zeker van dat mijn verzekeraar een voorselectie heeft gemaakt. Die voorselectie maakt de verzekeraar op basis van prijs én kwaliteit. Er zijn namelijk wel degelijk normen gesteld. Neem de borstkankerzorg in Nederland. De verzekeraars hebben daar wel degelijk iets in betekend. Borstkankerzorg wordt in zo'n beetje ieder ziekenhuis geleverd, maar die zorg is niet overal even goed. Daarom heb ik graag dat mijn verzekeraar voor mij een voorselectie maakt. Laten we hopen dat het niet gebeurt, maar als het mij volgend jaar zou overkomen, heb ik graag dat de zorgverzekeraar voor mij een voorselectie maakt, omdat ik onwetend ben op dat punt. Daarop kies ik mijn zorgverzekeraar uit. Ik kies geen budgetpolis, maar wel een naturapolis, juist omdat ik niet weet wat mij zal overkomen.

Individuele beroepsbeoefenaren, met name in de eerste lijn, hebben erop gewezen dat het voor hen moeilijk is om in contact te komen met hun zorgverzekeraar, waardoor zij hun innovaties of hun kwaliteitsniveau niet goed onder de aandacht van de verzekeraar kunnen brengen. Wij zien in delen van de sector dat men de krachten bundelt om voor de verzekeraar een sterkere partner te zijn. Ik verken momenteel of er methoden te bedenken zijn waarmee de beroepsbeoefenaar zijn prestaties op het terrein van kwaliteit, innovatie, patiëntvriendelijkheid enzovoorts beter voor het voetlicht kan krijgen en waarmee een echt gesprek over de inhoud tussen zorgverzekeraars en beroepsbeoefenaren tot stand kan komen.

In dit wetsvoorstel gaat de aanpassing van artikel 13 gepaard met een verbod op verticale integratie. Ik zou het eigenlijk andersom moeten zeggen. Een verbod op verticale integratie was er eerder en vervolgens kwam uit de Tweede Kamer het verzoek om artikel 13 aan te passen. Ik had al een wetsvoorstel gemaakt voor een verbod op verticale integratie. Toen het verzoek kwam om artikel 13 aan te passen, heb ik er goed over nagedacht of ik daarvoor een aparte wet moest maken. Wat vind ik het risico van een aparte wet? Het risico vind ik dat veel mensen zeggen: ach, we zien in de praktijk dat niet veel zorgverzekeraars ziekenhuizen hebben opgekocht, dus dat zien we niet zo als een probleem; we gaan hier geen wetten aannemen voor problemen die er nog niet zijn, dus we wijzen dat af, maar ondertussen nemen we wel artikel 13 aan met een selectieve inkoop. Dat vind ik te veel stapeling van macht en te veel stapeling van ondoorzichtigheid. Ik wil een systeem dat transparant is voor de verzekerde. Daar komt ook mijn

sterke overtuiging vandaan dat je verticale integratie niet moet willen. Dat hebben wij in de schriftelijke ronde uitbundig met elkaar gewisseld. Ik wil wel dat er veel meer rationele beslissingen kunnen worden genomen in de inkoop op basis van kwaliteit en prijs. Daarom heb ik ervoor gekozen om artikel 13 niet apart, maar in één wetsvoorstel te doen. Dan heb je dat evenwicht van macht in één wetsvoorstel geregeld. Aan de ene kant verbied je iets en aan de andere kant geef je weer mogelijkheden, waardoor het uiteindelijke palet in mijn ogen het allerbeste is.

Dan is er nog het pgb. Dat wordt inderdaad mogelijk gemaakt binnen de Zorgverzekeringswet. Waarom zit dat binnen de Zorgverzekeringswet en is dat niet behandeld binnen de Wlz?

**De voorzitter:**

Mevrouw Scholten, ik had gezegd dat de minister de gelegenheid krijgt om haar betoog te continueren, maar goed, u mag ook nog een kleine vraag stellen.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Dank u, voorzitter. Ik was nog niet geweest.

Ik kom nog even terug op de verticale integratie, want dat punt triggert mij. De minister heeft net een uitvoerig en heel duidelijk pleidooi gehouden over de redenen waarom verzekeraars zo verschrikkelijk veel belang hebben bij het inkopen van goede kwaliteit. Dat kan ik heel goed volgen en het lijkt mij ook heel helder. Als verzekeraars misschien toch beslissen om ook een belang in een ziekenhuis te nemen, zullen zij dat ook doen op basis van het feit dat dat ziekenhuis heel goede kwaliteit levert. Waarom is de minister dan zo bang dat de verzekeraar die macht op een andere manier zal gebruiken?

**Minister Schippers:**

Volgens mij hoeft u daarvoor geen ziekenhuis te kopen, maar kun je daar gewoon inkopen als je het een goed ziekenhuis vindt. Kijk naar enquêtes over het vertrouwen van mensen in hun zorgverzekeraar. Dat is op zijn minst voor verbetering vatbaar; laat ik het voorzichtig formuleren. Die verzekeraar staat er niet zo goed op. Wij zeggen nu al: die verzekeraar gaat de beste prijs-kwaliteitverhouding voor u zoeken. Als die verzekeraar dan ook nog zorgaanbod in bezit heeft en u naar zijn eigen aanbod stuurt — wij zouden artikel 13 ook aanpassen — dan weet u toch niet of hij dat doet om zijn financiële plaatje rond te krijgen of vanwege de kwaliteit? Ik wil dat uit elkaar houden. Ik zie wel dat wij de verzekeraar moeten versterken, maar ik heb gekozen voor scheiding van aanbod en verzekering en ook voor meer selectieve inkoop.

Tot slot van deze inleiding kom ik bij het pgb. Het pgb wordt mogelijk gemaakt binnen de Zorgverzekeringswet. Waarom binnen de Zorgverzekeringswet? Het pgb van de Wmo wordt mogelijk gemaakt binnen de Wmo. Het pgb van de Wlz wordt mogelijk gemaakt binnen de Wlz. Dus is het logisch dat wij het pgb dat binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk wordt gemaakt, regelen in de Zorgverzekeringswet. Daar zit een logica in. Het pgb is een vorm van restitutie, eigenlijk een soort trekkingsrecht. Het mogelijk maken hiervan past dus in deze wet; het gaat ook over deze wet, die gaat over

natura- en restitutievormen in de Zorgverzekeringswet. Naar aanleiding van de overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, overwegende dat het pgb voor deze zorgvormen al in de AWBZ bestaat, heb ik op verzoek van de Tweede Kamer via een nota van wijziging deze mogelijkheid in de wet opgenomen. Het hoort ook in de Zorgverzekeringswet.

Een aantal fracties heeft mij gevraagd hoe het zit met de hulpmiddelen. De achtergrond zou de vrouwensband tussen arts en patiënt zijn, terwijl je eigenlijk ziet dat juist op de farmacie, waarop selectief is ingekocht, enorme doelmatigheidswinsten zijn behaald. Die zijn zo omvangrijk gebleken dat wij daarmee heel veel geld hebben uitgespaard. Heel veel pakketmaatregelen die eigenlijk in het regeerakkoord waren afgesproken, hoefden wij niet te nemen omdat wij die doelmatigheid in de farmacie zo op orde hebben. Daarvoor heb je een selectieve inkoop nodig. Wij hebben een aantal zorgvormen uitgezonderd via amendementen in de Tweede Kamer op de wijziging van artikel 13. Hulpmiddelen zijn daarbij niet uitgezonderd. Je ziet dat zorgverzekeraars niet alleen op de farmacie heel actief bezig zijn, maar ook op de hulpmiddelenmarkt met de inkoop van extramurale hulpmiddelen. Je ziet ook dat het wat oplevert, want wij zien een onderschrijding van het kader. Ik denk dat zij dat door de aanpassing van het artikel nog beter kunnen doen. Dat zal leiden tot een betere prijs-kwaliteitverhouding.

Dan kom ik bij het keuzeproces van verzekeren. Je kunt ook nu al afhankelijk zijn van meerdere aanbieders, terwijl die zorg niet in één zorgvorm te krijgen is. Een deel haal je bij je huisarts, voor een deel moet je naar het ziekenhuis en voor een deel ga je naar de fysiotherapie. Je ziet wel steeds meer dat chronisch zieken ketenzorg krijgen, waardoor alles meer op elkaar is afgestemd. Bij de aanpassing van artikel 13 hebben wij afgesproken dat als je eenmaal ergens een behandeling hebt, je die kunt afmaken. Je ziet ook dat steeds meer clusters van aandoeningen in dezelfde ziekenhuizen worden ingekocht. Je ziet heel weinig selectieve inkoop in ziekenhuizen; vaak worden ziekenhuizen in hun geheel ingekocht of niet. Wanneer dat selectief gebeurt, worden er clusters ingekocht. Dat is logisch, want daar heeft de patiënt ook belang bij.

Het volgende punt is transparantie van het aanbod. Dat is nu zichtbaar via de website. Die transparantie zie je met stappen verbeteren. Er zijn al verbeteringen doorgevoerd. Al voordat je moet kiezen voor een zorgverzekeraar, kun je op internet zien wie gecontracteerd zijn. De contractering is sterk naar voren gehaald. Die was nog niet zo lang geleden het hele jaar door zichtbaar, maar je ziet dat die nu naar voren is gehaald. De NZa broedt erop om nog een verbeteringslag te maken, bijvoorbeeld een bijsluiters bij budgetpolissen, zodat je heel goed kunt zien wat er is gecontracteerd en of er geen kunstjes worden geflikt. Dat is helder en transparant.

Ik kom bij de maximumbandbreedte van de premie voor natura- en restitutiepolissen. De heer Flierman vroeg mij daarnaar. Ten eerste is het formele punt dat een bandbreedte in strijd is met Europees recht, het beginsel van tariefvrijheid. De schaderichtlijnen beletten dat. Dat is vorig jaar door het Europees Hof van Justitie bevestigd. Ook invoering op grond van een algemeen belang, net als de acceptatieplicht, kan niet, want zo'n ingreep moet noodza-

kelijk en evenredig zijn. Dat is niet het geval, want er is voldoende gevarieerd polisaanbod. Je kunt voor alles kiezen.

Het tweede punt, een belangrijk punt, is dat je ook de doelmatigheidswinst mist. Eigenlijk zeggen wij dan tegen iemand die voor een lage prijs kiest dat hij die lage prijs niet krijgt. Hij kan wel hetzelfde aanbod krijgen, maar moet daar iets meer voor betalen, omdat anders de bandbreedte voor de anderen te groot wordt. Dat is het paard achter de wagen spannen, dus het lijkt mij heel onverstandig om dat te doen.

De heer Flierman vraagt zich af of wij de mensen niet de mogelijkheid moeten geven om vaker dan één keer per jaar over te stappen. Bijvoorbeeld zou men tussentijds moeten kunnen overstappen van een budgetpolis of een naturapolis naar een restitutiepolis. Naar mijn mening zal heel Nederland in dat geval kiezen voor de allergeoedkoopste polis en zal men, zodra men iets mankeert, overstappen naar de restitutiepolis. Dat zou het systeem in één klap kapotmaken, want men kan niemand dat opportunistische gedrag ontnemen. Men kiest daarbij voor een polis die een aantal beperkingen kent, maar wel een prijsvoordeel biedt, waarbij men tussentijds ineens naar een andere polis kan overstappen.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik vind dat de minister nu een karikatuur maakt van mijn opmerking. Ik heb nadrukkelijk gezegd dat ik het niet onredelijk zou vinden dat wij, als wij die mogelijkheid creëren, daar maatregelen omheen zetten die freeridgedrag voorkomen. Dergelijk gedrag is natuurlijk niet de bedoeling.

**Minister Schippers:**

In dat geval vragen wij voor dezelfde polis verschillende prijzen en dat is in strijd met het verbod op premiedifferentiatie. Dan zeggen wij dus tegen mensen die overstappen: iemand die de polis al had, betaalt bedrag x, maar u betaalt bedrag x+3.

**De heer Flierman (CDA):**

Wij kunnen ook zeggen dat men wel mag overstappen, maar dat men dan met terugwerkende kracht alsnog voor het gehele jaar de premie moet betalen, alsof men is overstapt op het moment dat dit nog mogelijk was.

**Minister Schippers:**

Ik zie het voordeel daar niet van. Ik stel alleen vast dat wij daarmee erg opportunistisch gedrag uitlokken. Verder zie ik geen voordelen.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik denk dat wij daarover van mening blijven verschillen. Als iemand ziet aankomen of voor zichzelf vaststelt dat een restitutiepolis hem beter past, zouden wij freeridgedrag creëren als wij dit zomaar zouden toelaten. Daarin heeft de minister gelijk. Als iemand echter toch een restitutiepolis wil en bereid is om met terugwerkende kracht vanaf 1 januari alsnog de aan die polis verbonden premie te betalen, dan zie ik niet in wat daartegen het bezwaar is.

**Minister Schippers:**

In dat geval zullen wij massaal freeridgedrag krijgen. Er zal immers massaal worden gekozen voor de polis met de laagste prijs. Zodra er dan iets aan de hand is, zal men switchen en zolang er niets aan de hand is, switcht men niet. Dan doen wij toch tekort aan de solidariteit die in het systeem zou moeten zitten?

**De voorzitter:**

De heer Flierman, tot slot.

**De heer Flierman (CDA):**

Hierover worden wij het blijkbaar niet helemaal eens. Juist omdat men met terugwerkende kracht de poliskosten voor het gehele jaar moet betalen, betaalt men evenveel als men zou hebben betaald als men al in december was overstapt. Als men in december overstapt, zal men in de glazen bol moeten kijken om te zien of men het komende jaar iets zal mankeren, of anders de afweging moeten maken dat een budgetpolis of een naturapolis beter past. Men kan echter ook op een later moment, om welke reden dan ook, constateren dat het passender is om bij dezelfde zorgverzekeraar over te stappen naar een duurdere polsvorm. Ik kan mij voorstellen dat dit mogelijk is, mits er een verrekening plaatsvindt vanaf 1 januari.

**Minister Schippers:**

Volgens mij raakt dit aan de grondslag van het verzekeren. Je verzekert je voor een risico dat je nog niet kent. Als wij doen wat de heer Flierman beoogt, raken wij aan de basis daarvan.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Hoe verplicht is het dat zorgverzekeraars ook een restitutiepolis aanbieden, in het kader van de keuzevrijheid?

De minister zei dat het niet logisch is om een verschil vast te leggen, omdat dit niet kan in verband met Europese regelgeving. Graag hoor ik van de minister hoeveel zij denkt dat het verschil zal worden. Daarnaast vraag ik mij af of wij er als overheid toch niet een mening over kunnen hebben. In de stukken vond ik dat de zorgtoeslag wordt berekend op basis van een gemiddelde van natura en restitutie. Als de prijs van restitutie heel erg hoog wordt, heeft dat dus ook een weerslag op de zorgtoeslag. Dat raakt weer aan het publiek belang.

**Minister Schippers:**

Er zit concurrentie tussen de verschillende restitutiepolissen. Wij kunnen die dus niet zomaar, zonder dat daar onderliggende kosten tegenover staan, verhogen.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om een restitutiepolis aan te bieden, maar andersom zien wij wel verzekeraars die alleen restitutiepolissen aanbieden. Wij zien dat de oude particuliere verzekeraars, die niet veel ervaring hadden met het inkopen op kwaliteit en het onderhandelen over contracten, daar in veel gevallen ook niet aan zijn begonnen en alleen restitutiepolissen aanbieden, terwijl de oude ziekenfondsen vaak beide polissen aanbieden. Het is echter niet

verplicht in de wet om restitutiepolissen in het pakket te hebben.

Vervolgens een opmerking over het aanbrengen van een bandbreedte in het verschil tussen de twee premies. Degenen die kiezen voor een goedkopere polis, zullen daarvan de dupe zijn. Die moeten meer betalen ten behoeve van de keuzevrijheid van anderen. Dat vind ik onterecht. Het is dus niet alleen een kwestie van Europese regelgeving; ik vind het ook onwenselijk om dat te doen.

De zorgtoeslag is inderdaad op de gemiddelde premie gebaseerd, zodat mensen met een smalle beurs te allen tijde kunnen blijven kiezen voor een restitutiepolis. Of dat handig is, daarover lopen de meningen uiteen.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Misschien ben ik niet duidelijk genoeg geweest, of misschien heb ik het niet goed begrepen. De zorgtoeslag wordt toch berekend en uitgekeerd op basis van het gemiddelde van de premies? Als de restitutiepremie dus heel hoog wordt, wordt de zorgtoeslag ook hoger en is het dus een algemeen publiek belang dat er meer geld naar de zorg gaat, waardoor de kosten van de zorg hoog worden. Dit lijkt mij een argument — en misschien zelfs een drastisch sociaal need — om te zeggen dat de polissen meer mogen kosten dan een bepaald bedrag.

**Minister Schippers:**

Ik ben het met mevrouw Slagter eens dat de zorgtoeslag daardoor zal stijgen. Ik ben er echter van overtuigd, omdat wij verschillende verzekeraars hebben die met elkaar concurreren, ook op het vlak van de restitutiepolissen, dat de prijzen niet onnodig zullen worden opgepompt, maar dat daar een kostenplaatje onder ligt. Wij zien nu af en toe zelfs dat de restitutiepolissen goedkoper zijn dan de naturapolissen. De goedkoopste budgetpolis kost €990 en de goedkoopste restitutiepolis kost €1.080. Als je daar de zorgtoeslag van aftrekt, gaat het bij de budgetpolis om €48 aan premie per jaar — dus niet per maand, maar per jaar — als men de maximale toeslag krijgt. Bij de restitutiepolis is dit €138, dus ongeveer €11 à €12 per maand.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

€11 à €12 per maand is voor de minister en ook voor mij geen schokkend bedrag, maar wij spreken nu over de kwetsbaarste groep. De minister zei aan het begin dat de zorg toegankelijk moet zijn voor iedereen, ook voor de laagste inkomens. Wij praten over €11 à €12 per maand. Wij praten bovendien over het eigen risico en over een groep die bovengemiddeld qua gezondheid wat kwetsbaarder is en wat meer zorg nodig heeft, dus ook eerder het eigen risico zal moeten betalen. Is de facto de restitutiepolis niet gewoon onbereikbaar voor deze groep?

**Minister Schippers:**

Dat denk ik niet. Dat is in de praktijk ook niet het geval. Zorg is natuurlijk een enorm kostbaar iets. Heel veel mensen weten echter niet dat wij de kosten al flink naar beneden hebben gebracht. Vaak word ik aangesproken door mensen op de bruto premie. Tegen die mensen zeg ik dat zij zorgtoeslag krijgen, maar dan zeggen zij dat die er niets mee te

maken heeft. Wij moeten die zaken echter wel met elkaar in verband brengen. Ik denk dat wij een uiterst solidair systeem hebben. Zelfs als men een heel laag inkomen heeft, betaalt men €375 voor de toegang tot topzorg. Daarbij maakt het geen verschil of men bij de een of de ander verzekerd is en of men rijk of arm is. Iedereen heeft voor €375 toegang tot de zorg. Ik vind dat een uiterst solidair systeem. Er zijn landen waar men zijn huis moet verkopen, als men al een huis heeft, om zorg te kunnen krijgen. Ik vind dus dat wij heel zuinig moeten zijn op ons systeem, dat alleen kan draaien doordat er ook veel mensen zijn die veel premie betalen en geen gebruik maken van de zorg.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik zou niet naar een land toe willen waar ik mijn huis moest verkopen. Die €375, dus zo'n €30 per maand, is voor de minister en voor anderen niet zo'n probleem. Maar juist voor die kwetsbare groep waarover we het vooral moeten hebben, zoals de mensen in de langdurige ggz, die vaak onder het bestaansminimum zitten, is dat wel een probleem. We horen de laatste tijd allerlei verhalen dat mensen hun zorgpremie niet meer kunnen betalen en problemen hebben met het eigen risico. Ik vind dat de minister hier wel erg makkelijk overheen stapt.

**Minister Schippers:**

Iedere Nederlander die zijn premie niet kan betalen, is er een te veel. Laten we daar heel helder over zijn. Maar ter relativering merk ik het volgende op. Er wordt heel vaak met heel veel nostalgie gesproken over het ziekenfonds. Het aantal wanbetalers bij het ziekenfonds was procentueel even hoog als nu, terwijl we net uit een crisis komen. Maar ook ik vind het veel te veel en daarom kom ik met een aanvullende wet om te zien hoe we kunnen mitigeren. Als iemand mee wil werken om eruit te komen, moeten we daaraan als het gaat om het boeteregime iets kunnen doen. Daar ben ik zeker toe bereid. Maar ik kijk ook naar al die mensen met een minimuminkomen die het soms jarenlang goed weten te betalen, daarbij soms heel veel gebruik makend van zorg. We hebben de zorgtoeslag zo samengesteld dat iedereen de premie zou moeten kunnen betalen.

Ik kom toe aan het bedrijfsmatige belang van grote zorgaanbieders. Deel ik de zorg dat dat belang mogelijk zal prevaleeren boven het waarborgen van de kwaliteit van het zorgaanbod in de breedste zin? Ik denk dat het voor iedere zorgaanbieder, klein of groot, van groot belang is dat je niet alleen een scherpe prijs hebt, maar dat je ook goede kwaliteit aanbiedt. Die kwaliteit moet worden aangeboden waarmee je patiënten tevreden zijn. Want het schiet niet op dat patiënten na een heroperatie jouw ziekenhuis ontevreden verlaten. Juist in ons systeem is het van groot belang dat je goed presteert op het gebied van kwaliteit. Op de kleine partijen ben ik eigenlijk al ingegaan: daarvoor hebben we expliciete aandacht. Het is in het belang van de verzekeraar om je niet afhankelijk te maken van een paar grote aanbieders, want die zullen dan uiteindelijk de markt en dus de prijs gaan dicteren. Het is zeer onverstandig om dat als zorgverzekeraar te doen. Maar we hebben daarvoor wel een extra waarborg ingebouwd.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik meende in dit antwoord van de minister een antwoord op mijn vraag te herkennen. Als dat niet zo is, moet ze mij maar corrigeren. Want ik had inderdaad de vraag gesteld hoe we voorkomen dat een verzekeraar te veel naar zijn eigen bedrijfsmatige belangen kijkt. Je kunt je voorstellen dat het voor een verzekeraar wel praktisch is om een paar heel grote zorgaanbieders te contracteren, in plaats van een veel groter aantal geschakeerde zorgaanbieders. Ik begrijp van de minister dat dat niet de bedoeling is. In zekere mate zit dat in het wetsvoorstel zelf, waarbij ik onder andere denk aan de diversiteit en het inkoopbeleid. We vragen heel veel van de NZa, maar dat is rond een wetsvoorstel als dit natuurlijk een heel belangrijke instantie. Gaat de NZa daar inderdaad op toezien? Zijn er indicaties dat zorgverzekeraars er zelf het belang van inzien? De minister gaf al een indicatie in die richting: ze moeten zich niet te veel afhankelijk maken van een paar grote spelers aan de aanbodkant. Maar we krijgen ook voorbeelden van zorgverzekeraars die daarin een beetje lui lijken te zijn. Zit de minister daar echt bovenop? Worden er instrumenten opgezet en niet alleen intenties en verwachtingen uitgesproken?

**Minister Schippers:**

Die zitten in dit wetsvoorstel daar waar ze er nu niet zijn. Nu moeten we afgaan op signalen van mensen die we tegenkomen, maar straks kunnen we het gewoon zien, niet alleen in de inkoopseisen, maar ook bij de NZa, die er jaarlijks over gaat rapporteren. Dan bedoel ik niet alleen over klein en groot, maar ook over innovatieve aspecten en over levensbeschouwelijke achtergronden. Dat kunnen we straks zien, terwijl we er nu een beetje naar moeten gissen. Los daarvan denk ik dat het probleem zich niet zal voordoen, omdat het zeer onverstandig zou zijn voor een zorgverzekeraar om alleen met grote instellingen zaken te doen, aangezien je daar dan compleet afhankelijk van wordt. Je mist daarmee allerlei kansen die de kleine aanbieders je bieden. Er is de afgelopen jaren een spectaculaire toename te zien geweest van de zbc's, een toename die zich nu lijkt te stabiliseren. Dan zie je dat de contractering daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Niet met iedereen — dat hoeft ook niet, want we hebben geen contracteerplicht — maar je ziet wel dat heel veel kleine aanbieders nieuwe kansen hebben gekregen.

Ik kom toe aan het inkopen op kwaliteit in plaats van op prijs. We zien dat we daarin grote stappen maken. In databases kun je zien waar zorgverzekeraars allemaal recht op hebben. Ik vind dat echt opmerkelijk. Ze hebben heel veel zicht op kwaliteit, een punt waarop ze meer moeten doen. Je ziet dat ze de afdelingen die zorg inkopen verder uitbouwen qua inhoud. De rol van die afdelingen wordt steeds groter. Ik zou zeggen: afbouwen. Laat de economen en de econometristen naar DNB gaan, waar ze heel waardevol zijn in verband met de berekening van het risicovereveningssysteem, waarna de zorgverzekeraars met name zorginhoudelijke mensen moeten gaan inschakelen. Je ziet dat ze dat steeds vaker doen. Verder zie je dat daar echt stappen worden gemaakt. Achter de 66 aandoeningen die nu inzichtelijk worden bij het kwaliteitsinstituut zit een wereld van allerlei dingen die bekend zijn. Komend halfjaar moeten we die zaken echt vindbaar maken. Maar zorgverzekeraars hebben veel meer informatie dan wij patiënten. Wij patiënten zouden die informatie ook moeten krijgen. Ze hebben

er wat mee gedaan, waarbij ik al verwees naar borstkankeroperaties, waar men veel meer op volume is gaan inkopen, maar ook naar spiegelinformatie. Ik spreek met veel huisartsen die spiegelinformatie heel erg fijn vinden, omdat ze daarmee kunnen zien hoe ze het ten opzichte van hun collega's doen en hoe vaak ze bepaalde dure geneesmiddelen voorschrijven. Ik heb medisch specialisten gesproken die dat eigenlijk ook wel willen. Verder heb ik van een grote zorgverzekeraar gehoord dat deze bezig is de spiegelinformatie bij de individuele medisch specialist te krijgen, zodat hij dat van zichzelf kan zien.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Voor mijn begrip: op zichzelf zien wij de verbeteringen in de kwaliteitsinzichten. Is een aantal van 66 aandoeningen veel? Hoe veel aandoeningen zijn er en van hoe veel weten we het dus nog niet? We hebben ook signalen gekregen dat door de omzetting van dbc naar DOT heel veel langetermijninzichten in databases buitengewoon ingewikkeld worden, omdat je met andere categorieën aan het werken bent. Kan ik iets meer specificatie krijgen?

**Minister Schippers:**

Vooraf de termijnverkorting, behorend bij die omzetting, heeft allerlei gegevensvergelijkingen inderdaad moeilijker gemaakt. Die 66 aandoeningen waren overigens een voorbeeld. Spiegelinformatie heeft enorm veel opgeleverd voor huisartsen. Aan een medisch specialist kun je laten zien hoe hij ten opzichte van zijn collega's presteert. Ik denk dat professionals het beste te triggeren zijn op hun professionaliteit en niet op hun inkomen. Daar moet je ze raken. Dan zie je dat daar een enorme verbetering optreedt, zonder dat je daar meteen geld tegenaan gooit. Ik denk dat de verzekeraars al veel meer dan die 66 aandoeningen in beeld hebben, maar wij als patiënten nog niet. Wij patiënten hebben die 66 aandoeningen in beeld, waarmee al drie stappen achter elkaar zijn gezet. Het komende halfjaar gaan wij al die plekken op internet niet alleen bij elkaar brengen, maar ook begrijpelijk maken, voor de Kamer, maar — laat ik voor mezelf spreken — in ieder geval voor mij. Zodat ik het ook begrijp. Want een medicus begrijpt vast wat er staat, maar ik kan daar geen chocola van maken. Ik vind het ook wel prettig om daaruit iets af te kunnen leiden. Ik denk dat we grote stappen maken in dat traject, juist op dit moment.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik heb nog een kleine vraag aan de minister over die spiegelinformatie. Als dat informatie is die de professional voor zich ziet en hij ziet hoe collega's bepaalde gevallen handelen, en dat zet hem aan het denken, lijkt me dat prima. Ik heb echter ook weleens de indruk gekregen dat met name de zorgverzekeraar daar veel sturender in optreedt en dus niet de professional in zijn autonomie laat, maar eigenlijk zegt: als al jouw collega's het zus doen, dan eis ik dat jij het ook zo doet. Dan gaan we volgens mij een stap te ver. Hoe ziet de minister dat?

**Minister Schippers:**

Niet als het op basis is van vergelijkbare informatie. Als een bepaalde kliniek of een bepaalde chirurg veel meer hersteloperaties dan iemand anders heeft en je zegt dat zo, dan vind ik dat tamelijk dom. Als je namelijk alle zware

gevallen krijgt, is het evident dat jouw ding er anders uitziet dan van degene die deze gevallen niet krijgt. Zo moet je dat dus niet doen. Ik vind eigenlijk dat het niet primair aan de verzekeraar is maar aan het team waarin je functioneert om de vraag te stellen wat je beter kunt doen. Ik zie wel dat dit gesprek op gang komt. Daarvoor heb je spiegelinformatie nodig. Misschien als er dingen heel scheef gaan, vraagt de zorgverzekeraar hoe dat zit. Als ik met huisartsen spreek, blijkt dat ze het met name zelf heel interessant vinden om te bekijken waarom ze dingen doen. Vaak doe je dingen namelijk heel ongemerkt.

**De voorzitter:**

Er is nog een interruptie van mevrouw Slagter. Daarna geef ik de minister weer even de gelegenheid om haar betoog te vervolgen.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Met dit soort onderwerpen is het extra verleidelijk om er nog wat commentaar op te geven, zeker als je een beetje inhoudsdeskundig bent. Ik ben het helemaal met de minister eens dat spiegelinformatie heel belangrijk is en dat die een heel goed leermiddel is om in toetsgroepen te gebruiken van de huisartsen, mijn vak, maar net zo goed van specialisten, van maatschappen enzovoorts. Ik ben nu meer dan 30 jaar huisarts. Toen ik begon als huisarts, hadden we ook al spiegelinformatie. Het gebruik daarvan is eigenlijk al zo oud als ik ben, en dat is best al oud. Wat mij puzzelt, is de vraag waarom het zo lang niet zo heeft gefunctioneerd. Ik vind het een heel goed leermiddel, maar om op basis daarvan direct te zeggen dat je informatie hebt over de kwaliteit en dat je op basis daarvan dus contracten kunt afsluiten, is mij veel te kort door de bocht. Ik zou willen en denk dat de besparing veel meer zit in het spiegelen en het zorgen dat je daarop verbetert dan dat je zegt: ik koop wel of niet jouw zorgaanbod in.

**Minister Schippers:**

Toch kan ik er niet bij dat een groot aantal van de 100 ziekenhuizen — niet allemaal, maar wel heel veel — bijvoorbeeld borstkankerzorg geven. Als je je begeeft in de patiëntengroepen die deze zorg hebben gekregen en je ziet dat bepaalde ziekenhuizen structureel mindere zorg geven dan andere, dan heb ik er weinig boodschap aan dat die ziekenhuizen aan de normen van de inspectie voldoen. Ze zijn niet zo goed als de andere. Dan moeten wij toch met elkaar organiseren dat bij een bepaald ziekenhuis die zorg niet meer wordt ingekocht — daar hebben wij een zorginkoper voor — omdat het dat type zorg te weinig geeft, omdat het niet bij is met de literatuur, omdat de apparatuur en het multidisciplinaire team niet op orde zijn. Ik vind toch dat we deze slagen moeten maken. Dat kunnen verzekeraars niet overal, maar ze kunnen dat wel op veel meer gebieden dan ze nu doen.

Daarbij teken ik aan dat normen niet alles zeggen. Er zit ook een maximum aan. Als je daarna doorgaat, is de winst er niet meer. Die eerste slag moet wel gemaakt worden en is in bepaalde typen zorg echt aan de orde. Ik wil dat we die slag veel sneller maken. Waar er allerlei andere argumenten aan de orde zijn om wel die fusie te maken om zogenaamd de normen te halen, vindt de Kamer mij aan haar zijde, want dat vind ik geen goede argumentatie. Ik zou willen dat daar

andere oplossingen worden gekozen. Maar toch, ik vind dat we veel harder moeten duwen op volumennormen bij bepaalde ziekten waarbij we evident zien dat die verbeteringen geven.

Ik kom te spreken over de transparantie van de kostenstructuur van de polis. We hebben met de zorgverzekeraars afgesproken dat ze aangeven waar het premiegeld naartoe gaat. Ze zijn daarmee begonnen. Wat gaat er naar reserves? Wat gaat er naar zorg? We hebben afgesproken dat ze dat allemaal op dezelfde manier op hun website zetten, zodat je als verzekerde de verzekeraars daarop kunt vergelijken. Dat is één zet. De tweede zet, waarop de heer Flierman veel meer wees, is kruissubsidie. Hij vroeg of kruissubsidie heel schadelijk kan zijn. Dat kan, maar hoeft niet. Het kan zo zijn als het gebeurt op basis van risicoselectie; daarom zit ik daar zo bovenop. Ik vind het niet schadelijk als je kruissubsidieert als je juist heel goede zorg hebt ingekocht en daardoor goedkoper bent terwijl je aan de andere kant veel duurder uit bent in een bepaald deel van Nederland omdat daar heel veel mensen in een bepaalde categorie zitten waardoor ze wijkverpleging nodig hebben. Dat zou kunnen, maar het moet niet gebeuren op basis van risicoselectie.

Er is gevraagd hoe het zit met het evenwicht in relaties. Daarbij zijn de evaluaties van de Wet marktordening gezondheidszorg en van de Zorgverzekeringswet heel relevant. Daarin zitten heel belangrijke lijnen. De eerste lijn is dat de verzekeraar niet oppermachtig is, want in heel veel regio's zijn ziekenhuizen dat. De tweede lijn is — die is onderschat — de positie van de individuele beroepsbeoefenaar. Daarbij moeten we kijken naar versterking. De NZa moet daar anders naar kijken. Ik vind dit heel waardevolle zaken. Daarmee gaan we ook echt aan de slag, zoals ik al heb aangegeven, in een beter evenwicht tussen de verschillende partijen in het systeem.

De Raad van State noemt lage toetredingsdrempels als belangrijke voorwaarde voor de werking van het stelsel. We zien dat die er in het aanbod daadwerkelijk zijn; nieuwe zbc's zijn massaal gekomen. We zien dat er bij de zorgverzekeraars één is toegetreden. Dat is heel wat. Eindelijk, na acht jaar. In transparantie wat betreft prijs en kwaliteit van zorg worden enorme slagen gemaakt in de sector. Bij het tegengaan van gedrag dat beoogt mededinging te beperken, schakelen we de NZa veel actiever in. Daarop moeten we actief toezien. Ik vind zelf dat we eens goed moeten kijken naar het instrumentarium dat we in de Mededingingswet hebben. Ik maak mij best wel op een avondje zo hier en daar zorgen over de klontering in de zorg. Dat is ook een belangrijk argument waarom ik de verticale integratie niet wil. Ik denk dat de klontering daarmee nog veel groter wordt. Dan krijg je de situatie in het voorbeeld dat de PVV gaf: met verticale integratie krijg je concernklonten waar van alles ineen zit. Ik denk dat we er goed op moeten toezien dat er in het land niet een paar grote klonten overblijven. Daarop moeten onze toezichthouders actief toezien.

De statuten zijn vormvrij. Verschillende leden hebben vragen gesteld over artikel 28 van de Zorgverzekeringswet, onder wie de heer Flierman, maar ook de heer Kuiper en mevrouw Beuving. Bij de behandeling in de Tweede Kamer diende de heer Slob een motie in, waarin stond dat de verzekerde eigenlijk een grotere invloed zou moeten hebben op de verzekeraar. In reactie op die motie heb ik gezegd: laten we eerst het advies van de RVZ afwachten. De RVZ is

met een ontzettend constructief advies gekomen, dat heldere aanknopingspunten biedt. Alle complimenten voor dat advies. Er is actief op dit terrein doorgedacht. De heer Kuiper vroeg of ik bereid ben om daaraan daadwerkelijk nadere invulling te geven via een AMvB en om nadere regels te stellen. Daartoe ben ik bereid. Ik denk dat het ook goed is als we dat met elkaar op een goede manier verder verankeren. Er is nu een mogelijkheid en die hebben we nog niet benut. Ik ben zeker van mening dat we die moeten benutten.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ik dank de minister voor deze toezegging. Ik gaf in mijn bijdrage aan waar de invloed van de verzekerde uit zou moeten bestaan. Hij moet invloed hebben op het zorginkoopbeleid, op het algemene beleid en op het bestuur, bijvoorbeeld via de raad van commissarissen. Er zijn ledenraden die de leden van de raad van commissarissen, die toezicht houdt binnen het concern, benoemen. Ook zouden rechten moeten worden toegekend aan bijvoorbeeld een ledenraad om namens de verzekerden bepaalde zaken aan de orde stellen bij het bestuur. Ik zou graag willen dat de regels die de minister bij Algemene Maatregel van Bestuur wil stellen, daarover gaan.

**Minister Schippers:**

Om een voorbeeld te geven: het inkoopbeleid. De heer Kuiper had het al over levensovertuiging. Het kan ook gaan om heel innovatieve zorg. Via deze route kun je daadwerkelijk invloed uitoefenen op het inkoopbeleid. Ik denk dat dat heel belangrijk is en dat daar zeker mogelijkheden voor zijn. Nogmaals, ik vind dat de RVZ daar daadwerkelijk aanzetten voor heeft gegeven, die het verdienen om nader uitgewerkt te worden.

**De heer Kuiper (ChristenUnie):**

Ik vraag de minister om de concrete dingen die ik noemde, mee te nemen. Bij verschillende verzekeraars bestaat nu al een vorm van ledeninvloed. Die regels zouden echter verder moeten gaan, zodat verzekerden ook echt sturend kunnen optreden binnen de verzekeraars, zoals de minister zelf ook aangeeft. Daarmee worden zij een soort sturend orgaan op de zorginkoop, zodat de patiënt echt goed bediend wordt. Wil de minister het zo doen dat zij echt een effectieve invloed krijgen en dat de regels echt daarover gaan?

**Minister Schippers:**

Dan moeten we wel aandacht besteden aan de legitimiteit van zo'n orgaan. Dan zou je moeten bekijken op welke manieren je dat kunt doen. Daar heeft de RVZ ook behartigenswaardige woorden over gezegd. Er zijn immers allerlei moderne manieren om dat te doen. Via internet krijg je allerlei nieuwe mogelijkheden, waardoor je deze invloed ook daadwerkelijk kunt toetsen en aanwenden, en je kunt er veel actiever op sturen. Ik kan toezeggen dat ik dat nader uitwerk en dat via die AMvB regel.

**De voorzitter:**

Nog één keer kort, mijnheer Kuiper.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dat is mijn derde keer; dat mag nog net, toch? Hoe zouden volgende stappen in dit proces er dan uit kunnen zien? De minister zegt dit nu toe. Wat komt hierover naar de Tweede Kamer of naar ons? Hoe gaan we dit verder inrichten?

Minister **Schippers**:

Het lijkt me dat ik een voorstel doe en dat naar de Tweede Kamer stuur, zodat we er daar over kunnen spreken. Dat lijkt mij het meest voor de hand liggend, maar ik wil het ook wel hiernaartoe sturen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Het zou fijn zijn als de Eerste Kamer het ook krijgt.

Minister **Schippers**:

Ik kan het ook naar beide Kamers sturen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik overweeg ook om hetgeen ik zojuist heb gezegd en wat door de minister is beaamd wellicht in een motie vast te leggen, zodat het ook helemaal op schrift staat.

Minister **Schippers**:

Dat is aan u.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Ik wil hier nog een juridisch puntje aan toevoegen. Het is niet zo vanzelfsprekend dat er ledenraden zijn. Daar moet in de AMvB wel aandacht aan gegeven worden, denk ik. Corporaties hebben die wel. Er zijn verzekeraars die een corporatievorm hebben, maar er zijn ook verzekeraars die het anders doen. Bij een nv of een bv is er geen ledenraad. Daar moet de minister nog wel even een vorm voor vinden. Zij zal moeten bekijken hoe zij de bevoegdheden van leden die er niet zijn in het vat gaat gieten.

Minister **Schippers**:

Dat ben ik met u eens.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Ik was erg blij met de uiteenzetting over de verbetering of verfijning van de manier waarop de NZa haar taken zal uitvoeren. Ik bleef even haken bij de uitspraak van de minister dat zij bang was voor klontering. In eerste instantie dacht ik dat het over de zorgverzekeraars ging, maar later begreep ik dat het over de zorgaanbieders ging.

Minister **Schippers**:

Over beide.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Ik zou in ieder geval de aandacht willen vestigen op de klontering van de zorgverzekeraars. Ik zou graag horen of de NZa daar een rol in kan hebben. Daarnaast heb ik vragen bij de legitimiteit. Als je vier heel grote verzekeraars hebt,

op welke manier kun je daar legitimiteit en leden organiseren? Op welke niveaus komen die er dan, of zijn er subniveaus? Een heel grote zorgverzekeraar heeft in feite ook weer allerlei onderafdelingen. Dat zegt toch wel iets over de legitimiteit van het optreden en de inkoop.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Ik wil aansluiten op de sprekers voor mevrouw Slagter. Zij spraken over de AMvB. Ik ben heel blij dat de minister de bereidheid uitsprak om zo'n AMvB te gaan opstellen. Ik zou in aanvulling op de heer Kuiper aan de minister willen vragen om die AMvB op korte termijn op te stellen, gezien het belang ervan. Ik vraag haar ook om de AMvB in deze Kamer voor te hangen. Ik zou het heel prettig vinden als deze Kamer, bijvoorbeeld binnen een termijn van drie maanden, per brief wordt geïnformeerd over hoe het ervoor staat met de AMvB en welke rechten daar concreet in geregeld zullen worden. Wij denken daarbij aan zaken die zowel de collectieve positie van verzekerden als de individuele rechten van verzekerden versterken. Ik geef dus eigenlijk meteen wat concretere wensen in dit kader aan de minister mee.

De **voorzitter**:

Dat is geen vraag.

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Ik hoor natuurlijk wel graag wat de minister daarvan vindt.

Minister **Schippers**:

Ik zal de AMvB voorhangen; dat kan ik toezeggen. Er zijn nog wel wat hobbels te nemen wat betreft legitimiteit. Ook mevrouw Slagter stelde dat punt aan de orde: hoe doe je dat bij een grote organisatie? Dat kun je op verschillende manieren doen. De RVZ gaf sowieso verschillende manieren aan waarop je het kunt organiseren en waaraan het moet voldoen. Ik zeg dat toe. Ik kijk even naar mijn ambtenaren of de termijn van drie maanden realistisch is. Het kan voor 1 april, hoor ik. Dat is drie maanden.

De **voorzitter**:

Voor 1 april?

Minister **Schippers**:

We gaan ons best doen om dat voor 1 april te doen.

In reactie op de vraag van mevrouw Slagter wil ik het volgende opmerken. De NZa en de ACM houden samen toezicht. De ene heeft een marktmachtinstrumentarium en de ander houdt zich bezig met fusies. De klontering zie ik bij beide: bij zorgverzekeraars, maar ook bij ziekenhuizen. Dat is de reden voor het verbod op verticale integratie. Als dat nog eens samengaat, krijg je echt heel grote concerns. Als je artikel 13 erbij hebt, dan is het evenwicht er wel uit. Soms is een fusie goed. Ik ben ook niet principieel tegen fusies, maar soms kun je je echt afvragen of het wel goed is dat er gefuseerd wordt. Ook kun je je weleens afvragen waarom sommige fusies worden goedgekeurd. Maar goed, we hebben een onafhankelijke toezichthouder. Ik ben echter wel aan het verkennen of wij binnen het mededingingsinstrumentarium de maximale ruimte hebben opgezocht en

gebruikt. Dat onderzoek ik samen met de ACM en het ministerie van Economische Zaken om te bekijken of we dat in de Nederlandse zorgsector op de juiste manier doen.

Dan kom ik op de vraag hoe ik kosten denk te besparen op artikel 13 zoals het nu luidt, met de nog resterende beperking in de ggz en de medisch-specialistische zorg. Dat gaat om 27,5 miljard euro. Dat is echt een groot deel van de premiegefinancierde zorg waarin kwalitatieve en doelmatigheidsvoordelen zijn te halen. Die kun je alleen halen als je er sturing op zet. Als wij de volumegroei stapsgewijs willen terugbrengen van 2,3% naar 1% en dat tot 2017 willen volhouden, dan gebeurt dat echt niet spontaan. Daar heb je selectieve inkoop voor nodig, anders krijg je dat niet voor elkaar. Als je ook afspreekt dat je daarvoor geen wachtlijsten wilt hebben, dan heb je die afspraken nodig, anders krijg je het niet voor elkaar.

Dan kom ik op de vergoeding van de buitenlandse zorgaanbieder. Kun je planbare zorg weigeren bij een buitenlandse zorgaanbieder als er geen contract is? Bij de buitenlandse zorgaanbieder is het exact hetzelfde als bij de Nederlandse zorgaanbieder. De patiëntenrichtlijn verplicht vergoeding tot aan het niveau dat je in Nederland zou vergoeden. Dat geldt voor gecontracteerde zorg in binnen- en buitenland net zoals het voor ongecontracteerde zorg in binnen- en buitenland geldt. We zijn daar ook schriftelijk uitgebreid op ingegaan.

Hetzelfde geldt voor de vraag hoe men gebruikmaakt van niet gecontracteerde zorg. Ik denk dat we daar de zaken over hebben uitgewisseld. De financiële basis van mijn verhaal ligt niet in die 62 plus 114 miljoen waarover de Kamer sprak. Ik doel dan op de 62 miljoen voor ongecontracteerde medisch-specialistische zorg en 114 miljoen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat mij erom dat wij hoofdlijnenakkoorden hebben afgesloten, waarin een volumebeperking is opgenomen, zodat de zorg niet zo hard doorgroeit. Deze groeit nog wel, maar niet in hetzelfde tempo als in de afgelopen jaren. Daar zit een hoop financiële opbrengst. Die halen wij liever daaruit dan dat wij het pakket moeten verkleinen of de eigen betalingen moeten vergroten.

**De voorzitter:**

Mijnheer Ganzevoort is weer in actie.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

U kent mij al. De minister heeft ongetwijfeld ook waargenomen dat enkele partijen afstand hebben genomen van dat hoofdlijnenakkoord. Voor hen is juist het behoud van de vrije artskeuze een heel belangrijk punt, in elk geval in de ggz, maar dat kun je breder trekken. Om die reden zijn zij weggelopen bij dat hoofdlijnenakkoord. Hoe beoordeelt de minister dat?

**Minister Schippers:**

Ik vind het een warrige situatie. Ik dacht eerst ook dat er totaal afstand was genomen van de aanpassing van artikel 13, maar ik heb via de band begrepen dat ik dat verkeerd begrepen had. Als je elkaar verkeerd begrijpt, moet je rond de tafel gaan zitten. Het is niet zo dat zij afstand nemen van artikel 13, maar ik wil wel even weten wat er dan precies aan de hand is; of het een timingsvraagstuk is, zoals ik denk.

Ik herinner eraan dat de hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten tot en met 2017. Er zitten volumedalingen in over vorig jaar en dit jaar. Dit wetsvoorstel had conform de hoofdlijnenakkoorden eigenlijk al komend jaar in moeten gaan. Het voorliggende wetsvoorstel gaat in 2015 in, zoals de heer Kuiper vroeg, maar dat geldt eerst voor de inkoopvoorwaarden, pas in het najaar voor de keuze van de zorgverzekeraars, dus de transparantievoorwaarden, en in 2016 daadwerkelijk voor de polissen. We zitten dus al met een verdrag van een jaar. Ik ga dat eerst even uitspreken met de sector, zodat we elkaar goed begrijpen. Misschien zijn wij uit elkaar gegroeid, maar dat wil ik dan eerst even van hen weten.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dat lijkt mij heel erg waardevol. Het lijkt mij ook heel erg waardevol als wij dat kunnen weten, aangezien wij volgende week moeten stemmen over dit voorstel. Zou de minister ons kunnen helpen om dit misverstand of die onduidelijkheid op te helderen? Zou zij ons daarover voor volgende week kunnen informeren?

**Minister Schippers:**

Dat gaat mij niet lukken, maar het staat u vrij om die mensen zelf te bevragen, want u hebt hen blijkbaar gesproken. Ik zal hen later spreken. Ik vind het van belang dat er in die afspraken positieve en negatieve dingen zitten. Het positieve bij de ggz was dat de pakketverkleining, waarbij er dingen uit het pakket zouden gaan, waar zowel de patiëntenvereniging als de aanbieders erg tegen zijn, op deze manier werd opgelost. Dan moeten we het wel op deze manier oplossen. Als dat niet zo is, hoor ik graag hoe we dat dan op een alternatieve manier oplossen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik kan mij niet voorstellen dat de minister er tevreden over is dat onduidelijk is of een belangrijke speler nog steeds akkoord is en dat wij op die basis zouden moeten beslissen, terwijl ons wordt verteld dat de sector het met dat hoofdlijnenakkoord eens is. Dat leidt volgens ons tot een zo mistige situatie dat wij daardoor echt in de problemen worden gebracht. Ik vraag nogmaals of de minister aan deze partners kan vragen — zo moeilijk is dat niet — hoe zij daar nu precies in staan en om dat binnen een week te vertellen. Dan hebben wij volgende week duidelijkheid.

**Minister Schippers:**

Ik heb een hoofdlijnenakkoord gesloten met deze partners. Daar staan alle handtekeningen onder. Daar staat artikel 13 in. Totdat dat wordt opgezegd, ga ik ervan uit dat het bestaat. Bij mij is nog niets opgezegd. Dan mag ik er ook van uitgaan dat het hoofdlijnenakkoord staat. Als dat anders is, dan hoor ik dat.

Veel mensen geven steeds meer geld uit aan zorg buiten het basispakket, waardoor de kosten stijgen. Er is gevraagd om een reactie van de minister. Het klopt dat de kosten van de zorg stijgen. Wij buigen dat bij met de hoofdlijnenakkoorden. Minder meer, dus een lagere groei, maar nog wel steeds groei.



Uit cijfers van het CBS die te vinden zijn in de zorgcijferapp die recent is gelanceerd, blijkt een wisselend beeld als het gaat om de vraag of verzekerden meer uitgeven buiten het basispakket. Bij medisch-specialistische zorg was het percentage eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, vrijwillig eigen risico, eigen betalingen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekering in 2007, 2010 en 2013 steeds 1. Bij huisartsen is het gestegen van 1% in 2010 naar 2% in 2013. Bij therapeutische middelen is het percentage eigen betalingen licht gedaald: van 44 naar 43. Al met al is het beeld niet dat het percentage van zorgkosten dat door verzekerden zelf wordt betaald, buiten het basispakket, sterk is gestegen.

Het Kamerlid Schippers was in 2008 tegen het verminderen van keuzevrijheid. Waarom ben ik van mening veranderd? Ik zie dit wetsvoorstel niet als een vermindering van keuzevrijheid. Ik denk dat mensen nu heel vaak blind een naturalis afsluiten, terwijl zij niet weten wat erin zit. Wat wij doen is helderheid verschaffen over waar je voor kiest, zodat je kunt weten waarvoor je kiest. Je kunt vrij kiezen en je kunt zelf kiezen, op basis van prijs of kwaliteit, wat je zelf wilt. Die keuze is er, dus er is keuzevrijheid.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Dit sluit aan op een vraag die ik heb gesteld, die de minister bij mijn weten nog niet heeft beantwoord.

**Minister Schippers:**

Ja, maar ik ben pas bij de tweede spreker.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Dat realiseer ik mij heel goed, maar ik hield een slag om de arm, omdat ik wellicht nog iets had gemist. Mijn vraag sluit hier heel mooi op aan. De minister zegt: we gaan helderheid geven over wat er te kiezen is. Hoe gaat dat ook voor laag-opgeleiden werken? Dat is iets waar wij ons ongerust over maken. Hoe gaan zij goed toegankelijke informatie krijgen, zodat zij ook daadwerkelijk de keuze kunnen maken die van hen gevraagd wordt?

**Minister Schippers:**

De NZa ziet veel heel in een bijsluiters bij de polis. Ik zie dat ook. Er moet een heldere bijsluiters bij over wat een polis betekent, in heldere mensentaal. Een normaal mens heeft geen idee wat een omzetplafond betekent, dus dat moet je in heldere taal uitleggen. Dat kan via internet, maar niet iedereen zit op internet, dus die informatie moet op verschillende manieren worden gegeven. Het is opmerkelijk wat voor vragen er binnenkomen, als je bij de telefoon gaat zitten bij een zorgverzekeraar, dus daar moeten goed getrainde mensen zitten. Ik wil dat de keuzehulp die er zijn in het land, ook goed functioneren, zoals ik al heb gezegd, en dat er streng toezicht op is.

Bij de langdurige zorg gaat het over de instellingsarts. Er is gevraagd of het klopt dat mensen die in een instelling voor langdurige zorg verblijven, geen vrije keuze hebben voor een arts, bijvoorbeeld een huisarts. Cliënten die in een zorginstelling verblijven voor de behandeling, zullen geen gevolgen ondervinden van de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. De huisarts is hiervan sowieso

uitgezonderd. Bij deze mensen zit de zorg van de huisarts niet in de Zorgverzekeringswet maar in de AWBZ en straks wordt dat de Wlz. De bekostiging van cliënten in een instelling verloopt via zorgzwaartepakketten, de zzp's, waarbij de verpleeghuisarts zorg levert die buiten de instelling wordt geleverd door huisartsen. Als de cliënt thuis woont en zorg geleverd krijgt op basis van een Wlz-pgb of een volledig pakket thuis, wordt de huisartsenzorg geleverd op grond van de Zorgverzekeringswet. Maar die huisartsenzorg is uitgezonderd bij de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

De minister spreekt over de huisartsenzorg. Er is van verschillende kanten gevraagd naar de basishuisartsenzorg, naar segment 2 en 3 van de ketenzorg en naar eventuele innovaties waarvoor aparte contractering nodig is. De vraag is dan of deze onder artikel 13 valt.

**Minister Schippers:**

Die aparte contractering is onder het huidige artikel 13 nodig. Aangezien de huisartsenzorg niet onder het aangepaste artikel 13 valt, maar onder het huidige artikel 13 blijft vallen, blijft die ook nodig. Daar verandert helemaal niets in. Als je kijkt naar de verhouding tussen het oude en het nieuwe bekostigingssysteem, is het basisdeel, het inschrijftarief en het abonnementstarief, straks net zo groot als het nu is. De multidisciplinaire zorg is in 2015 niet anders dan in 2014. Je ziet wel dat innovatieve zorg langzaam gewone zorg wordt en dat er dan weer nieuwe innovatieve zorg bijkomt, bijvoorbeeld dat je een medisch specialist kunt consulteren. Dat wordt dan nieuwe innovatieve zorg. Die wordt in segment 3 gecontracteerd. In feite verandert er voor de huisarts helemaal niets, als het gaat om het percentage dat gecontracteerd wordt ten opzichte van nu.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

De vraag is volgens mij of je huisarts wel een contract kan hebben voor de basiszorg maar niet voor de ketenzorg. Dan zou je de ketenzorg niet bij je huisarts kunnen krijgen.

**Minister Schippers:**

Er verandert helemaal niets ten opzicht van nu. Een en ander valt gewoon onder het huidige artikel 13. De rest van de zorg — er zijn overigens nog meer uitzonderingen — krijgt een aanpassing van artikel 13. De aanpassing van artikel 13 is niet van toepassing op de huisarts. Een zorgverzekeraar zou bij een aanpassing kunnen zeggen, hoewel me dat heel onwaarschijnlijk lijkt, dat hij een bepaalde huisarts niet contracteert voor het inschrijftarief. Dat kan echter helemaal niet. De huisarts blijft erbuiten.

**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Ik vraag dit voor de zekerheid. Het gaat om ouderen die in een instelling zitten en die instelling niet zelf hebben kunnen kiezen. Ze zijn afhankelijk van de arts die in de instelling zit. Dat is het probleem dat ik heb aangekaart. Het gaat niet om de huisarts. De instelling heeft een contract met de instellingsarts. De ouderen, die eigenlijk onder behandeling van een huisarts zijn en daar een band mee hebben, raken die kwijt. Dat is volgens mij het probleem.

**Minister Schippers:**

Dit artikel en de voorliggende aanpassing in de wet hebben hier echter totaal geen invloed op. Datgene wat u schetst, zit in de Wet langdurige zorg. Volgens mij is die vorige week of de week daarvoor in deze Kamer aan de orde geweest. In die wet wordt dit geregeld. Artikel 13 heeft daar geen invloed op.

**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Dan is er dus de garantie dat iemand die in een instelling zit en een huisarts heeft die niet de arts van de instelling is, gewoon zijn vertrouwensband kan houden met de huisarts.

**Minister Schippers:**

Nee, ik begrijp dat dit niet zo is. Dat is echter niet in dit wetsvoorstel geregeld. Dat is geregeld in de Wlz.

**De voorzitter:**

Ik maak even van de gelegenheid gebruik om aan de minister te vragen of het wellicht mogelijk is om omstreeks 17.45 uur haar beantwoording in eerste termijn te beëindigen. Ik vraag dit omdat er voor de tweede termijn van de Kamer ongeveer drie kwartier is gevraagd. Dan zouden we om 18.30 uur klaar kunnen zijn met de tweede termijn van de Kamer. De dinerpauze is gepland van 18.30 uur tot 19.30 uur. Dan zou de minister haar antwoord in tweede termijn kunnen geven. Ik meld vast aan de leden van de Kamer dat we sowieso vanavond later zullen eindigen dan het geplande tijdstip van 22.30 uur. Denkt de minister dat het mogelijk is om om 17.45 uur klaar te zijn met haar beantwoording in eerste termijn?

**Minister Schippers:**

Niet in dit tempo. Ik zal proberen het iets op te voeren. Naarmate ik verder kom, zullen vragen al beantwoord zijn. Ik zal proberen om die niet nog een keer te beantwoorden. Ik zal dus proberen om niet te dubbelen.

**De voorzitter:**

Reuzefijn, dank u wel.

**Minister Schippers:**

Op welke wijze en met welke frequentie wordt de Eerste Kamer geïnformeerd over de bevindingen van de NZa over de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars? Welke instrumenten heb ik om in te grijpen? Over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet brengt de NZa jaarlijks voor november een samenvattend rapport uit. Daarin gaat de NZa ook in op de naleving van de zorgplicht. Op grond van artikel 24 van de Wet marktordening gezondheidszorg stuur ik het samenvattende rapport over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet aan de Eerste en Tweede Kamer. Zelf heb ik geen instrumenten om in te grijpen bij een zorgverzekeraar die zijn zorgplicht schendt. Daarvoor heb ik een toezichthouder, de NZa. Die maakt onderscheid tussen formele en informele instrumenten om naleving te handhaven. Bij informele instrumenten kan gedacht worden aan voorlichting, communicatie en wenkbrauwgesprekken. We hadden het net al over de formele

instrumenten. Ik kan de NZa een aanwijzing laten opleggen. Als de zorgverzekeraar de aanwijzing niet of niet binnen de gegeven termijn naleeft, kan de NZa een last onder dwangsom opleggen.

Stellen zorgverzekeraars zich klantvriendelijk op naar verzekerden? Zijn er indicaties geweest dat dit niet het geval is? Er kunnen altijd situaties zijn waarin mensen zich niet goed behandeld voelen. Aangezien verzekeraars het risico lopen dat ze hun verzekerden kwijtraken, hechten ze er wel belang aan dat verzekerden zich bij hen thuis voelen. Daar wordt ook in geïnvesteerd. Ik denk aan de telefoon en andere services van de verzekeraar. Verzekerden hebben niet zo veel vertrouwen in de verzekeraar in zijn algemeenheid, maar uit de verschillende vergelijkingssites blijkt dat de eigen verzekeraar in 2014 gemiddeld 7,1 tot 7,8 scoort. De verzekeraar wordt in het algemeen dus kritisch bekeken, maar de eigen verzekeraar wordt vrij goed beoordeeld.

Dan kom ik de inkoop op doelmatigheid. Hoe ga ik een omslag ...? Volgens mij heb ik daar al antwoord op gegeven.

**De voorzitter:**

Mevrouw Beuving, houdt u het kort?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ja. De minister heeft inderdaad al het een en ander verteld over wat er in de komende tijd van verzekeraars verwacht wordt. Ik wil echter nog wel weten wat we kunnen verwachten van verzekeraars op het gebied van de omslag in denken en handelen. Moet dat helemaal van de toezichthouder komen of voert de minister ook gesprekken met de verzekeraars? Zijn er andere ontwikkelingen te melden waaruit blijkt dat ze echt al bezig zijn met die omslag?

**Minister Schippers:**

Ze zijn al bezig met die omslag. Dat is echter ook de kritiek. Mensen zeggen dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de arts moet gaan zitten. Dat moet hij ook niet. De zorgverzekeraar kan echter wel normen opstellen op basis waarvan hij inkoop. Het aardige van het transparant maken hiervan, is dat wij met zijn allen kunnen meekijken. Wij weten nu dat het gebeurt, maar wij weten niet hoe een verzekeraar het precies doet en op basis waarvan hij dat doet. Het Kwaliteitsinstituut stelt bepaalde kwaliteitseisen en -criteria. De verzekeraars hebben gezegd dat zij die zullen overnemen. Zij zullen er dus niet iets apart naast leggen. Daarmee zijn we er nog niet, want dat moet opgebouwd worden. Het is echter wel een belangrijk signaal. Dat betekent dat verzekeraars niet allemaal het eigen wiel gaan uitvinden, maar zich ook conformeren aan hetgeen bij het Kwaliteitsinstituut wordt gestart. Er is dus sprake van een enorme omslag. Dan ontstaat echter meteen de discussie over de vraag hoever een verzekeraar hierin mag gaan.

**De voorzitter:**

leniemienie, mevrouw Beuving.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ja, ieniemienie. Ik wilde hiermee refereren aan de incidenten die ik zelf en anderen hebben genoemd. Hieruit blijkt dat de verzekeraars er nog niet zijn wat betreft hun klantvriendelijkheid, het inkopen op kwaliteit en het centraal stellen van de verzekerden. We verwachten heel veel van de NZa, maar ik hoor graag of er ook anderszins contacten met de sector zijn waaruit blijkt dat hij echt ter harte neemt dat dit zo niet langer kan.

**Minister Schippers:**

Verzekeraars begeven zich steeds meer op het terrein van de kwaliteit. Ze houden zich bezig met het sturen van de complexe zorgconcentratie of juist met het sturen van de deconcentratie, dus het goed organiseren van de zorg in de wijk. Wij vragen heel veel van de zorgverzekeraar. Dat mag de politiek zich best eens aantrekken. Wij hebben ook gevraagd of zij het volume van een weelderige groei willen terugbrengen naar 1%. Dat is demografische groei zonder wachtlijsten en zonder kwaliteitsverlies. Wij vragen een enorme toer van verzekeraars. Dan zijn ze weleens hard in hun contractonderhandelingen. Dan kunnen wij naar hen wijzen en zeggen dat ze te hard zijn in hun onderhandelingen over het zorgaanbod, maar wij hebben zelf gezegd dat zij binnen die 1% moeten blijven. Als zij niet hard zijn in hun onderhandelingen over het zorgaanbod, zeggen wij dat ze het percentage hebben overschreden.

Wij vragen dus heel veel. Zorgverzekeraars zijn echt bezig met een omslag. Internationaal hoeven we ons in Nederland niet te schamen voor onze curatieve zorg. We scoren op kwaliteit, toegankelijkheid en service. Als we lager staan, is dat vaak te wijten aan de langdurige zorg. Daarin hebben we wel kwaliteitsproblemen. Daarin hebben we wel problemen met samenwerking en doelmatigheidsproblemen. Daar is de staatssecretaris hard mee bezig. Volgens mij zijn er heel veel vragen, maar zijn we ook wel op de goede weg.

De meeste zorgverzekeraars werken landelijk en hebben voor al hun verzekerden een zorgplicht. Ook als je in Groningen woont, waar een grote verzekeraar dominant is, kun je voor een andere verzekeraar kiezen. Die zal voor jou voldoende zorg in de regio moeten inkopen. Zo blijft er ook voor mensen in Groningen voldoende keuzevrijheid.

Het is juist dat op grond van artikel 13, lid 2 sub c patiënten een lopende behandeling met behoud van hun vergoeding bij hun psychiater of psychotherapeut kunnen afmaken als de zorgverzekeraar zijn contract met deze zorgverlener beëindigt. Die patiënten hoeven dan dus niet van zorgverlener te veranderen.

Ik kom op de Routine Outcome Monitoring (ROM). Neemt de sector daar afstand van? De sector neemt daar geen afstand van. Wel speelt de zorgvuldigheid die betracht moet worden ten aanzien van de wijze waarop gegevens over de uitkomsten van zorg uiteindelijk, al dan niet via DIS en de Stichting Benchmark GGZ, bij de zorgverzekeraar als inkoper terechtkomen. Wij willen de privacy van de patiënt goed waarborgen. Die persoonsgegevens moeten niet bij de zorgverzekeraar terechtkomen. Iedereen moet zich comfortabel voelen bij de wijze waarop we dat met elkaar hebben georganiseerd. Met behulp van een onafhankelijk projectleider wordt hier samen met de NZa, DBC-Onderhoud, SBG en de ggz-aanbieders aan gewerkt. Ik verwacht komend

jaar stevige voortgang op dit terrein te kunnen boeken. Meer in het algemeen kan ik, gelet op het bestuurlijk akkoord, zeggen dat de Routine Outcome Monitoring daadwerkelijk voortgang biedt. Maar wat ik heb gezegd over de privacy, zal zeker mevrouw Beuving als muziek in de oren klinken. We moeten hier goede oplossingen voor vinden.

Er is iets gezegd over ruimte voor nieuwkomers. Daarbij gaat het om het verbod op verticale integratie. Op welke wijze voorkomt het verbod op verticale integratie dat nieuwe zorgaanbieders geen zorgcontract krijgen? Als je eigen zorgaanbod hebt en je dat niet weinig hebt maar substantieel, moet je oppassen voor de volgende situatie. Nieuwe aanbieders zijn vaak mensen die in de zorg werken en die denken dat ze het beter en goedkoper kunnen. De meeste nieuwkomers zeggen dat ze meer maatwerk kunnen bieden en dat ze het goedkoper kunnen. Die nieuwkomers moeten een kans krijgen. Die krijgen de beste kans als zij zich afsplitsen of ergens uitstappen en zelf zorg aanbieden. Een zorgverzekeraar moet dan niet denken: o, dan heb verlies ik omzet in mijn eigen ziekenhuis en dat ben ik dan kwijt aan die nieuwe innovatieve zorgaanbieder, dus ik zie dat als een bedreiging. Nee, wij willen graag dat een zorgverzekeraar denkt: er komt een nieuwe aanbieder die het beter en goedkoper denkt te kunnen; ik heb daar interesse voor. Die redenering hebben wij in de schriftelijke ronde gevolgd.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Dat vind ik een helder antwoord van de minister. Dit vereist echter een omslag van denken bij de zorgverzekeraar, want hij is misschien toch geneigd om alles bij het oude te houden en af te wachten of die nieuwkomer zich ook kan bewijzen. Hoe kan een nieuwkomer bewijzen dat hij het goedkoper en beter kan, als hij geen contract heeft?

**Minister Schippers:**

Maar de kans dat een zorgaanbieder geen contract heeft als de zorgverzekeraar verticaal geïntegreerd is met hetzelfde zorgaanbod, neemt natuurlijk wel af. Als hij nu een contract geeft aan de nieuwkomer, gaat het ten koste van zijn eigen club. Dat is precies waar de zorgen liggen. Met dit wetsvoorstel wordt de vinger gelegd op die nieuwkomers. Aan de zorgverzekeraar wordt gevraagd om zichtbaar te maken hoeveel er zijn gecontracteerd. Er wordt altijd negatief over gesproken, maar als ik zie hoeveel zbc's het redden, denk ik dat het toch wel meevalt. Het is fijn om dat daadwerkelijk terug te kunnen zien, want innovatie is echt nodig voor een sector die zichzelf wil verbeteren.

Waarom heb ik er niet voor gekozen om verticale integratie afhankelijk te maken van toestemming door de NZa, zoals de Raad van State voorstelde? Ik zie dat in de huidige situatie eerlijk gezegd niet voor me. Er zijn fusies waarbij de wenkbrauwen kunt fronsen, maar er is nooit een fusie geweigerd door de ACM. De NZa heeft ook bijna nooit een negatief advies gegeven. Eén keer is dat geloof ik wel gebeurd, maar dat is toen overruled door de inspectie. Gezien het voorgaande, vind ik het beter om de selectieve inkoop te versterken dan een en ander via verticale integratie te doen.

Ik denk dat ik de rest van de vragen op dit punt heb beantwoord, maar voorlopige toelating betreft een nieuwe vorm

waarmee we aan het experimenteren zijn. Dat doen we met geneesmiddelen. Ook laten we hulpmiddelen tijdelijk tot het pakket toe. Ik denk dat dit een goede manier is om innovatie meer kans te geven.

Zijn de sancties van de NZa, boetes en dwangsommen toereikend ten aanzien van de transparantie van de inkoopvoorwaarden? Is het toezicht voldoende transparant? Gaat het lukken om de vereiste transparantie van de inkoopvoorwaarden al per 1 april 2015 duidelijk te hebben? Met dit wetsvoorstel is dat wel verplicht. Alle partijen zullen hun best moeten doen om per 1 april 2015 de nodige transparantie te geven. Ik zei al dat we veel vragen van zorgverzekeraars. Iedere keer komt de politiek met nieuwe eisen waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen. Dit is er weer één, maar alle partijen zullen hun best doen om het voor elkaar te krijgen. De NZa heeft aangegeven daarop toe te zien.

Ik kom op de implementatie van de patiëntenrichtlijn in de andere landen. Alle lidstaten hebben de patiëntenrichtlijn moeten implementeren in de nationale wetgeving. Artikel 7 over de vergoeding betreft een dwingende bepaling waaraan alle lidstaten verbonden zijn. Artikel 8 betreft het invoeren van een toestemmingsvereiste voor grensoverschrijdende zorg. Dat is optioneel. Het staat landen vrij om dit wel of niet in te voeren. Als je zo'n toestemmingsvereiste invoert, moet het wel voldoen aan de voorwaarden vanuit de richtlijn. Het moet bijvoorbeeld gaan om intramurale of zeer gespecialiseerde zorg. Toestemming mag niet worden geweigerd als de patiënt medisch gezien niet tijdig in eigen land kan worden behandeld. Voor dat laatste hebben wij ook zelf een uitzondering gemaakt.

Ik kom op de vergoeding voor de buitenlandse zorgaanbieder.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Wat de minister zegt klopt. Dat had ik in mijn inbreng ook zo aan de minister verteld. Ik krijg nu dus eigenlijk terug wat ik zelf aan haar heb verteld. Het kan zijn dat mensen er behoefte aan hebben om in het buitenland behandeld te worden. Is er niet toch een aanleiding om dat met de implementatie van artikel 8 mogelijk te maken? Dat was mijn vraag.

**Minister Schippers:**

Daar kom ik nu op. Die andere vraag ging daaraan vooraf, althans in onze administratie. Mevrouw Scholten heeft gevraagd of je volgens nationale wetgeving een verzekerde kunt uitsluiten als hij er bij de polis keuze geen rekening mee heeft gehouden. Is dat geen valide reden om nog eens na te denken over het toestemmingsvereiste van artikel 8? Kan dat niet alsnog worden geïmplementeerd? Als een naturaverzekerde zorg nodig heeft, is een verzekeraar op grond van zijn zorgplicht verplicht om de voor hem noodzakelijk zorg te verlenen binnen een redelijke termijn en een redelijke afstand. Als die zorg tot het verzekerde pakket hoort, maar niet op een medisch verantwoorde termijn binnen Nederland kan worden verleend, brengt de zorgplicht mee dat de verzekeraar de noodzakelijke zorg vergoedt. Het kan onder omstandigheden ook gaan om zorg die om medische redenen beter in het buitenland kan worden ingeroepen. Dat gebeurt ook. In het geval de zorgplicht

in het geding is, dient de verzekeraar het volledige bedrag van de in rekening gebrachte kosten, ongeacht het marktconforme tarief in Nederland, te vergoeden. Het gewijzigde artikel 13 voorziet om die reden in een uitzondering.

Volledige kostenvergoeding kan verdergaan dan de richtlijn waarin vergoedingen worden begrensd tot op het in het land van de verzekerde geldende tarief. Een vereiste van voorafgaande toestemming is belastend voor de verzekerde en verzekeraar. Dat is meer belastend dan het invoeren van de uitzondering van artikel 13. In de schriftelijke ronde hebben wij daar uitgebreid over gecorrespondeerd. Als je een toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland in andere gevallen zou invoeren, zoals bij complexe intramurale zorg, dan zou je een enorme toename van administratieve lasten krijgen. Het is dan onduidelijk wanneer er wel en wanneer er niet toestemming moet worden verleend. Dat geeft het gevaar van willekeur. Het kan leiden tot een aanzienlijke toename van beroeps- en bezwaarprocedures.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Ik begrijp — dat is heel duidelijk — dat de zorgplicht vergt dat als in acute situaties zorg in Nederland niet te vinden is, die zorg in het buitenland moet worden verleend, maar wie bepaalt dan of er is voldaan aan de zorgplicht? Kan de verzekerde dat zelf bepalen, in die zin dat hij zegt: gelet op de zorgplicht mag het in het buitenland? Of moet hij eerst met de verzekeraar bellen, zeggen dat hij naar het buitenland gaat, dat de verzekeraar de zorgplicht heeft maar dat de zorg in Nederland niet kan worden geleverd?

**Minister Schippers:**

In de huidige situatie is die kwestie al helemaal uitgewerkt en ook van toepassing, want het gebeurt al. Het is van alledag dat mensen zorg krijgen in het buitenland, bijvoorbeeld omdat ze niet tijdig terug in Nederland kunnen zijn voor de zorg. Neem de protontherapie. Die zorg wordt in het buitenland verkregen omdat wij hier geen protonenbunker hebben. Als die hier niet is, terwijl die wel is voorgeschreven, is het evident dat je de zorg op dat punt kunt halen zonder toestemming.

De logica in het wetsvoorstel houdt in dat, als iets wel of niet is gecontracteerd in Nederland, in het buitenland sprake is van dezelfde positie. In de grensgebieden, bijvoorbeeld in Zeeuws-Vlaanderen, vergeleken met België, of in Zuid-Limburg, vergeleken met België en Duitsland, is het heel gebruikelijk om zorg te contracteren over de grens heen, omdat die op redelijke afstand zit, dichterbij dan wanneer je dezelfde zorg in Nederland zou moeten krijgen. Mijn familie woont in zo'n grensstreek, dus ik weet dat die contracten bestaan. Ook tijdens werkbezoeken heb ik het vaak gezien. Dat soort contracten wordt afgesloten. Dat zal niet veranderen omdat de afstand wat dit betreft veel te belangrijk is.

Dan iets over de toename van het aantal keuzeopties. GroenLinks vroeg daarnaar. Het is goed als er meer keuzen zijn, althans als die daadwerkelijk ergens toe leiden. Ik ben het ermee eens dat als je een enorme berg aan keuzen krijgt, terwijl je geen idee hebt hoe groot die berg is, en als sprake is van duizenden polissen, het niet opschiet. Dan werkt het alleen maar verwarrend. Dat is de reden dat ik de NZa heb gevraagd hier expliciet naar te kijken en aanbevelingen te

doen over wat wij hiermee moeten. Verder moet de NZa de vraag beantwoorden of er sprake is van maatwerk, of een en ander in een behoefte voorziet of dat er via de marketingjongens een bepaald soort marketingpolitiek wordt bedreven die verder nergens toe leidt, afgezien van de doeleinden ervan. Ik ben benieuwd waar de NZa mee komt, want niemand zit te wachten op zo veel ruis dat je in de praktijk minder keus krijgt.

Ik ben het ermee eens dat risicoselectie de bijl is aan de wortel van ons solidariteitsstelsel, maar dat heb ik al duidelijk gemaakt.

Er is ook gevraagd hoe de daling van de zorgpremies bijdraagt aan de beteugeling van de zorgkosten. De zorgpremies hebben betrekking op de kosten die je betaalt voor de zorg. Als de zorgpremies dalen, dalen de zorgkosten, want iemand moet ze betalen. Wij doen dat via premies. Als de zorgpremies dalen, dalen de kosten ook.

Dan de situatie als mensen met tussenpozen zorg nodig hebben. Als sprake is van een lopende behandeling, kun je die afmaken, ook al heeft jouw zorgverzekeraar geen contract met jouw behandelaar. Als er een aantal jaren tussen zit, ga je als het ware een nieuwe behandeling aan en zul je in je polis moeten kijken of de behandelaar die jij wilt is gecontracteerd. Het is niet zo dat je tot in de eeuwigheid aanspraak kunt maken op die behandeling.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Dit geldt vooral voor de groep mensen met somatisch klachten of psychische klachten. Die hebben die zorg niet continu nodig. Zij zitten niet in een continue behandeling, maar ze krijgen met enige regelmaat zorg. Die mensen hebben met deze vraag te maken. Ik koppel dit aan de vraag over polissen. Dit betekent namelijk dat die mensen vooraf moeten checken of ze al of niet terecht kunnen bij die zorgverzekeraar. Als ze meer dan één kwaal hebben, moeten ze het checken voor al hun kwalen. Dat zorgt er mijns inziens voor dat juist die groep heel snel in de kou komt te staan. Of zie ik dat verkeerd?

Minister **Schippers**:

Dat geldt voor een lopende behandeling, maar ik heb dit zelf uitgeprobeerd bij een ziekenhuis. Ik heb nagevraagd of men specifiek had gekozen voor die medisch specialist, of dat men gewoon was doorverwezen naar de heer Jansen. De uitkomst was dat niet één iemand zelf had gekozen. Men was gewoon door de huisarts doorverwezen naar de specialist. Het kan voorkomen dat je op een gegeven moment een goede band hebt met een bepaalde medisch specialist en dat je je in een bepaald ziekenhuis thuisvoelt. Als je dan moet kiezen tussen een budgetpolis of een naturapolis — daar zit een prijsverschil tussen — moet je goed kijken of de ziekenhuizen waar jij patiënt bent zijn gecontracteerd. Laten wij echter heel eerlijk zijn: er zijn nu ook allerlei situaties denkbaar, met het oog op de continuïteit van de behandeling, dat je naar een andere aanbieder moet. Iemand kan bijvoorbeeld met pensioen gaan, of iemand gaat in een ander ziekenhuis werken. Met dat soort zaken worden wij allemaal geconfronteerd. Als je het zeker wilt weten, moet je in je polis kijken.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Dat zijn de facts of life, maar het gaat nu om een systeem dat wij aan het instellen zijn. Dat is van een andere categorie. De minister zei dat de meeste mensen naar een specialist gaan op doorverwijzing van de huisarts. Dat lijkt mij een heel gezonde manier maar dat is tegelijkertijd het probleem, want eerder is al gesteld dat de huisarts niet in staat is om voor iedereen bij te houden waar hij of zij recht op heeft en bij welke specialist men al of niet terecht kan. Dat mag ook niet worden verwacht van de huisarts. Of te wel, de verzekerde moet zijn polis meenemen naar de huisarts. Als die dan zegt dat de patiënt daar of daar naar toe moet, moet de patiënt zeggen: dokter, daar mag ik niet naar toe. Dat is toch geen realistische situatie?

Minister **Schippers**:

De huisarts verwijst generiek. Die verwijst naar een medisch specialist, of bijvoorbeeld een diëtist. Die kun je vervolgens zelf kiezen. Je krijgt een generieke verwijzing maar er zit een andere kant aan. Ik sprak een week geleden een huisarts die me vertelde dat hij steeds vaker in zijn praktijk meemaakt dat mensen naar allerlei tamelijk vage instellingen worden doorverwezen en dat hij eigenlijk blij is dat dit iets wordt ingeperkt en dat dit niet per definitie hoeft te worden betaald. Hij had ernstige twijfels bij de kwaliteit maar op de een of andere manier doet de marketing van een bepaalde instelling het blijkbaar zo goed dat zijn patiënten er bij hem almaar om vragen. De kwestie heeft dus twee kanten.

Dan de economische doelmatigheid versus de therapeutische doelmatigheid en de vraag of het wetsvoorstel afbreuk doet aan de therapeutische doelmatigheid. Het ligt er een beetje aan wat je eronder verstaat. Het is heel vervelend als mensen van zorgverlener moeten wisselen. Het is vervelend als een zorgverlener ergens anders heen gaat of met pensioen gaat maar het is ook vervelend als zo iemand niet is gecontracteerd. Als je daar heel veel belang aan hecht, moet je er zelf op letten bij de keuze van je polis. Het is geen free lunch. Er zitten beperkingen aan.

Dan het pgb. Ik heb al aangegeven waarom het logisch is dat het pgb in de Zorgverzekeringswet wordt geregeld en niet in een andere wet. Het pgb is tot stand gekomen in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo. Er zijn ook afspraken gemaakt over de manier waarop het pgb in de wet wordt verankerd. Er is ook afgesproken om vanaf 1 januari 2015 alles wat te maken heeft met het pgb in de Zorgverzekeringswet te gaan uitvoeren. Dan worden ook de verpleging en de verzorging overgeheveld. Om tijdig te voorzien in de wettelijke verankering is in het voorjaar van 2014 een nota van wijziging op het wetsvoorstel ingediend. Ik vind het zelf ook heel vervelend dat wij nu twee weken voor het kerstreces zitten. Toen de nota van wijziging werd ingediend, was het voorjaar 2014, dus eerlijk gezegd had ik niet gedacht dat wij er zo lang over zouden doen. Ik had graag eerder duidelijkheid gehad. Er is geen mogelijkheid om het nu in een ander wetsvoorstel te regelen, maar het is wel zo dat er afspraken zijn gemaakt en dat de verzekeraars die allemaal in hun polissen hebben verwerkt. De wettelijke verankering die we graag zien, zit inderdaad in deze wet.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Het ging ook om de kwestie van de overstap. Als een pgb-houder van verzekeraar wil veranderen, is dat een heel ingrijpende en ingewikkelde operatie. Kan de minister daar iets over zeggen?

Minister **Schippers**:

Ten aanzien van het systeem van het pgb zal dat zo zijn, maar ik kom daarop terug bij de beantwoording van de vragen van mevrouw Slagter. Zij heeft iets van twintig vragen gesteld over het pgb. Vindt er periodiek een indicatiebijstelling plaats, waarin er dus wordt gekeken of de indicatie nog klopt? Die bijstelling heb je bij de verzekeraar waar je zit en die zul je ook bij je nieuwe verzekeraar krijgen. Het is niet zo dat je nieuwe verzekeraar, voordat je binnenkomt, gaat kijken of je indicatie klopt, maar als je overgaat naar een andere verzekeraar, zal die net als je huidige verzekeraar op een gegeven moment langskomen om te bezien hoe het zit met je indicatie en of die nog actueel is. Dat is echter geen aparte hobbel of barrière, en het is ook niet zo dat dit bij de ene verzekeraar anders gaat dan bij een andere.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

De vraag was of mensen opnieuw een pgb moeten aanvragen als zij van verzekeraar veranderen.

Minister **Schippers**:

Nee, dat hoeft je niet apart aan te vragen. Je neemt je pgb gewoon mee.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Je neemt je eigen pgb mee, oké. Bij de overstap kan er wel een indicatie bijkomen, maar dat is geen hindernis, zegt u?

Minister **Schippers**:

Nee. Er komt geen aparte indicatie, maar het kan wel zijn dat de verzekeraar, als je er eenmaal bijvoorbeeld een half jaar bent, komt kijken of je indicatie nog klopt. Dat kan echter bij een verzekeraar waar je al langer bent, ook gebeuren. Men zal een bepaald systeem hebben van periodieke check. Ik kom daar straks nog op terug als ik de vragen van mevrouw Slagter beantwoord.

De heer Ganzevoort vroeg of ik bereid ben om artikel 13 niet in werking te laten treden. Ik vind dat een heel belangrijk onderdeel van dit wetsvoorstel. U kunt het wetsvoorstel afwijzen, maar ik ben niet van plan om artikel 13 er zelf uit te halen.

Er zijn vragen gesteld over dure geneesmiddelen. Ook daar geldt voor: als zij onderdeel zijn van de richtlijnen, dan zullen verzekeraars ze moeten vergoeden. De verzekeraars hebben immers gewoon een zorgplicht. Het is dus niet zo dat daarover een twist kan ontstaan tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar, waarvan de patiënt dan de dupe wordt. Er zijn behandelrichtlijnen. Artsen moeten op basis van die behandelrichtlijn voorschrijven en zorgverzekeraars moeten dat op basis van hun zorgplicht vergoeden. Financiële problemen mogen nooit over de rug van de patiënt worden uitgevochten. Ziekenhuizen en verzekeraars moeten proble-

men die daaruit eventueel voortkomen, gezamenlijk oplossen.

Wel krijgen wij een aantal heel dure geneesmiddelen op de markt. Dat heeft KWF in een rapport heel helder aan mij laten weten. Het gaat om dure geneesmiddelen voor groepen van grote omvang, bijvoorbeeld op het gebied van longkanker, op het gebied van reuma en op het gebied van MS. De vraag is wat we daarmee gaan doen, want als je dat doorrekent, is het beslag echt enorm. Ik heb een werkgroep opgericht waarin iedereen vertegenwoordigd is: kenniscentra, KWF, voorschrijvers, patiënten. Die groep moet bezien hoe we dit soort moeilijke dilemma's vanuit de inhoud van de zorg kunnen oplossen.

Ik denk dat aanpassing van artikel 13 in deze fase nodig is. We zijn nu acht jaar met het zorgverzekeringsstelsel bezig. In deze fase hebben we meer kracht nodig om voor de patiënt daadwerkelijk de verbeteringen in kwaliteit eruit te halen, die we er graag uit willen halen.

Ik kom op de toekomstige opheffing van het verbod op verticale integratie. Ik zal de Kamer niet vermoeien met een wet als ik denk dat we daar het jaar daarop weer vanaf willen. Als we kijken naar de sector en de klontering zien — ik zeg het maar even in mijn eigen woorden — die aan twee kanten plaatsheeft, dan moeten we daar voorlopig niet aankomen. Maar niets is voor eeuwig. Er zal op een gegeven moment gekeken moeten worden of dit nog zinnig is en wat de voordelen zouden zijn als we er vanaf zouden gaan.

Ontstaat de spreiding van de medisch-specialistische zorg over het land vanzelf? Nee, die ontstaat niet vanzelf, maar zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Ze hebben sowieso een 45 minuten norm voor spoedeisende hulp, maar ze hebben ook een zorgplicht voor de rest van de zorg. Zo zul je zien dat er vanzelf een goede spreiding over het land plaats zal moeten vinden.

Op de pgb-houder ben ik al ingegaan.

De restitutiepolis telt mee in het gemiddelde van de premies op basis waarvan de zorgtoeslag wordt vastgesteld. Bij de huisartsenzorg verandert er eigenlijk niets ten opzichte van het huidige artikel 13, want daar blijft die gewoon onder vallen.

In antwoord op de vraag van mevrouw Dupuis zeg ik dat Nederland inderdaad relatief lage eigen betalingen kent. Wij hebben het eigen risico, dat is sowieso al een heel rare eend in de bijt. De meeste landen kennen eigen betalingen boven een eigen risico. Ik vind dat ook een zekere charme hebben. Een eigen risico maak je in één keer op. Na één keer in het ziekenhuis is het echt wel op en dan hoeft je verder niets meer te betalen, terwijl het systeem van de eigen betalingen veel fijnmaziger is. Wij kennen daar relatief weinig van.

Hoe loopt het contracteren via maatschappen, afdelingen of hele ziekenhuizen? Je ziet dat het nu met name nog ziekenhuizen zijn, maar ik kan mij voorstellen dat het steeds meer zo zal zijn dat ook zorgverzekeraars zeggen: u bent hier zo dramatisch slecht in en uw buurman is zo veel beter, stop ermee. Ik vind dat ter bescherming van de patiënt

alleen maar heel erg goed, als het op basis van feiten zou gebeuren.

Hoe gaat het als er een wachtlijst ontstaat? Mag de patiënt dan naar een ander ziekenhuis? Die vraag betreft artikel 2b. De zorgplicht van de zorgverzekeraar houdt in dat er zorg op redelijke termijn of op redelijke afstand beschikbaar moet zijn. Is die zorg er niet op redelijke termijn, dan zal de zorgverzekeraar je inderdaad moeten doorgeleiden naar een aanbieder die de benodigde zorg wel kan bieden.

Is het niet zo dat vooral grote ggz-instellingen gecontracteerd worden en steeds minder zelfstandig werkende hulpverleners? Ik denk dat ik daar al op in ben gegaan. Ik acht dat inderdaad jammer en we moeten het zien te voorkomen. Vandaar dat ik zin op een veel efficiënter systeem, waarin de kleinere aanbieders veel beter hun waar in de etalage kunnen zetten. Zij kunnen het maatwerk leveren dat je bij enorm grote instellingen niet krijgt.

Gevraagd is naar de stand van zaken ten aanzien van de hoogte van pgb's. Die waren heel hoog. Hoe staat het daar nu mee? Gevraagd is of ik daar gegevens over heb en wat in dezen redelijk is. Is er een vergelijking tussen thuisblijven of in een verpleeghuis bij een hoger zzp? De vraag impliceert dat er een pgb wordt gegeven zonder dat er wordt gekeken wat nodig is. De basis is en blijft wel een indicatie. Bij die indicatie moet goed gekeken worden welke zorg de verzekerde echt nodig heeft. Dat gaat vooraf aan de vraag welk bedrag men daaraan hangt.

De verwachting is dat de wijkverpleegkundigen die rol goed kunnen vervullen en dat er dus doelmatig geïndiceerd zal worden. In de AWBZ was de toegang veel minder strak georganiseerd. Daar hing aan de geïndiceerde zzp meteen een vastgesteld bedrag. Onder de Zvw zal dat gaan veranderen. De zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid om de hoogte van de vergoeding vast te stellen en kan dus ook sturen op doelmatigheid. Bijdragen bij verpleging en verzorging kunnen erg verschillen. Bij verpleging en verzorging gaat het gemiddeld om budgetten van zo'n €10.000 tot €20.000 per jaar. Bij bepaalde zorgvormen, met name palliatief terminale zorg en intensieve kindzorg, kunnen de budgetten echt hoog oplopen. Dan kunt u zeker denken aan bijdragen van meer dan een ton per jaar.

Het hoogste bedrag dat iemand aan pgb ontvangt is, op basis van een representatief deelbestand van budgethouders dat mijn ministerie ter beschikking staat, ruim €300.000. Omdat het om een deelbestand gaat, is niet uit te sluiten dat er nog een hoger pgb bestaat. Het is overigens niet per se een pgb dat straks onder de Zvw valt. Dat zijn inderdaad heel forse bedragen.

Wie houdt toezicht op de verwevenheid van organisaties, bijvoorbeeld Achmea en aandeelhouder Rabobank? Is daar toezicht op? Ja, dat gebeurt door de Nederlandsche Bank. Hoe voorkomen we dan dat bedrijfseconomisch belang de boventoon voert? Als dat de boventoon voert, gaat iedereen weg bij Achmea. Dat is uiteindelijk toch waar het om gaat. Er is natuurlijk toezicht. Er is toezicht op de kwaliteit door de inspectie. De NZa houdt toezicht op de vraag of je je netjes houdt aan de regels die we hebben afgesproken betreffende acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, et cetera. De Nederlandsche Bank houdt toezicht op

de vraag of er netjes wordt gehandeld binnen de organisatie en de verwevenheid van de organisaties.

Hoe verloopt de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars? In de praktijk krijgt die samenwerking onder meer vorm in de sociale wijkteams. Daarin opereren wijkverpleegkundigen samen met professionals uit het sociale domein. Dit loopt niet via zorgkantoren maar rechtstreeks tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Maakt het bij pgb-Zorgverzekeringswet uit of een verzekerde een restitutiepolis of een naturapolis heeft? Met het wetsvoorstel dat wij hier nu bespreken, wordt het pgb verplicht gesteld in alle polissen, dus zowel in restitutiepolissen als in naturapolissen. Zorgverzekeraars mogen binnen de grenzen van de wet en met inachtneming van de gemaakte bestuurlijke afspraken zelf invulling daaraan geven. Er kunnen ook nuanceverschillen optreden in de vormgeving.

Staat dit al in alle polissen? Die worden immers over drie weken ingevoerd. Hoe kunnen patiënten hierop anticiperen? Zorgverzekeraars hebben op basis van de in het voorjaar gemaakte bestuurlijke afspraken de pgb opgenomen in hun polissen. Uiterlijk op 19 november hebben zorgverzekeraars hun verzekerden geïnformeerd over de polissen. Ook de pgb-houders zijn geïnformeerd door de zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen zich oriënteren op de mogelijkheden bij verschillende zorgverzekeraars. Voor 1 februari moeten zij hun keuze hebben gemaakt, als zij willen overstappen en hun oude verzekering voor 1 januari hebben opgezegd. Alle Zvw-rgb-houders hebben daarnaast een separate brief ontvangen van hun zorgverzekeraar. Deze brief informeert mensen over het tarief dat de zorgverzekeraars zullen aanhouden voor de zorg die wordt ingezet met het pgb.

Hoe robuust is de overgangsregeling voor kinderen die zijn aangewezen op kindzorg en ouderen die zijn aangewezen op langdurige extramurale verpleging en verzorging en die nu gebruikmaken van een pgb? Met de overheveling van de verpleging en verzorging vervalt de grondslag voor het pgb onder de AWBZ voor deze groepen. Met dit wetsvoorstel wordt gegarandeerd dat alle zorgverzekeraars ook het pgb in de Zorgverzekeringswet aanbieden, niet alleen dit jaar maar alle jaren. Er zijn overgangsafspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo over de toegang tot het pgb, zodat het pgb op 1 januari kan worden voortgezet onder de Zorgverzekeringswet.

De afspraken houden ook in dat verzekerden die in 2014 op grond van de AWBZ-rgb zorg van niet-professionals ontvingen, tot uiterlijk 1 mei 2015 de kosten vergoed krijgen als deze niet-professionele zorg wordt voortgezet voor een bedrag dat hoger is dan €20 per uur maar niet meer dan €653 per uur, het maximale uurtarief onder de AWBZ. Doordat de maximale vergoeding voor zorg door niet-professionals tot 1 mei 2015 niet voor hen geldt, hebben deze cliënten en hun hulpverleners voldoende tijd om de door hen gesloten overeenkomsten aan te passen aan de nieuwe regels. Let wel: deze pgb-houders hebben nu wel een eigen bijdrage maar deze vervalt in de Zorgverzekeringswet. En die eigen bijdrage kan fiks oplopen, tot wel €700 per jaar.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het tarief van het pgb? Vanaf 1 januari ... Dat gaat over het tarief van €20. Dan wordt in de Zorgverzekeringswet hetzelfde bedrag

gehanteerd, namelijk €20 per uur voor niet-professionele hulp.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Misschien kan ik aanvullend een vraag stellen over de inkoop van professionele hulp. De berichten zijn heel duidelijk dat daar een veel lagere prijs wordt ingezet dan wat wijkverpleegkundige zorg eigenlijk kost. Dat geeft heel veel spanning in het land.

**Minister Schippers:**

Dat is mij niet bekend. Het is natuurlijk wel zo dat we de wijkverpleegkundigen hebben overgeheveld met een korting. Die korting wordt in natura doorgevoerd maar ook op het pgb. Die wordt dus in zijn geheel doorgevoerd. Die afspraken hebben we daarover met elkaar gemaakt. Het zal mij niet verbazen als daar inderdaad minder per uur ter beschikking is dan wel minder uren ter beschikking zijn.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik wil daar een vraag over de indicatie aan koppelen. Ik dacht dat de zorgverzekeraars zelf de indicatie konden doen en dat dat niet gebeurt door tussenkomst van het centraal indicatieorgaan. Of wordt dat door de wijkverpleegkundige zelf gedaan? Dan is er toch een vastgesteld protocol voor?

**Minister Schippers:**

Ja, de wijkverpleegkundige gaat zelf indiceren. Dat is het grote verschil met de manier waarop het nu gaat. Volgens mij is dat overigens een heel oude wens van de SP.

Voor cliëntondersteuning geldt dat die onderdeel is van de ondersteuning die gemeenten gaan bieden in het kader van de Wmo 2015. Die cliëntondersteuning is kosteloos beschikbaar. Het gaat daarbij onder meer om informatie, advies en algemene ondersteuning betreffende de mogelijkheden op het vlak van een zo integraal mogelijke dienstverlening op een breed terrein, waaronder zorg. Om te voorkomen dat iedereen op zijn eigen deelgebiedje allerlei dingen doet, is deze cliëntondersteuning een soort bundeling van de informatie.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik denk dat de minister daar niet helemaal gelijk in heeft. Er is inderdaad cliëntondersteuning die gemeenten moeten bieden onder de Wmo. Echter, de zorgverzekeraars zijn ook verplicht om zelf cliëntondersteuning ten aanzien van de wijkverpleegkundige hulp te bieden. De laatste berichten zijn dat dat nog heel slecht is geregeld. Ik hoor nog graag van de minister, mogelijk in tweede termijn, hoe het staat met de inkoop van cliëntondersteuning door de zorg en de beschikbaarheid daarvan door zorgverzekeraars.

**Minister Schippers:**

Naar mijn informatie is het zo dat die cliëntondersteuning juist integraal wordt gegeven om te voorkomen dat we allerlei onderdelen hebben. Het kan wel zijn dat verzekeraars daar een zekere inkoop in hebben, maar het worden niet allemaal losse onderdeeljes. Ik zal dit echter apart houden voor de tweede termijn.

Dan het trekkingsrecht. Eigenlijk is restitutie een trekkingsrecht. Dat is het grote verschil met de AWBZ en dat is ook waarom dit in dit geval net anders ligt. Het is anders dan in de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. Daar is het eigenlijk een subsidie, omdat je daar die restitutie niet hebt. Eigenlijk heb je het dus al in de Zvw. Het ligt dan niet voor de hand om het bij een andere organisatie, bijvoorbeeld de Sociale Verzekeringsbank, te beleggen. Immers, verzekeraars handelen hier al voortdurend mee in allerlei vormen in die restitutie, waaronder de Zorgverzekeringswet-pgb.

In 2015 zal een verzekerde, indien hij dit wenst, voor de ondersteuning bij zijn werkgeverstaken wel gebruik kunnen maken van de diensten van het Servicecentrum PGB van de SVB. Voor de jaren na 2015 zullen we moeten kijken wat een toekomstbestendige oplossing daarvoor is.

Tot slot. Ik heb het net niet gehaald, voorzitter, dat spijt me.

**De voorzitter:**

Ik vind dat u in ieder geval een aardige poging doet.

**Minister Schippers:**

De heer De Lange heeft veel nadruk gelegd op risicoselectie als aantasting van het systeem. Ik deel zijn zorgen op dat punt en ik deel ook de waakzaamheid die we moeten hebben. Ik kan toezeggen dat we daar vol op zullen zitten. Het is namelijk niet te accepteren. Als we die weg opgaan, is dat een bommetje onder het systeem zoals we dat met elkaar opzetten.

**De heer De Lange (OSF):**

De minister zegt dat ze maatregelen zal nemen, als we die weg opgaan. Dat is natuurlijk goed nieuws, maar mijn stelling is dat een heleboel zorgverzekeraars die weg al zijn opgegaan. Ik heb er ook voorbeelden van gegeven. Is de minister in de positie om daar nu al iets aan te doen? Dat lijkt mij van belang.

**Minister Schippers:**

Naar aanleiding van die signalen, die ik natuurlijk ook ken, heb ik de toezichthouder gevraagd om die toezichthoudende taak op te pakken. De toezichthouder heeft gezegd dat hij dat doet, dat hij er momenteel goed onderzoek naar doet en dat hij daarmee binnen een paar maanden klaar is. Je kijkt naar de nieuwe polissen zoals ze nu zijn. Die zijn sinds 19 november bekend, dus ze kunnen er nu onderzoek naar doen. Ik heb gevraagd om niet alleen onderzoek te doen, maar mij ook maatregelen te geven zodat we die niet apart moeten bedenken, maar meteen iets kunnen doen. Ook heb ik gevraagd om toezicht te houden, als er nu al iets wordt ontdekt wat niet kan.

**De heer De Lange (OSF):**

Dank u. Dan is dat opnieuw goed nieuws.

**Minister Schippers:**

Ik kom bij de ontwikkeling van de zorgverzekeraar en mijn visie op het fenomeen van de ontwikkeling naar meer macht en invloed. Dat hangt er heel erg van af. Ik denk dat u gelijk



hebt als het over de kleine beroepsbeoefenaren gaat. De zorgverzekeraar heeft echter weinig in te brengen, als het om grote ziekenhuizen gaat en er in de omgeving geen andere ziekenhuizen zijn. Uit de laatste evaluatie is dat ook gebleken. Daarom moeten wij oppassen met verschraving van het aanbod, waardoor je nog maar één aanbieder hebt en je vervolgens geen alternatieven meer hebt om je zorg in te kopen. Bij eerdere sprekers ben ik al daarop ingegaan.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ziet de minister die machtsconcentratie van zorgaanbieders als een automatisch proces of als een gevolg van het feit dat er ook aan de kant van zorgverzekeraars een enorme machtsconcentratie is, waardoor ze zelfs zo groot moeten worden om nog een sparringpartner te zijn?

**Minister Schippers:**

En-en. Wij zien in krimpgebieden dat men weinig patiënten heeft. Dan mogen we heel blij zijn als men een ziekenhuis daar goed draaiende kan houden en mensen hun bevoegdheden kunnen houden. Ik zie ook die andere kant, maar die wil ik niet op. Ik wil alles in het werk stellen om dat te keren, want ik zie heel weinig heil in klontering ten opzichte van klontering. Ik zie dat aan twee kanten. Ik deel die zorgen, maar ik heb net ook aangegeven wat ik voornemens ben te doen.

Ten aanzien van godsdienst, gezindheid en levensovertuiging wil ik het volgende expliciet zeggen. Momenteel licht ik het pakket door op dingen die niet werken, op het evidence-based zijn. Ik heb veel geld gestoken in het binnenstebuiten laten keren van pakketten. Dingen die niet werken, moeten niet in het pakket zitten. Heel vaak wordt er gezegd dat iets voor de ene groep wel werkt en dat het voor de andere groep geen zinnige en zuinige zorg is. Daarom zoek ik een bondgenoot in de medisch-specialisten en in de artsen, die veel meer bekijken: is dit zinnig en zuinig voor u? Wij willen geen hocuspocus of niet aangetoonde dingen in het pakket trekken, maar het is wel mogelijk dat iemand, met name in de ggz, zegt: ik heb een levensovertuiging en ik kan mijn ei beter kwijt bij een psychiater die mijn levensovertuiging begrijpt. Of: ik ben homoseksueel en ik kan mijn ei beter kwijt bij iemand die geen christelijk of ander geloof heeft. Je kunt alle variaties bedenken. Dan is het wel van belang dat daarmee rekening wordt gehouden. Dat is de afspraak, maar het gaat gewoon om zorg waarvan wij hebben vastgesteld dat die werkt.

Ik kom bij de extra transparantie-eisen. Hoe stellen zorgverzekeraars kwaliteit vast en is dat wel hun competentie? Zij nemen nu veel normen uit het buitenland over, bijvoorbeeld voor borstkankerzorg. Op een gegeven moment is extra niet beter; meer is niet beter. Op een gegeven moment heb je de top bereikt. Ik denk dat met name door de transparantie-eisen die wij in deze wet vastleggen veel meer wordt meegekeken of er reële criteria worden gehanteerd bij de inkoop. Wij weten het nu gewoon niet. Men koopt gewoon in. Als zorgverzekeraars hebben aangegeven wat de criteria zijn, dan heb je daar ook een gesprek over. Ik denk dat dat een enorme transparantieslag zal betekenen. Ik vind dat een groot en waardevol onderdeel van dit wetsvoorstel.

Voorzitter. Volgens mij heb ik alles beantwoord, maar nog niet helemaal, zie ik.

**Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):**

Ik mis nog twee antwoorden. Het ene gaat over de zorgkosten. De hardwerkende burger is meer gaan betalen en er wordt gezegd dat dit ligt aan het beleid van de minister. Ik vraag de minister om op die redenering in te gaan. Dat mag ook in de tweede termijn. Dat is niet zo'n probleem.

De minister heeft in 2008 als Kamerlid gezegd dat de keuzevrijheid van de patiënten drastisch wordt beperkt door dit artikel, maar zij is nu een andere mening toegedaan. Wat is de reden daarvan?

**Minister Schippers:**

Op het laatste ben ik expliciet ingegaan. Ik zie dit niet als een beperking van de vrije artskeuze. Ik weet dat er verschillend over wordt gedacht, maar in mijn visie is dat echt niet aan de orde. Je kunt namelijk gewoon kiezen. Het grote verschil is dat wij acht jaar verder zijn sinds de invoering van het zorgverzekeringsstelsel. Zoals wij het nu hebben georganiseerd, bereiken wij zowel qua doelmatigheid als qua kwaliteit onvoldoende resultaat. Hoewel wij in de internationale ranglijsten bij de cure heel hoog staan en hoewel wij overal wel goed scoren, zie ik grote verbeteringen die wij alleen kunnen realiseren als wij veel meer sturingsinstrumenten hebben. Je kunt zeggen dat de kosten stijgen, maar de premie voor de Zorgverzekeringswet in 2011 is hetzelfde als in 2012 en 2013. Wij hebben een dipje gehad in 2014, maar in 2015 is die weer hetzelfde. Als de premie in 2015 nog hetzelfde is als in 2011 — dat is een periode van vier jaar waarin de kosten zijn gestegen, waarin nieuwe medicijnen in het pakket zijn gekomen, waarin wij veel meer kunnen en waarin mensen veel meer een beroep doen op zorg — dan zeg ik: chapeau aan de zorgsector, die een enorme productiviteitsgroei heeft laten zien. Dat hebben we in andere landen niet gezien. Die hebben dezelfde zorg. Die productiviteitsgroei heb ik in het Verenigd Koninkrijk niet gezien. Het heeft er ook mee te maken hoe wij het met elkaar hebben ingericht.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Wij zijn nu toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer.

□

**De heer Flierman (CDA):**

Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording. Wij zijn het in die beantwoording zeker niet op alle punten eens geworden met de minister. Ik noem bijvoorbeeld de vraag of artikel 13 wel of niet gewijzigd moet worden. Ik noem ook nog maar even de betekenis van het Europees recht.

Ik heb ook een paar dingen gehoord waarover ik niet ontevreden hoeft te zijn. Het gesprek over de kleine aanbieders geeft aan dat de minister nadrukkelijk zoekt naar mogelijkheden om hun een goede positie te geven. De manier waarop zij sprak over polissen, de kostenstructuur en de stappen die zij op dat punt wil zetten, geeft reden om daar nog eens even rustig over na te denken.

Ik heb de minister aan het slot van haar reactie ook nog horen zeggen dat zij hecht aan een goede spreiding van ziekenhuizen over het land en dat zij ook in de regio — ik

citeer haar nu — alles in het werk wil stellen om te zorgen dat er ook in de regio een goed aanbod beschikbaar blijft. Over dat laatste onderwerp zullen wij na het reces nog een apart overleg met de minister voeren, maar dit was in ieder geval een mededeling die ik graag hoor.

Ik heb nog een paar punten. Die zorg in de buurt is mij toch blijven intrigeren. De minister wijst op het belang van de rol van de huisarts. Dat herken ik, maar dan zou je toch denken dat ook de eerstelijns-ggz in die buurt heel belangrijk is. Mevrouw Slagter heeft er ook opmerkingen over gemaakt. Dan begrijp ik niet waarom voor de huisarts een ander regime onder artikel 13 gaat gelden dan voor de ggz, even onverlet latend dat de sector misschien een afspraak daarover heeft gemaakt of daarop wil terugkomen. Ik snap niet goed waarom de huisarts in die buurt onder een ander regime valt dan de andere aanbieders van eerstelijnszorg, met name de ggz.

Bij de opmerkingen over het kostenplaatje heb ik geen interruptie geplaatst, maar daaruit mag men niet afleiden dat ik het wel begrepen heb. De minister zei dat er 27 miljard omgaat in de medisch-specialistische zorg en de ggz en dat zij op dat terrein een volumebeperking wil realiseren. Die ambitie onderschrijven wij. Terecht wijst de minister er eenen andermaal op dat op dat punt al heel veel gerealiseerd is. Het interessante is dat er dus ook al veel gerealiseerd is met het huidige artikel 13. Er kan dus al heel veel beperking gerealiseerd worden met artikel 13 in de huidige vorm.

De minister noemde bedragen van 62 miljoen en 114 miljoen die omgaan in de niet-gecontracteerde zorg. Het intrigeert mij dat het gaat om een volume dat er wel is. Er is behoefte aan die zorg. Wij kunnen die behoefte niet zomaar wegstrepen en vervolgens zeggen dat die niet meer bestaat en dat wij daarmee bijna 200 miljoen hebben bespaard. Dat volume is er. Er is nu een eigen bijdrage in dat volume, omdat men maar 75% of 80% vergoed krijgt. Dat zal toch een volumeprikkel inhouden. Met andere woorden: dat volume zal niet minder worden, ook als wij artikel 13 op de voorgestelde manier wijzigen. Wellicht kan dat hier en daar tot een iets scherpere inkoop leiden, maar ik vraag mij af of dit de kostenbesparing oplevert die de minister voor ogen heeft.

Wij hebben een aantal opmerkingen gemaakt over het stelsel. De minister heeft enkele zaken genoemd die haar aandacht hebben. Zij schetste hoe de NZa actiever werd, dat zij de NZa bepaalde dingen gevraagd heeft en dat zij zelf wil kijken naar de rol van de kleine aanbieders. Ook heeft zij gesproken over de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Wij hebben de minister gezegd dat wij op grond van alle evaluaties en berichten graag de visie van de minister op het stelsel en de ontwikkeling van het stelsel horen, zodat wij daarover in het komend halfjaar nog eens met haar van gedachten kunnen wisselen. Ik dien graag een motie in waarin de minister wordt uitgenodigd om die visie aan ons voor te leggen.

Door de leden Flierman, Slagter-Roukema, De Lange, Thissen, Ganzevoort, De Vries-Leggedoor en Martens wordt de volgende motie voorgesteld:

---

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het stelsel in de gezondheidszorg, gebaseerd op geregleerde, vraaggerichte sturing door tussenkomst van zorgverzekeraars inmiddels enkele jaren werkt;

overwegende dat het stelsel tegelijkertijd nog steeds in ontwikkeling is;

overwegende dat verschillende instanties op onderdelen het stelsel hebben geëvalueerd;

overwegende dat uit deze evaluaties een aantal serieuze problemen en aandachtspunten naar voren komt;

verzoekt de regering om begin 2015 haar eigen evaluatie van de ontwikkeling van het stelsel tot nu, en haar voorstellen met betrekking tot de verdere ontwikkeling ervan aan de Kamer voor te leggen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter J (33362).

De heer **Flierman** (CDA):

Gehoord het debat en de standpunten, zijn de krijtlijnen voor een groot deel duidelijk. Er is nog één punt dat mij bezig houdt. Ik kijk nu naar mevrouw Beuving; ik had mijn vraag misschien gisteren aan het slot van haar inbreng in eerste termijn moeten stellen, maar ik stel de vraag bij deze alsnog. Wij hebben vanochtend van de heer Postema gehoord dat de PvdA worstelt met de ontwikkeling van het stelsel en dat een aantal daarin betrokken lijnen bepaald niet sporen met hetgeen de PvdA vanuit haar eigen opvattingen vindt. Ik ben heel benieuwd hoe mevrouw Beuving de voorliggende wet, in het bijzonder de bepalingen rond artikel 13, waardeert in het licht van het gedachtegoed van de PvdA zoals de heer Postema ons dat vanochtend nog eens heeft uiteengezet.

Ik constateer dat wij het met de minister over artikel 13, zeker als het gaat over de eerstelijns-ggz, niet eens zullen worden. Ik dien dan ook op dat punt een motie in.

Door de leden Flierman, Ganzevoort, Thissen, De Vries-Leggedoor, Martens en Slagter-Roukema wordt de volgende motie voorgesteld:

---

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat anders dan de meeste vormen van eerstelijnszorg, de toegankelijkheid van de anderhalvelijnszorg, de generalistische basis-ggz en de ambulante specialistische ggz beperkt dreigt te worden door het schrappen van het "hinderpaalcriterium" in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet;

overwegende dat juist in deze vormen van zorg een persoonlijke relatie tussen cliënt en zorgaanbieder van grote betekenis is;

overwegende dat ook in het perspectief van identiteit, geaardheid en religieuze overtuiging van de cliënt de ver-  
trouwensrelatie op dit vlak van grote betekenis is;

spreekt uit, dat het gewenst is dat ook voor deze vormen  
van zorg in de eerste lijn het recht op de vrije keuze van  
een hulpverlener gewaarborgd blijft;

verzoekt de regering, deze vorm van zorg via aanvullende  
wetgeving toe te voegen aan de uitzonderingen als vermeld  
in artikel 13aa, voordat de wet in werking treedt,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter K (33362).

De heer **Flierman** (CDA):

Wij wachten met belangstelling de reactie van de minister  
in de tweede termijn af. Daarna zullen wij de komende  
dagen in de fractie ons definitief oordeel over de wet bepa-  
len.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Voorzitter. Wij danken de minister voor de antwoorden in  
haar bijdrage in eerste termijn. Onze bezwaren zijn hiermee  
niet weggenomen.

In Medisch Contact lazen wij de volgende casus. Een pati-  
ënte wordt door de huisarts met voorrang naar het  
dichtstbijzijnde ziekenhuis verwezen in verband met de  
verdenking van darmkanker. De diagnose wordt bevestigd  
en de behandeling snel gestart in het ziekenhuis dat bekend  
staat om zijn uitstekende expertise op het gebied van  
darmkanker. De zorgverzekeraar gaat echter niet akkoord.  
De patiënte heeft een naturapolis en het behandelende  
ziekenhuis heeft geen contract met de zorgverzekeraar. Het  
gevolg is dat de vrouw een deel van de kosten zelf moet  
betalen en dat zij voor het vervolg van de behandeling naar  
een ziekenhuis moet dat verder weg ligt en minder expertise  
in huis heeft. Het bezwaar hiertegen wordt door de zorgver-  
zekeraar niet gehonoreerd. Zover is het in Nederland al  
gekomen.

Intussen is in Amerika allang gebleken dat het systeem niet  
werkt. Daar is men er weer vanaf gestapt. Waarom gaan  
wij dan nog op deze voet door? Is dit de bedoeling? De  
petitie die ons gisteren aangeboden is, met daaronder 5,5  
miljoen handtekeningen, zegt mij als volksvertegenwoordi-  
ger genoeg. Onze fractie staat voor de keuzevrijheid van  
de patiënt via artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Zij  
vindt de wijziging slecht, onnodig, ongewenst, juridisch  
discutabel en verwarrend voor de consument, zoals de  
Consumentenbond het betoog samenvatte.

Restitutiepolissen zijn nu al veel duurder dan naturapolis-  
sen. Dit verschil zal verder toenemen. Grote groepen verze-  
kerden zullen in de praktijk niet de keuze hebben tussen  
een naturapolis en een restitutiepolic, omdat de laatste voor  
hen onbetaalbaar zal blijken te zijn. Omdat wij het belangrijk  
vinden dat er een betaalbare restitutiepolic behouden blijft  
en verzekeraars niet verplicht zijn om deze aan te bieden  
— de minister bevestigde dat vandaag nog — dient de PVV  
een motie in. Deze motie is medeondertekend door de PvdD,

de SP, de OSF en 50PLUS. Gezien de woorden van senator  
Beuving, gisteren in eerste termijn, kan het bijna niet anders  
dan dat wij voor deze motie ook de steun krijgen van de  
PvdA.

Door de leden Frijters-Klijnen, Van Strien, De Lange, Kops,  
Reynaers, Nagel, Kok, Slagter-Roukema en Koffeman wordt  
de volgende motie voorgesteld:

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat keuzevrijheid voor de verzekerden in ons  
zorgstelsel van wezenlijk belang is;

overwegende dat met een restitutiepolic de keuzevrijheid  
van de verzekerde gewaarborgd blijft;

overwegende dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn een  
restitutiepolic aan te bieden;

verzoekt de regering, te garanderen dat verzekeraars altijd  
minstens één restitutiepolic aanbieden, die maximaal 5%  
duurder is dan de naturapolis,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter L (33362).

Mevrouw **Beuving** (PvdA):

Voorzitter. Het is een voorrecht om met deze minister te  
debatteren. Ik dank haar voor de inhoudsrijke en heldere  
antwoorden op onze vragen. De minister heeft terecht  
gezegd dat we heel veel van zorgverzekeraars vragen en  
verwachten. Ik zou daar in het licht van het vertrouwen dat  
wij en de mensen in het land moeten kunnen hebben in de  
zorgverzekeraars nog het volgende naast willen plaatsen.  
De zorgverzekeraars moeten de grenzen weten waarbinnen  
ze moeten opereren. Ze moeten niet alleen de ruimte zien  
die ze krijgen, maar juist ook de grenzen zien en deze res-  
pecteren. Het belang van de verzekerden is zo'n grens. De  
acceptieplicht is zo'n grens en daarmee samenhangend het  
belang van geen risicoselectie. Zo kan ik doorgaan, want  
er zijn heel veel grenzen.

Naast dit punt heb ik nog twee vragen die ik de minister  
wil voorleggen, waarvan de eerste een herhaling is. Wellicht  
heb ik het antwoord gemist, maar ik wil de vraag nog wel  
even herhalen. De tweede vraag is nieuw, naar aanleiding  
van een actualiteit. De eerste vraag gaat over de kwestie  
van de hulpmiddelenzorg. Zou die zorg niet ook onder de  
uitzonderingen van artikel 13aa moeten vallen? De nieuwe  
vraag stel ik naar aanleiding van recente berichten in NRC  
Handelsblad over de budgetten van gecontracteerde zorg-  
aanbieders die op kunnen zijn. Bij naturapolissen is het de  
bedoeling dat verzekerden een zorgverzekeraar kiezen op  
basis van eenvoudig kenbare informatie over welke zorg-  
aanbieders door de zorgverzekeraars zijn gecontracteerd.  
Dan zouden verzekeraars toch eigenlijk niet in de loop van  
het jaar moeten kunnen zeggen dat het budget van de  
gecontracteerde zorgaanbieder op is? Dan schoffel je naar

mijn gevoel de grond onder de voeten van de verzekerde vandaan, die juist daarop heeft geselecteerd. Hoe ziet de minister dit?

Tot slot nog het volgende, ook in antwoord op de vraag van de heer Flierman. Mijn fractie zal mede op basis van het debat van de afgelopen bijna 24 uur zich zeer zorgvuldig beraden op dit wetsvoorstel en heel zorgvuldig haar eindafweging maken.

**De heer Flierman (CDA):**

Ik ben niet heel veel wijzer geworden. De heer Postema heeft ons toch een beetje deelgenoot gemaakt van zijn wikken en wegen door aan te geven wat het gedachtegoed van de PvdA is. Dit wetsvoorstel is daarmee in zekere strijd. Hij zet in ieder geval om allerlei redenen, of ik die nou begrijp of niet, een stap. Maar ik hoor mevrouw Beuving zeggen dat haar fractie er nog eens goed over gaat nadenken. Welk advies gaat zij haar fractie geven, niet als het gaat om de concrete beslissing, maar wel om het verband tussen het wetsvoorstel dat wij nu bespreken en het gedachtegoed dat in de boezem van de PvdA bestaat?

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

De heer Flierman zegt dat mijn collega de heer Postema iets zou hebben gezegd over dit wetsvoorstel. Dat kan ik me niet voorstellen. Ik denk dat het is gegaan over het wetsvoorstel waarover hij het woord heeft gevoerd. Hij heeft de aanwezigen deelgenoot gemaakt van wat de heer Flierman een worsteling noemt. Ik heb het liever over overwegingen in verband met het stelsel. Er zit geen ruimte tussen hoe de heer Postema daartegen aankijkt en hoe ik daartegen aankijk. Maar het zijn natuurlijk wel verschillende wetsvoorstellen. Dit wetsvoorstel gaat over artikel 13. Ik heb daarover gezegd wat ik daarover heb willen zeggen en ik kies daarin in overleg met mijn fractie mijn eigen woorden. Zoals gezegd: de eindafweging zullen we zuiver en zorgvuldig maken.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Voorzitter. Ook ik dank de minister voor haar uitvoerige en heldere antwoorden op de vragen en de zorgen die mijn fractie heeft. Ik zeg erbij dat ik het een vruchtbaar en zeer informatief debat vind. Mijn fractie heeft de minister een aantal dilemma's en vragen voorgelegd die ik even langsloop. De minister heeft mij, zeg ik onomwonden, ervan overtuigd dat het verbod op de verticale integratie bij dit wetsvoorstel hoort. Dat komt door de tijd waarin we leven en de klontering van verzekerden en zorgaanbieders, waardoor de taak van de zorgverzekeraars bij de inkoop ligt en niet bij het kopen van zorgaanbieders in de verticale lijn. Ik heb verder begrepen waarom de minister vindt dat artikel 13 daarbij hoort. Dat heeft alles te maken met de kwaliteit van de inkoop. Ik ben blij dat de taken van de NZa volgens de minister op dit punt heel duidelijk worden uitgebreid. De NZa krijgt heel duidelijk de taak om de transparantie van de inkoop heel goed te bewaken. Wij moeten dat voor 1 april aanstaande al doen. Ik ben benieuwd hoe dat gaat. Maar we wachten het af. Ik heb begrepen dat de NZa daar zwaar op zal inzetten. Verder ben ik verheugd dat de kansen van nieuwkomers volgens de minister worden vergroot. Zij zegt terecht dat innovatie nodig is en dat ook tijdelijke toelating is geregeld, met hulpmiddelen en farmacie

als voorbeelden. Wat de Europese kant van de zaak betreft, ben ik het eens met de minister dat, als de zorg in het buitenland nodig is, deze onder de zorgplicht van de verzekeraar valt, voor zover de polis daarin voorziet en de zorg, zowel intramuraal als extramuraal acuut en niet op redelijke termijn beschikbaar is. Zo staat het nu ook in het gewijzigde voorstel. Die redelijke termijn kan en mag zelfs ruimer worden uitgelegd dan de termijn die in artikel 8 van de Europese Patiëntenrichtlijn staat. Dat is de termijn die medisch verantwoord is. Dat zou betekenen dat deze bepaling in haar geheel nog ruimer is dan artikel 8 van de Patiëntenrichtlijn. Daar is in de discussie die hier is gevoerd niet iedereen het mee eens. Ik verwacht dat de rechter daarover ongetwijfeld een uitspraak zal doen. Die uitspraak moeten wij afwachten.

Ook moeten wij afwachten of het nieuwe systeem de wachtlijst herintroduceert. Sommigen hebben daarop gewezen. De minister is daarvan volstrekt niet overtuigd, ook vanwege dezelfde zorgplicht van de zorgverzekeraar. Ik concludeer daaruit dat de zorgverzekeraar de risico's gaat lopen en niet de verzekerde en dat, als er een wachtlijst zou ontstaan, de zorgverzekeraar de plicht heeft om de verzekerde naar een andere zorgaanbieder te verwijzen, omdat hij de zorgplicht heeft om de verzekerde te helpen. Daar houd ik de minister aan.

Het systeem is gericht op vergoeding van verrichtingen en niet op advies van de zorgaanbieder. Het kan heel goed dat een medisch specialist het advies geeft om niets te doen — het gaat vanzelf wel over — in plaats van dat hij een chirurgische ingreep voorstelt. Dan heb ik het over het DOT-systeem, dat daar niet op is ingericht. Mij lijkt dan dat de zorgkosten, als het DOT-systeem daar wel op was ingericht, zouden kunnen worden beperkt. Ziet de minister daar iets in? Wordt daarover nagedacht? Kan ze daar nog op reageren? De komende week gaan we nog spreken over mijn stemadvies aan mijn fractie. Maar eigenlijk is mijn advies aan mijn fractie al impliciet tussen de regels van mijn tweede termijn kenbaar gemaakt.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar doorzettingskracht en haar volhoudingsvermogen. Dat zijn geen mooie Nederlandse woorden, maar we snappen wat we bedoelen. Het beantwoorden van zo veel vragen lijkt de minister alleen maar meer energie te geven. Dat is altijd goed om te zien. Dank voor de antwoorden en voor het verhelderen van een aantal zaken. Op een aantal punten is ook duidelijk geworden wat de minister niet bereid is om te doen. Dat heeft onder andere te maken met de samenhang in dit voorstel. Mevrouw Scholten is overtuigd door de samenhang — dat is mooi — maar wij zijn dat zeker niet. De zorg die we daarbij hebben is dat wanneer dit wetsvoorstel het hier niet haalt, wat een mogelijkheid is, daarmee het goede onderdeel, namelijk dat van het pgb, zou sneuvelen. Dat zouden we erg jammer vinden. Daarom hebben we bij wijze van veiligheidsgordel een motie.

Door de leden Ganzevoort, Slagter-Roukema, Thissen, Flierman en De Lange wordt de volgende motie voorgesteld:

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat wetsvoorstel 33362 (Wet verbod verticale integratie) uit drie onderdelen bestaat die geen duidelijke onderlinge samenhang vertonen;

overwegende dat de regering hierdoor de Eerste Kamer niet de gelegenheid geeft ieder onderdeel op zijn merites te beoordelen;

overwegende dat er ondanks discussie over andere onderdelen brede steun is voor het verankeren van het pgb in de Zvw;

verzoekt de regering, bij een eventueel niet-aannemen van het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie het onderdeel pgb-Zvw zo spoedig mogelijk in te dienen bij separate wetgeving,

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt letter M (33362).

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het zal duidelijk zijn dat wanneer het wetsvoorstel het wel haalt, deze motie uiteindelijk niet in stemming hoeft te worden gebracht. Mocht dat niet zo zijn, dan moet de motie nu wel worden ingediend. Vandaar.

Het lijkt duidelijk dat de coalitie en de dociele drie, voor zover aanwezig, weinig ruimte hebben om anders tegen het voorstel aan te kijken dan er "ja" tegen te zeggen. Dat verwondert mij toch enigszins. Er zijn namelijk heel veel kritische vragen gesteld en bij de vraag naar een soort positieve argumentatie bleek er toch heel weinig overtuigingskracht te zijn. Dat is jammer.

Het blijkt ook dat er in het debat veel drogredenen worden gehanteerd. Een aantal punten wil ik in tweede termijn nog wat onderstrepen. Allereerst gaat het om de vraag of partijen afstand nemen van het hoofdlijnenakkoord. Eerlijk gezegd vind ik dat de minister daarbij de kop wat in het zand steekt. De patiëntenverenigingen, de beroepsverenigingen en de brancheorganisaties hebben met hun brief aangegeven dat ze zich grote zorgen maken over de vraag of de voorwaarden van dat akkoord zijn gehonoreerd. Ze hebben de Eerste Kamer een brief geschreven waarin ze vragen om dat in overweging te nemen en de aanpassing van artikel 13 op te schorten zodat ze goed geregeld kunnen worden. De brief is ondertekend door LPGGz, GGZ Nederland, LVVP, MEER GGZ, NIP en VVP. De voorwaarden van partijen zijn nog lang niet voldoende uitgewerkt om artikel 13 aan te passen. Ze geven aan dat ze de minister daarover ambtelijk geïnformeerd hebben. De minister heeft zelf gezegd dat ze verzocht heeft om een spoedig overleg. Dit betekent toch dat er een nieuw gegeven op tafel ligt waarover wij graag informatie zouden willen hebben. Hoe zit het nou? Is het inderdaad zo dat de partijen van het hoofdlijnenakkoord, in ieder geval binnen het ggz-deel, zeggen dat het op dit moment toch niet zo kan? Zo ja, dan willen we dat graag van de minister horen. Dat is niet iets waar-

over ze nog wel een keer met hen gaat praten, maar een belangrijk feit voor onze weging van het geheel. Ik krijg daarop graag een duidelijker reactie en een stap van de minister.

Ik heb nog een vraag over de kwaliteitskenmerken die belangrijk zijn bij de inkoop van ggz. Gehechtheid van de relatie lijkt mij daar toch een belangrijk element in. De vertrouwensrelatie — dit punt is al eerder genoemd — mag dan misschien ook als kwaliteitskenmerk bij de inkoop worden genoteerd.

Dan de drogredenen. De minister verwacht in mijn optiek het begrip "vrije artskeuze" met "vrije poliskeuze". Dat lijken mij toch echt totaal verschillende zaken. In het debat werden karikaturen gebruikt als het afkicken in Zuid-Afrika, homotherapie en absurd hoge pgb's. Natuurlijk, er zijn altijd incidenten en er zijn karikaturen, maar dat is toch niet waar we het hier grosso modo over hebben? Als het gaat om de kwaliteitsvoorbeelden, horen we voortdurend de kniehersteloperaties. Maar het brede probleem dat we op heel veel terreinen gewoon toch echt nog te weinig zicht hebben op de kwaliteit bij de inkoop, is een veel substantiëler thema. Ja, er is verbetering, maar de vraag is of we op dit moment al genoeg instrumenten hebben voor verzekeraars om op dat punt te sturen. Eerlijk gezegd zijn we daarvan totaal niet overtuigd.

De vraag die open blijft staan is of het schrappen van het hinderpaalcriterium in artikel 13 werkelijk zo'n groot financieel macro-effect zal hebben. Op dat punt krijgen wij nog geen helder beeld. Daar komt bij dat het huidige artikel 13 ook al allerlei mogelijkheden biedt om te sturen door de verlaagde vergoeding buiten de contracteerruimte. Wordt de weglek niet enorm opgeblazen met de bedoeling een wetsvoorstel door de Kamer te krijgen? Mijn fractie vindt het behoud van de restitutiepolis een farce als die te duur wordt, vooral voor kwetsbare mensen.

Het idee van collega Kuiper om de verzekeren een grotere stem te geven bij de verzekeraars vinden wij sympathiek. We steunen dat ook, maar we vrezen dat dit nooit een dermate substantiële positie zal worden dat die daadwerkelijk effect heeft. Daarom vragen wij de minister om nadrukkelijker te zeggen hoe dat gestalte zou kunnen krijgen op zo'n wijze dat ze daadwerkelijk een tegenkracht kunnen vormen. Anders vrezen we dat het een soort ledenraad van de ANWB wordt: wel leuk, maar uiteindelijk heb je er weinig te zeggen.

Datzelfde geldt voor de borging van de levensbeschouwelijke en andere voorkeuren. We hebben weinig substantieels gehoord over het gegeven dat de zorgverzekeraars zelf zeggen dat ze daar niet mee kunnen werken. Als zij dat zeggen, wat geeft ons dan het vertrouwen dat het toch wel gaat gebeuren?

Uiteindelijk lijkt toch dit hele voorstel ondanks de op zichzelf sympathieke geste van het verbod op verticale integratie, vooral de positie van de verzekeraar te versterken. De zorgaanbieder kan een eigen kwaliteitsvisie niet echt tot gelding brengen. Er zijn modelcontracten. Dat geldt zeker voor de kleinere zorgaanbieders. Zij hebben helemaal geen stem in een onderhandeling met de zorgverzekeraar. Die kunnen niet hun eigen visie op de kwaliteit een rol laten spelen. Dit betekent dat een zorgverzekeraar selecteert op kwaliteit, ook waar dat misschien nauwelijks kan, en dan

krijgen we dingen te horen dat ze bekijken of de zorgaanbieder wel zijn literatuur bijhoudt. Gaat dat gebeuren? Gaat de zorgverzekeraar langs om te kijken hoeveel iemand heeft gelezen van de literatuur? Zo gaat het toch niet zijn?

Uiteindelijk ligt de kwaliteit bij de professional, bij de zorgaanbieder. Die gaat er primair over, maar krijgt niet meer die positie. De huisarts kan niet meer sturen, want die bepaalt de verwijzing niet. De minister zegt dan dat het een generieke verwijzing is. Dat is op papier wel zo, maar de huisarts adviseert toch om naar een bepaalde specialist te gaan? De macht van de zorgverzekeraar wordt groter, ook als het om kwaliteit gaat, de macht van de professional wordt kleiner.

Dan blijft er alleen nog maar een verzuchting over: wat is er in hemelsnaam liberaal aan het beperken van de vrijheid van verzekerden? Wat is er in hemelsnaam sociaaldemocratisch of christelijk aan om daar vooral de kwetsbare groepen mee te treffen?



De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ook namens mijn fractie dank aan de minister voor de energieke beantwoording van alle vragen. Dit is een wetsvoorstel waarmee de positie van verzekeraars versterkt wordt tegenover zorgaanbieders. Dat komt tot uitdrukking in specifieke en scherpere inkoopmogelijkheden die deze wet onder meer gaat bieden.

Wij hebben het belangrijk gevonden dat, als we deze beweging maken — ik spreek namens mijn fractie — tegelijk de invloed van leden op zorgverzekeraars wordt versterkt. Ik heb ook aangegeven dat dit het moment is om dat te doen. We spreken over de ontwikkeling van het stelsel en over het verder in balans brengen daarvan. Bij die balans hoort de invloed van leden en wel zo dat ze effectief kunnen sturen en medezeggenschap hebben als het gaat om inkoopbeleid en het algemene beleid van de zorgverzekeraar. Daartoe moeten ze geëquipeerd worden. Ik ben blij dat de minister dat ook vindt en dat zij vindt dat het tijd is om daar regels voor op te gaan stellen via een Algemene Maatregel van Bestuur. Daar hebben we net over gesproken. Ik ben daar niet zo pessimistisch over, maar juist optimistisch. Er is op verzoek van collega Beuving toegezegd dat hierover voor 1 april een en ander schriftelijk naar de Kamer zal komen. Dat geeft het parlement de mogelijkheid om daarover mee te spreken; dat spreekt vanzelf. Om dat allemaal even goed vast te stellen, wil ik de volgende motie indienen.

Door de leden Kuiper, Beuving, Scholten, Dupuis, Slagter-Roukema en Ganzevoort wordt de volgende motie voorgesteld:

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat wezenlijke invloed van verzekerden van belang is voor zowel het beleid van zorgverzekeraars als de maatschappelijke verankering van het zorgstelsel;

constaterende dat artikel 28 van de Zvw spreekt van een "redelijke mate van invloed" van de verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars en dat daarover regels kunnen worden gesteld bij AMvB;

constaterende dat die invloed wisselend wordt vormgegeven en dat zowel de Raad van State als de Raad voor de Volksgezondheid opmerken dat de positie van verzekerden versterking behoeft voor het evenwicht in het zorgstelsel;

overwegende dat die invloed moet bestaan uit medezeggenschap over het concernbeleid, het zorginkoopbeleid en de samenstelling van de raad van toezicht van de zorgverzekeraar, en dat er rechten moeten worden toegekend aan ledenraden om die invloed namens de aangesloten verzekerden effectief uit te oefenen;

verzoekt de regering, vorm te geven aan een AMvB conform artikel 28, lid 2 Zvw waarin regels worden gesteld voor bedoelde verzekerdeninvloed, zowel individueel als collectief, die recht doen aan bovenstaande overwegingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter N (33362).

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik heb ook nog een aantal opmerkingen naar aanleiding van het debat. We hebben vragen gesteld die voor ons belangrijk zijn in onze afwegingen. Die gingen bijvoorbeeld over de kleine aanbieder en het specifieke in de zorgrelatie tussen zorgverlener en cliënt. De minister heeft daar belangrijke dingen over gezegd. Zij heeft duidelijk gemaakt waar zij zelf staat, dat ze de NZa hierover duidelijk zal instrueren en dat ze zorgverzekeraars scherp zal houden dat dit daadwerkelijk gebeurt. Zo zorgen we dat er in dit land ruimte is voor mensen die bij een kleine aanbieder een specifieke vorm van zorg zoeken. Die mogelijkheid blijft dus bestaan. Ook de vrije artskeuze op dat vlak blijft bestaan, al is het wel zo dat je daar dan in je polis op moet letten.

Wij hadden ook onze zorgen over de betaalbaarheid van de restitutiepolissen versus de naturapolissen. Dat moet op den duur niet heel erg uit elkaar gaan lopen, want dat zouden we onwenselijk vinden. Het ging even over de bandbreedte. De minister gaf aan dat zij niet verwacht dat de zaken zo uit de hand lopen dat het voor mensen met een kleine beurs of voor kwetsbare mensen onmogelijk wordt om de zorg in te kopen via de polis die zij willen.

Het antwoord over de huisarts hebben wij gehoord. In de wet staat dat huisartsenzorg zonder nadere beperkingen of kwalificaties uitgezonderd is. We hadden ook het verhaal over de segmenten, namelijk segment 1 en segment 3. De minister zegt dat er helemaal niets verandert. Toch zou ik haar nog één keer willen vragen hoe zij de omschrijving in de wetstekst ziet, waar de uitzonderingen worden genoemd en sprake is van huisartsenzorg zonder beperkingen of nadere kwalificaties.

**De voorzitter:**

Houdt u uw tijd in de gaten?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Ik wil nog één ding noemen. Als het specifieke inkoopbeleid van zorgverzekeraars gaat werken zoals wij denken dat het moet gaan werken, betekent dat dus dat doelmatigheid en kwaliteit van zorg worden verbeterd. Ik heb gevraagd hoe dit gaat uitpakken voor het veld van aanbieders, zodat er werkelijk een goede ordening tot stand komt door coördinatie van meerdere verzekeraars. Ik denk dat dit zo zou kunnen gaan werken. Wat we daarover hebben terug gehoord, vind ik belangrijk voor onze eindafwegingen die wij deze week in onze fractie zullen maken.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Wat is er gebeurd tussen gisteravond en vanavond? Waarom is de heer Kuiper ineens overtuigd? Er waren allerlei kritische vragen en die zijn voor hem nu kennelijk beantwoord. Over bijvoorbeeld de betaalbaarheid hebben we toch niets nieuws gehoord? Over de kleine zorgaanbieders hebben we toch ook niets nieuws gehoord? Hoe kan het dat de heer Kuiper, afgezien van inhoudelijke of niet-inhoudelijke overwegingen, er nu opeens toe neigt om dit te gaan steunen?

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Als u mijn woorden hebt beluisterd, hebt u kunnen horen dat ik niet heb gezegd dat het ineens allemaal hallelujah jauchzend is geworden. Er worden nu stappen gezet. We verwachten dat die stappen een bepaalde uitwerking zullen hebben. Ik heb sinds gisteravond wel meer de overtuiging gekregen dat de minister goed bezig is en dat zij goed de vinger aan de pols kan houden. De dingen waren ook wel een beetje al te dramatisch opgeblazen. Ze zijn nu tot goede proporties teruggebracht. Er werd gezegd dat vrije artskeuze helemaal niet meer mogelijk zou zijn, maar dat is natuurlijk wel mogelijk. Het belangrijkste is dat die polissen betaalbaar blijven. Daarover zijn ook belangrijke dingen gezegd. Ik denk dat we de dingen in proportie moeten zien. En dat ben ik inderdaad gaan zien. Ik houd echter ook mijn zorgen, net als velen in dit huis. Er passeert hier wetgeving en op een zeker moment moet je zeggen: kan het of kan het niet? Voor die afweging staan wij en voor die afweging staat u.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik waardeer de heer Kuiper altijd om zijn stevige principes en vandaag ook om zijn lenige ruggengraat.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Voorzitter. Ik zal het kort houden. Wij hadden aanvankelijk al weinig problemen met deze drie onderwerpen. Wat betreft de verticale integratie moet ik zeggen dat het klonterargument van de minister toch wel een duw gaf aan onze overtuiging dat dat verbod er dan maar moet komen. De minister heeft dat welbespraakt beargumenteerd.

Over de artikel 13-kwestie waren we het eigenlijk van tevoren al met de minister eens en dat zijn we nog steeds. Ik zou willen herhalen wat de heer Kuiper zojuist zei. Ik vond dat het in het publieke debat erg werd opgeblazen, alsof er geen enkele vrije artskeuze meer zou zijn. Het gaat om één polis op vele. Het verschil in prijs met polissen die

restitutie geven, is minimaal, staat in de memorie van antwoord. Het scheidt €60 op jaarbasis. Je kunt dan toch niet met droge ogen volhouden dat dit een waanzinnig sociaal plan is? Wij zijn daar dus niet door geschokt. Integendeel, wij steunen dit.

Hetzelfde geldt voor de regels over het pgb. Ik heb daar nog één vraag over. In artikel 13, lid 3 wordt gesproken over de mogelijkheid van een AMvB die de minister kan slaan. Wanneer zou zij zich daartoe genoodzaakt voelen?

De heer **Flierman** (CDA):

Als ik de slotpassage van de motie-Kuiper c.s. lees, dan staat daar letterlijk: "verzoekt de regering vorm te geven aan een AMvB conform artikel 28, lid 2 Zvw waarin regels worden gesteld". Dus u ondertekent na alles wat door u hier vandaag gezegd is mede een motie waarin u verzoekt om regels, mevrouw Dupuis? Ik zou haast zeggen dat dit cursief en vetgedrukt in de annalen van de Kamer opgenomen mag worden.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Wij doen niet anders dan regels onderschrijven. Wat dat betreft hebben wij een murwe ziel. Dit is echter nou net een regel waarvan ik dacht: daar zit misschien wat in. En dat vind ik bij veel andere regels inderdaad niet.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Voorzitter. Allereerst wil ik de minister bedanken voor de uitgebreide beantwoording. Daar wil ik ook de ambtenaren in betrekken. Dat heb ik in eerste termijn niet gedaan. De ambtenaren hebben ontzettend veel werk verzet, de afgelopen weken. We waren misschien niet altijd tevreden, maar zij hebben wel knetterhard gewerkt. Heel veel dank daarvoor.

Ik heb in eerste instantie gevraagd naar de onderbouwing van het hoofdlijnenakkoord. De minister heeft gezegd dat daarom selectieve contractering nodig is. Daarnaast heeft zij gezegd dat zorgverzekeraars al heel veel informatie hebben over de kwaliteit, ook spiegelinformatie. Als je daar wat mee zou doen, zou je veel meer aan zuinige en zinnige zorg toekomen. Mijn fractie gelooft dat je veel verder komt door daar gebruik van te maken en door zorgverzekeraars en zorgaanbieders daar samen naar te laten kijken, uiteraard met inspraak van de patiënten, dan met selectieve contractering, als een soort machtsmiddel. Wij vinden toch dat dit te veel macht geeft aan de zorgverzekeraars, die daardoor een monopolie hebben.

Overigens zijn wij blij met de toezegging dat de minister gaat praten met de ggz-sector. Ik denk dat het heel belangrijk is om daar meer duidelijkheid te scheppen. Het functioneren van de ggz in de eerste lijn moet toch echt eens beter onder de loep worden gelegd.

Ik zei al dat wij vinden dat de zorgverzekeraars te veel macht krijgen. De RVZ heeft ook gewezen op het gebrek aan legitimiteit. Wij zijn blij met de toezegging dat de minister zal kijken naar die aanbevelingen en er voor 1 april op terug zal komen wat zij daarmee gaat doen. Wij ondersteunen de motie van collega Kuiper van harte om daar dan ook handen en voeten aan te geven.

Maar goed, nog steeds te veel macht naar de zorgverzekeraars. Dit is in lijn met het evaluatierapport van de NZa. Daarin wordt geconstateerd dat er in een aantal gevallen inderdaad onvoldoende inkoopmacht is ten opzichte van grote aanbieders. Er wordt ook te weinig gedaan met de klachten. Dat heeft ook te maken met het functioneren van de NZa, een van de spelers bij de gereguleerde marktwerking. De NZa is niet altijd goed toegerust. Wij zijn blij dat de minister heeft toegezegd dat zij daar beter op zal toezien. Zij neemt de aanbevelingen over dat de NZa beter moet toezien op inkoopmacht, verkoopmacht en aanmerkelijke marktmacht, vooral ten aanzien van de kleine aanbieders.

Om nog wat meer in te zoomen op de NZa en het toezien op de zorgplicht, voor ons is transparantie van de zorgverzekeraars van belang. Door alle marketing zie je door de bomen het bos niet meer, zoals al is gezegd. Het is ook duidelijk dat de vergelijkingssites niet altijd goed functioneren. Wij vinden een bijsluiter bij de polis op zich een goed idee. Als dat zou kunnen helpen om meer helderheid te geven waarvoor je kiest, tekenen wij daarvoor, maar dan moet er wel rekening worden gehouden met verschillende bevolkingsgroepen, zoals de allochtone patiënten of degenen die minder ontwikkelingsniveau hebben, dus ook met klantvriendelijkheid.

Het is ook belangrijk dat de NZa toeziet op de klontering. Ik dacht aldoor dat het gaat om de klontering van de verzekeraars, maar het ging meer om de zorgaanbieders. Wat mij wel aansprak, omdat ik nu eenmaal in Groningen woon, is dat er in Groningen, maar ook in Dokkum keuzevrijheid zou moeten zijn. De inkoop moet dichtbij genoeg zijn en op een redelijke termijn. Een van de redenen om de motie-Flierman over een evaluatie van het stelsel te ondersteunen is dat het ingewikkelde is dat het selectief inkopen vaak weer van invloed is op het volume van bepaalde ziekenhuiszorg. Daardoor zouden kleine ziekenhuizen kunnen omvallen, zodat de spreiding niet voldoende is. Als de zorgverzekeraar dat moet oplossen, krijg je weer verticale integratie, dus het eindpunt van selectieve inkoop kan weer verticale integratie zijn.

**De voorzitter:**

Mevrouw Slagter, denkt u aan uw tijd?

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ja, ik denk er wel aan. Ik word er ook een beetje zenuwachtig van, maar het duurt nog twee minuten. Ik zal gauw doorpraten.

Het gaat om de rol van de overheid bij de spreiding en bij het opvangen van voorzieningen die omvallen. De minister heeft toegezegd dat zij zal nakijken hoe het met cliëntondersteuning gaat. Ik weet zeker dat wat zij daarover zegt, niet helemaal klopt, maar dat hoor ik graag in tweede termijn. Ik heb ook gevraagd of iemand die overstapt, zijn hulpmiddelen moet inleveren en weer nieuwe krijgt. Als je aangepaste hulpmiddelen krijgt, is het heel belangrijk om die te kunnen houden. Mijn laatste opmerking sluit aan bij wat collega Kuiper over de huisartsenzorg zei. Volgens mij zit er licht tussen de beleidsregels van de NZa die voortvloeien uit Wmg en het amendement. Ik verzoek de minister om daarover contact op te nemen met de spelers in dit veld, om te kijken of dat opgelost kan worden. De belangrijkste toezegging is voor ons dat de minister de risicoselectie

streng zal bewaken. Daarin willen wij haar heel sterk steunen.

Ik heb al gezegd dat wij dit wetsvoorstel afwijzen, omdat wij vinden dat er te veel macht bij de zorgverzekeraars zit. Wij wijzen ook de stapeling af, vooral omdat wij geen mogelijkheid tot selectieve contractering hebben.



**De heer De Lange (OSF):**

Voorzitter. Allereerst dank aan de minister voor haar uitgebreide en heldere toelichting. Ik waardeer dat. Deze minister staat voor haar zaak en dat maakt het ook de moeite waard om het niet op alle punten met haar eens te zijn. We kunnen terugzien op een goed debat. We hoeven niet ver in de tijd terug te gaan in dit huis om te kunnen constateren dat dit ook heel anders kan zijn. Dat goede debat was vandaag zeker aanwezig.

Verder kunnen we constateren dat de minister bereid is tot enige beweging. Ook dat siert haar, al betreur ik het zelf een beetje dat die beweging niet plaatsvond op de hoofdlijnen die ik zelf in het wetsvoorstel zie. Wat zijn die hoofdlijnen? Er zijn drie onderwerpen, die nog steeds weinig verwant zijn, ondanks het debat dat wij erover gehad hebben. Het verbod op de verticale integratie beoordeel ik als min of meer neutraal. De zaak van het persoonsgebonden budget beoordeel ik als zeer positief. De aanpassing van artikel 13 beoordeel ik als negatief. Ik ben niet de enige die deze negatief beoordeelt, maar dat gebeurt in brede zin, ook maatschappelijk. We kunnen vinden dat wat er maatschappelijk gevonden wordt, voornamelijk is gebaseerd op onbegrip, zoals sommigen doen. Dat standpunt zou ik niet willen innemen. Mensen voelen verdraaid goed wat de problemen zijn. Ook als dat niet wordt verwoord zoals sommige fracties zouden willen, zijn de problemen met de acceptatie in de praktijk er niet minder om.

In elk geval volhardt de minister in de koppelverkoop waarvoor zij gekozen heeft. Dat mag. Dat leidt er bij sommige fracties toe dat zij het licht gezien hebben. Dat verheugt mij, want dat is altijd goed om te constateren. Ik voeg eraan toe dat er voor mij als laserfysicus wat meer nodig is om het licht te zien. Dat is mij niet in alle opzichten gelukt. Mijn fractie zal zich beraden. Het zal vooral gaan over de vraag of het glas halfvol of halfleeg is. Dat zal ik u volgende week laten weten.

**De voorzitter:**

Dank u wel mijnheer De Lange. We gaan zo schorsen voor de dinerpauze. Na de dinerpauze hebben we nog de tweede termijn van de minister te goed over dit wetsvoorstel. Dat betekent dat de behandeling van het andere wetsvoorstel, waarbij deze minister ook aanwezig zal zijn, niet om 19.30 uur begint. Ik hoop dat de minister haar tweede termijn tussen 19.45 uur en 20.30 uur voor elkaar krijgt. Dan kunnen we om 20.30 beginnen met het antwoord van de regering en de re- en dupliek over de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg. Alle woordvoerders weten dan nu dat we er in principe om 20.30 uur mee zullen beginnen. Ook de heer Reuten en de heer Postema, die bij het volgende wetsvoorstel woordvoerders zullen zijn, weten dat dan nu.



De vergadering wordt van 18.44 uur tot 19.45 uur geschorst.

**De voorzitter:**

We zijn toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de regering. Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

□

**Minister Schippers:**

Voorzitter. Ik begin met de vragen en eindig met de moties. Als de vragen en de moties samenvallen, zal ik de vraag bij de behandeling van de moties beantwoorden.

De heer Flierman zegt dat er met het huidige artikel 13 veel gerealiseerd is met betrekking tot het kostenplaatje. Dat klopt. Ik zeg ook niet dat het helemaal niet functioneert. Dat is niet waar. Wat wij nu echter vragen op basis van de hoofdlijnenakkoorden, vergt wel een aangepast artikel 13. Daarom hebben wij dat nu gedaan.

De heer Ganzevoort zegt dat hij de onderbouwing helemaal niet heeft gezien en vraagt zich af of die wel klopt. De minister van Financiën en het Centraal Planbureau vinden de onderbouwing in ieder geval goed. Zij zal dus wel kloppen. Ik ben dus niet de enige die dit zegt. Het is één pakket. Misschien leggen de medestanders die de onderbouwing hebben beoordeeld, iets meer gewicht in de schaal. Het heeft alles te maken met de organisatie van de substitutie van de ziekenhuizen naar de zorg in de wijken. Het heeft alles te maken met het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie, met de concentratie van hoogcomplex zorg en met de deconcentratie van de andere zorg.

De andere vragen van de heer Flierman betreffen eigenlijk zijn moties. Dat geldt ook voor mevrouw Frijters.

Mevrouw Beuving heeft gevraagd hoe het zit met de hulpmiddelen. Daar heb ik al op geantwoord, maar ik zal deze vraag samennemen met die van mevrouw Slagter. Hulpmiddelen vallen er niet onder, omdat er, net als bij de farmacie, door selectieve inkoop veel lucht bij de verkopers te halen valt. Er wordt heel veel verdiend aan hulpmiddelen. Dat wordt betaald door de premiebetaler. Ik denk dat we dat er wel uit moeten halen. Als je overstapt van de ene verzekeraar naar de andere, moet je hulpmiddel je niet ontnomen worden. Verzekeraars hebben in een gentleman's agreement met elkaar afgesproken dat mensen in principe hun hulpmiddel mogen houden als zij overstappen naar een andere verzekeraar. De nieuwe verzekeraar neemt in ieder geval de aanspraak over van de oude verzekeraar. Dat betekent dat je niet direct bij de aanvraag moet overstappen, maar als het hulpmiddel vervangen dient te worden, kan een controle op de rechtmatigheid van de vergoeding van de verstrekking plaatsvinden.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik heb één korte vraag. Is het al geregeld of wordt het geregeld? Is dit een toezegging?

**Minister Schippers:**

Er is een gentleman's agreement tussen zorgverzekeraars waarin dit in hoofdlijnen staat. Het is ook al verder uitge-

werkt en nader ingevuld. Dit is in ieder geval de essentie van het gentleman's agreement van verzekeraars.

Mevrouw Beuving vraagt hoe het zit met de omzetplafonds. Op het moment dat zorgverzekeraars zorg inkopen, weten ze nog niet hoeveel verzekerden zij zullen hebben. Zij moeten zorg inkopen in het jaar voorafgaand aan het jaar waarin ze hun polissen bekendmaken. Op basis hiervan kiest de verzekerde een verzekeraar. Dat is de reden voor de omzetplafonds. Ik wil tegengaan dat er heel kleine volumes worden ingekocht. Dat is niet acceptabel. Het geeft een beetje het beeld dat ze heel breed hebben ingekocht, maar er zitten dan overal heel lage plafonds op. Dat is misleiding. De NZa ziet hierop toe. Als je inkoop, weet je nog niet precies wat je hebt. Daar zijn de omzetplafonds voor bedoeld. Mensen mogen er niet mee misleid worden.

Mevrouw Scholten sprak over de wachtlijsten. Met de zorgplicht wordt er inderdaad tijdigheid aan gegeven. Het gaat dus niet alleen over de goede afstand maar ook over tijdigheid. Die tijdigheid houdt verband met de Treeknormen. Je kunt altijd op een wachtlijst staan. Medisch gezien is dat soms niet eens slecht, maar we hebben daar normen met elkaar over afgesproken. Als deze normen overschreden worden — over die wachtlijsten hebben we het — dan zal de zorgverzekeraar jou naar een andere aanbieder moeten geleiden waar je die zorg kunt krijgen.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Mag ik daar nog een nadere vraag over stellen? Het hangt ook af van het contract tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar. Bij een naturapolis zegt de zorgverzekeraar tegen de verzekerde: ik heb die kwaliteit bij dat ziekenhuis voor jou ingekocht en daar ga jij naartoe. Dan zal dat ziekenhuis de verzekerde moeten helpen. Dan heeft de zorgverzekeraar een risico. Dan is het de vraag of de zorgverzekeraar inderdaad op grond van de zorgplicht iemand naar een ander ziekenhuis moet geleiden. Ik snap het wel, maar in feite heeft die persoon op grond van het contract aanspraak op zorg in dat ziekenhuis. Dan zou het omzetplafond in feite moeten worden doorboord, al dan niet via de rechter.

**Minister Schippers:**

De Treeknormen zijn vastgesteld en op basis daarvan kun je zien wat de wachtlijsten zijn in een sector. Je hebt in de zorg altijd één specialist die heel populair is en die een wachtlijst heeft omdat iedereen door hem geholpen wil worden. Dat kan, maar dan kies je ervoor om alleen door die specialist te worden behandeld. Dan kom je op de wachtlijst. Maar je kunt ook zeggen: ik hecht niet aan die specialist, van mij mag het ook een ander zijn. Dat soort situaties zie je wel in de zorg. Maar als er is ingekocht en er op een gegeven moment een wachtlijst blijkt te zijn doordat er een enorme toeloop is, dus niet doordat de zorgverzekeraar te weinig heeft ingekocht, dan moet de zorgverzekeraar jou verplicht doorgeleiden naar een aanbieder die die zorg wel kan leveren.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Wordt de polis daarop ingericht?

**Minister Schippers:**

Het gaat hierbij om de zorgplicht. Die staat in de wet. De verzekeraar is op basis van de wet verplicht om tijdig zorg te verlenen.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Dat begrijp ik, maar in de polis gaat het om een bepaald ziekenhuis. Door die wachtlijst wordt de verzekerde daarvan weggeleid. Staat er iets over exoneratie in de polis? Moeten verzekeraars het erin opnemen?

**Minister Schippers:**

Nee. Als zorgverzekeraar koop je zorg in bij een bepaald ziekenhuis. Dan heb je dat ziekenhuis gecontracteerd, maar het kan zijn dat bepaalde onderdelen in dat ziekenhuis heel erg populair zijn. Je moet dan vergelijkbare zorg regelen. Dat is nu overigens ook al zo.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Ik begrijp het antwoord wel, maar ik wil de positie van de verzekerde op dit punt versterken. De verzekerde heeft immers voor die polis gekozen omdat hij erop vertrouwt dat hij in dat ziekenhuis wordt geholpen. Ik wil zijn rechten op dit punt verstevigen.

**Minister Schippers:**

Maar zelfs met een restitutiepolis kan hij op een wachtlijst komen in een ziekenhuis.

**Mevrouw Scholten (D66):**

Maar ik heb het over een naturapolis. Een restitutiepolis is wat anders.

**Minister Schippers:**

Ja.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Volgens mij sluit mijn punt hier naadloos op aan. We hebben het hierover naar aanleiding van onze vraag over de omzetplafonds. Wij denken hierbij juist aan naturaverzekeringen, omdat de verzekerde daarbij van tevoren niet echt een compleet vrije keuze heeft. Hij moet bekijken welke aanbieders worden gecontracteerd en welke keuzemogelijkheden hij heeft. Dat bepaalt zijn keuze voor een bepaalde verzekeraar. Het is mooi dat de minister zegt: als er niet reëel wordt ingekocht, dan is dat misleiding. Dat is prachtig. Dat is de ondergrens, maar wij zouden dit juist willen zien bij een naturaverzekering, omdat het zo bepalend is geweest voor de keuze. Met deze boodschap wordt nu heel erg geworven: daar zit de grootste keuzevrijheid voor verzekerden. Dan zou ik het toch wel heel zuur vinden voor verzekerden als in de loop van het jaar blijkt dat het door zo'n omzetplafond niet meer te realiseren is. Hebben verzekeraars dan geen mogelijkheden om aanvullend in te kopen? Daar moeten toch oplossingen voor mogelijk zijn?

**Minister Schippers:**

Verzekeraars hebben die mogelijkheid. Het is geen nieuwe situatie, want er zijn al naturapolissen. Het komt dus al weleens voor. Dan zie je dat er soms wordt bijgecontracteerd. Dat is in twee gevallen waar ik van weet, ook gebeurd. In een ander geval kon ik er niet bijgecontracteerd worden. Dan heb je met je verzekerde te overleggen hoe je dat oplost. Welke voorkeursvariant is er dan? Bij de zaak die ik in mijn hoofd heb, is dat in goed overleg opgelost. Ik wil dat er goed naar wordt gekeken, ook naar de bijsluiter. Je kunt je afvragen wat zo'n omzetplafond betekent. Ik wil dat dit wordt geduid in de bijsluiter die bij de polis komt, zodat je ook weet waar je voor kiest.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik ben er heel blij mee dat de minister meteen zelf doordent en hardop nadenkt over de vraag wat er zou kunnen gebeuren. Kennelijk is het in een aantal gevallen ook gebeurd. Er kan eventueel bijgekocht worden. Als dat echt onmogelijk is, is er zoiets als maatwerk. Dan kan men met de verzekerde in overleg treden. Als in een soort handleiding voor verzekeraars is opgenomen hoe ze in dit soort situaties moeten optreden, dan ben ik daar heel content mee.

**Minister Schippers:**

Ik denk dat we deze weg moeten inslaan. Dat is eigenlijk hetzelfde als wat ik heb gezegd tegen mevrouw Scholten, maar het gaat hierbij om een andere situatie. Als we deze weg inslaan, gaat het om de volgende vragen. Wat is het in principe? Wat is de second best als het niet lukt? Wat doen wij als dit misgaat? We houden het allemaal goed in de gaten. De NZa geeft ieder jaar in de marktscan een overzicht waaruit blijkt hoe het met het systeem is gegaan. Daar kunnen wij dus ook knelpunten uithalen. Zal het in de praktijk geen knelpunt blijven en gaat het over het algemeen goed, dan hebben we geen probleem. Zal het in de praktijk tot problemen leiden, dan moeten we met elkaar in gesprek over de vraag of we nadere regels moeten opstellen. Maar ik zou niet willen beginnen met regels. Tot nu toe is het veelal goed verlopen. Laten we er met de NZa goed toezicht op houden.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik wil hier toch nog één opmerking over maken. Natuurlijk hebben we een minister die nadenkt. Zo kennen wij haar ook. Ze volgt die dingen ook. Voor een deel heeft het te maken met andere regels. Ziekenhuizen hebben omzetplafonds en worden op basis van het macrobeheersingsinstrument ook gestraft als ze te veel zorg aanleveren. In die zin denk ik dat de fractie van de PvdA niet altijd van twee walletjes kan eten.

**Minister Schippers:**

Maar ik ben het wel eens met diegenen die zeggen dat er geen misleiding mag plaatsvinden. We hebben een volumebeperking. Op dat punt vult mevrouw Slagter mij heel goed aan, maar wij moeten ook goed erop letten dat de verzekerden die kiezen, goed worden geïnformeerd.

Ik kom op de vergoeding op basis van verrichtingen in plaats van op basis van advies. Daarvoor hebben wij "kijk-

en luistergeld" ingevoerd, zeg ik tegen mevrouw Scholten. Dat kan worden ingekocht door de verzekeraar. De verzekeraar heeft dan geen verrichting ingekocht, maar hij heeft dan kijk- en luistergeld. Ik ben heel benieuwd of dat daadwerkelijk van de grond zal komen. Je kunt het mogelijk maken, maar het moet ook worden ingekocht. Vanuit de gedachte waar mevrouw Scholten op doelde, hebben we die mogelijkheid geschapen in het systeem.

Ik kom straks op de motie van de heer Ganzevoort. Hij heeft gezegd dat het debat aan elkaar hangt van drogredenen. Ik vind het jammer dat hij dat heeft gezegd. Je kunt het met elkaar oneens zijn. We zijn het in de politiek vaak met elkaar oneens, want verschillende richtingen en verschillende denkbeelden botsen hier met elkaar. Misschien vind je elkaar wel. Je hoopt altijd dat je elkaar een beetje vindt. Ik vind het jammer om het debat hiermee af te doen. We hebben een ingewikkeld systeem. We proberen allemaal daarin door te denken en daar ons steentje aan bij te dragen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Wellicht heb ik het niet helder genoeg gezegd. Ik heb niet bedoeld te zeggen dat het debat van drogredenen aan elkaar hangt. Ik heb wel gezegd dat in het debat allerlei drogredenen een rol spelen en dat er eenzijdige beelden ontstaan met karikaturen en dergelijke. Dat is wat anders dan dat het hele debat daardoor bepaald is.

**Minister Schippers:**

Ik hecht eraan te zeggen dat ik niet één keer een verslavingskliniek in Zuid-Afrika heb genoemd, noch één op Curaçao. Dat hebt u uit mijn mond in dit debat nooit gehoord. U noemde die voorbeelden, maar ik heb die niet gebruikt. Dat heb ik expres niet gedaan omdat ik niet wil dat wij in karikaturen dit debat voeren. Laten wij hier bij het debat de nuance in acht nemen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

De minister was niet de enige partner in het debat. Deze zaken zijn voor een deel wel genoemd. Zowel in schriftelijke rondes als vandaag zijn er verschillende voorbeelden gegeven. De minister heeft specifieke voorbeelden genoemd, zoals borstkanker, waarbij kwaliteitsinkoop meer mogelijk is dan bij vele andere. Dat is een vertekening. Dat neem ik de minister niet kwalijk, maar ik constateer wel dat deze vertekening wel aanwezig was in het debat als geheel.

**Minister Schippers:**

Ik hecht eraan op te merken dat de vertekening in het debat ook zat in de diskwalificatie van wat het systeem oplevert. We staan al jaren op nummer 1 op verschillende ranglijsten. Soms gaan die over kwaliteit. We scoren altijd megahoog op de toegankelijkheid. We scoren slechter als het gaat om de betaalbaarheid maar dat ligt niet aan de curatieve zorg. Als je de ouderenzorg er afhaalt, zie je dat wij qua betaalbaarheid heel gemiddeld zitten. Kijk je naar het totaal, kun je ons vergelijken met landen waar de langdurige zorg, de ouderenzorg op nul staat. Als je onze langdurige zorg meeneemt, schieten wij omhoog. Als je alleen kijkt naar de curatieve zorg, hebben wij een heel betaalbaar systeem dat behoorlijk wat oplevert. Ik krijg regelmatig mensen uit heel

de wereld op bezoek die ons systeem willen bekijken. Dat wil niet zeggen dat wij er zijn en dat er geen zaken zijn die moeten worden verbeterd, maar er zijn zaken die goed zijn geregeld. Ik noem de diverse kwaliteitsaspecten, hoe wij de eerste lijn hebben georganiseerd, onze huisartsenzorg en de samenwerking in onze zorg. Er wordt in de curatieve zorg heel veel samengewerkt. De karikatuur dat de samenwerking niet leidt tot samenwerking is onzin, want er wordt heel veel samengewerkt, al gebeurt dat meer in de curatieve zorg waar sprake is van concurrentie dan in de langdurige zorg met budgetten en geen concurrentie. Ik ben daar heel erg trots op maar dat wil niet zeggen dat het niet nog veel beter moet. Ook wat dat betreft is sprake van karikaturen.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik heb nog iets over het vorige punt.

**Minister Schippers:**

Ik was al klaar.

**Mevrouw Beuving (PvdA):**

Ik wil nog iets zeggen over de omzetplafonds. Misschien was de minister voor een deel hardop aan het denken maar wij denken ook heel erg na over dit punt want dat is voor ons heel belangrijk. De vraag is hoe het in de praktijk kan uitpakken, want wat dit betreft kunnen zich allerlei situaties voordoen. De minister zei dat er op het moment dat het omzetplafond is bereikt, wordt bijgekocht. Dat ligt het meest voor de hand. Dit heeft zich ook al voorgedaan in een aantal gevallen. Als dat niet mogelijk is, als de zorgaanbieder vol zit, moet er worden overlegd met de verzekerde. Ik interpreteerde dat als maatwerk. Je kijkt waar de verzekerde vervolgens terecht kan. Wat nu als de zorgaanbieder nog wel ruimte heeft? Het omzetplafond is bereikt, er zou kunnen worden bijgekocht, maar de verzekeraar denkt wellicht, en wij zijn misschien wantrouwend wat dit betreft: "Ik ken een aantal zorgaanbieders die nog wel ruimte hebben. Dat is financieel gunstiger voor mij. Ik wil dus dat deze verzekerde daar hoe dan ook naar toe gaat. Ik kijk niet meer naar bijkopen of andere maatwerk." Wat vindt de minister daarvan?

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Het valt mij op dat mevrouw Beuving mijn opmerking over deze materie niet heeft gehoord en dat is jammer.

**Minister Schippers:**

Ik zal het proberen samen te vatten. Het is namelijk wel terecht. Wij hebben tegen de zorgverzekeraars gezegd dat ze het volume in Nederland als het gaat om hun zorginkoop voor komend jaar 1% mogen laten stijgen. Dat moeten ze echter niet doen door wachtlijsten te creëren maar door onzinnige handelingen eruit te drukken, door praktijkvariatie terug te drukken, en door het aantal hersteloperaties terug te drukken, dus door de kwaliteit te verbeteren. Als ze dat doen en als ze ook hebben ingekocht, kun je het ze niet kwalijk nemen als ze aangeven dat ze aan hun taks zitten. Als ze dat substantieel doen, hoort dat bij de afspraken die wij in het systeem hebben gemaakt. De verzekerde moet wel goed worden ingelicht over wat dit allemaal betekent. Het mag geen flutinkoop zijn. Het moet goede en degelijke inkoop zijn, op basis van reële inschattingen. We willen de

kosten beheersen, vooral als het gaat om het volume. We willen dat juist niet doen wat betreft het pakket en anderszins. Het kan gebeuren dat de verzekeraar op een gegeven moment vol zit. Als de communicatie daarover duidelijk en eerlijk is, als de patiënt op een goede manier wordt begeleid — maar soms wordt er net over de jaarwisseling heengegaan, zodat men er weer terecht kan — kan er in goed overleg een plek ergens anders worden gevonden. Het hangt er dus van af hoe de verzekeraar dit oppakt. Hij moet dat met empathie doen, met een beetje maatwerk.

Ik kom bij de huisarts. Alle huisartsenzorg is uitgezonderd, dus alle segmenten zijn uitgezonderd van de aanpassing van artikel 13, segment 1, segment 2 en segment 3. Dat wil niet zeggen dat er geen contractvereisten voor segment 2 en segment 3 gelden, want dat is nu ook het geval. Anders kun je geen afspraken maken over de multidisciplinaire zorg en de innovatie. Dat staat los van het principe dat alle segmenten zijn uitgezonderd. Alleen voor sommige zaken is sprake van een contract omdat je afspraken moet maken met verschillende partners in de keten; vandaar ook dat multidisciplinaire.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Is de minister bereid om dit met de belangenvereniging op te nemen? We hebben begrepen dat er toch sprake is van wat ruis. Dat heeft te maken met de NZa-beleidsregels. We moeten er nu geen aandacht meer aan besteden. De huisartsenzorg is belangrijk, de minister vindt dat ook, maar ik zou het prettig vinden als de minister toezegt dat zij over eventuele problemen contact opneemt met de belangenvereniging.

**Minister Schippers:**

Dat zal ik zeker doen maar kijkend naar de huisartsenzorg merk ik op dat deze tak enorm groeit. Er is sprake van een overschrijding van 18%. Dat is behoorlijk. Ik weet niet of dat percentage als bekend is, maar er wordt behoorlijk ingekocht.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Dat is de bedoeling van substitutie.

**Minister Schippers:**

Precies. Ik ben er ook niet sacherijng over. Ik vind het mooi, maar we moeten het wel in goede banen leiden.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik dacht dat de minister de sprekers in volgorde beantwoordt. Mocht dat het geval zijn, wil ik nog graag antwoord op mijn vraag over het hoofdlijnenakkoord en de relatie met de ggz-partners. Zij geven vooral aan dat ze vinden dat op dit moment niet is voldaan aan de voorwaarden van dat akkoord.

**Minister Schippers:**

Ik sluit een akkoord met verschillende partijen. Totdat die partijen naar mij toe komen en het akkoord opzeggen, of stellen dat ze onderdelen van het akkoord anders uitleggen, is er voor mij gewoon een akkoord. Ik ga uit van het

hoofdlijnenakkoord, met alle plussen en minnen. Ik heb de ggz niet gehoord over de plussen die er voor die sector in het akkoord zitten. Als dat dus het geval is, neem ik aan dat ik dat snel na dit debat hoor. Als het akkoord wordt opgezegd, zal ik de Kamer daarvan berichten voor de stemmingen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik heb het niet over het opzeggen van het akkoord. Ik zeg alleen dat de Kamer een brief heeft gekregen — ik neem aan dat de minister die ook heeft gezien; anders kan ik die doorsturen — waarin staat dat aan de voorwaarden van het akkoord op het punt van artikel 13 voor de ggz niet is voldaan. Deze partner stelt in onze richting dat artikel 13 wat dat betreft niet kan worden ingetrokken.

**Minister Schippers:**

Daar ben ik in eerste termijn op ingegaan door te zeggen dat er in het hoofdlijnenakkoord geen sprake is van voorwaarden aan artikel. Artikel 13 is onderdeel van het hoofdlijnenakkoord, net als alle andere onderdelen. VWS, verzekeraars en anderen leveren wat dat betreft. Het sluiten van een akkoord is niet alleen ontvangen en niet leveren. Het gaat om ontvangen en leveren. Als je goed met je partners omgaat, ga je er zonder tegenbericht van uit dat het akkoord is zoals het is en dus wordt doorgevoerd. Mijn opmerking over artikel 13 kan geen verbazing wekken want het wetsvoorstel was er al in originele vorm, zonder de uitzonderingen. Ik zou het een raadsel vinden als er opeens sprake is van nieuwe voorwaarden. Zonder tegenbericht ga ik daar dus niet van uit.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik kan alleen maar constateren dat de minister haar hoofd in het zand steekt voor de signalen die wel degelijk door het veld worden afgegeven. Zij wil die op dit moment niet zien. De Kamer heeft een brief gekregen waarin een ander verhaal wordt verteld.

**Minister Schippers:**

Afspraak is afspraak. Totdat die wordt opgezegd, ga ik daarvan uit.

Dan kom ik wat betreft het pgb bij artikel 13, lid 3, de AMvB en de vraag wanneer ik genoodzaakt ben om dat te doen. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, wordt daar direct een AMvB aan opgehangen waarin een maximale vergoeding voor niet-professionals wordt vastgelegd. Voor professionals geldt er namelijk een NZa-tarief.

Ik zou nog terugkomen op de cliëntondersteuning door zorgverzekeraars. Cliëntondersteuning is in zichzelf geen onderdeel van de wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet. Wel zullen zorgverzekeraars ook zorgdragen voor deelname van wijkverpleegkundigen in de sociale wijkteams. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan verzekeren die zorg mijden of die de weg naar de zorg niet weten te vinden. Ik neem aan dat dit is waar mevrouw Slagter op doelt. Dat hoop ik althans.

Er is discussie ontstaan over de inkoop van dit onderdeel van de wijkverpleegkundige functie. De staatssecretaris

heeft verschillende malen met partijen gesproken over die zogenaamde S1- en S2-discussie. Samen zijn gemeenschappelijke uitgangspunten geformuleerd, die gelden voor de inkoop van deze zorg en die door iedereen worden gedeeld. Uitgangspunt is en blijft integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie. De staatssecretaris zal signalen over zaken die niet juist worden ingekocht of waar misverstanden over zijn, blijven bespreken met partijen.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de zorginkoop? De inkoopgesprekken tussen zorgverzekeraars en aanbieders over de wijkverpleging zijn inmiddels grotendeels afgerond. Ongeveer 90% van de contracten is afgesloten. Dat is in lijn met de inkoop van de overige onderdelen.

Het is vervelend, maar ik begrijp eigenlijk niet wat ik op dat briefje hier zelf heb opgeschreven. NZa beleidsregels, Wmg en amendement. Oplossen in overleg met spelers. Er wordt mij ingefluisterd dat dit de huisartsen betreft. Oké, gelukkig. Het is toch vervelend als je je eigen aantekeningen niet meer begrijpt.

De heer De Lange heeft voor zichzelf een lijst gemaakt van positieve en negatieve dingen en zegt dat hij die dingen de komende weken tegen elkaar zal afwegen. Dan zal blijken of het glas halfvol of halfleeg is. Ik hoop natuurlijk dat het halfvol zal zijn. Als ik daaraan kan bijdragen, doe ik dat graag.

Dan kom ik te spreken over de moties. Ik begin met de motie-Flierman c.s., letter J. Daarin wordt de regering verzocht om begin 2015 haar eigen evaluatie van de ontwikkeling van het stelsel tot nu toe en haar voornemens met betrekking tot verdere ontwikkeling ervan aan de Kamer voor te leggen. Er zijn twee evaluaties, de evaluatie van de Wmg, dus de Wet marktordening gezondheidszorg, en de evaluatie van de Zorgverzekeringswet. Onze reactie daarop zal begin 2015 aan de Kamer worden gestuurd. Dan beschouw ik dat als startpunt van de discussie.

**De heer Flierman (CDA):**

Voor de goede orde: ik interpreteer "de Kamer" als in ieder geval ook deze Kamer.

**Minister Schippers:**

Ja, beide Kamers. Als ik die motie zo kan uitleggen dat daarmee deze evaluaties zijn bedoeld, die natuurlijk op het systeem ingaan en waar wij ons oordeel over zullen vellen en eventueel andere suggesties zullen doen, dan kan ik het oordeel over de motie overlaten aan de Kamer.

In zijn motie letter K verzoekt de heer Flierman de regering deze vorm van zorg via aanvullende wetgeving toe te voegen aan de uitzonderingen. Dat gaat over de anderhalvelijnszorg. Dat is zorg die feitelijk is uitgezonderd, als je kijkt wat voor zorg dat betreft. Deze motie over de generalistische basis-ggz en de ambulante specialistische ggz, zo heb ik in mijn eerste termijn gezegd, wil ik echt ten stelligste ontraden. Wij hebben afgesproken dat wij het aantal bedden met 30% gaan reduceren. Dat betekent dat wij heel veel aanbod moeten hebben en heel veel vraag naar deze zorg zullen krijgen. Er is dus geen gebrek aan werk, maar er is wel gebrek aan organisatie. We hebben echt de verzekeraars nodig om ervoor te zorgen dat niet alleen die bedden uit

die instellingen gaan, maar dat er ook goede zorg wordt opgebouwd in de wijken, met name ggz-zorg, die echt ook een aantal aanvullende dingen vergt. Ik zou dat echt geen goede zaak vinden.

**De heer Flierman (CDA):**

Wat het laatste betreft, zullen we elkaar niet vinden, denk ik. Voor het verslag nog even: u zegt dat de anderhalvelijnszorg feitelijk uitgezonderd is van het schrappen van het hinderpaalcriterium.

**Minister Schippers:**

Zoals het tot nu toe gaat, zie je dat het eigenlijk eerstelijnszorg is, die een bepaalde functie naar de eerste lijn trekt. Zo hebben we bijvoorbeeld de stadspoli met daarin medisch-specialistische zorg waar een tarief aan hangt. Dit moet zich nog bewijzen. Het is maar een voorbeeldje.

**De heer Flierman (CDA):**

Dat vind ik toch nog wel een belangrijke mededeling om mee te nemen. Dank u wel.

**Minister Schippers:**

Dan ga ik in op de motie letter L van mevrouw Frijters-Klijnen. Daarin wordt de regering verzocht om te garanderen dat verzekeraars altijd minstens één restitutiepolis aanbieden die maximaal 5% duurder is dan een naturapolis. We hebben daar in het debat ook over gesproken. Het zal de Kamer niet verbazen als ik deze motie ontraad. Als iemand een naturapolis neemt die doelmatigheidskorting geeft omdat er schaalvoordelen in zitten en hij moet bovenop zijn eigen kosten nog extra betalen, dan is er sprake van een soort kruissubsstitutie tussen natura- en restitutiepolis. Dan gaat de houder van een naturapolis meer geld betalen, zodat de anderen gesubsidieerd worden. Dat vind ik geen faire oplossing.

De heer Ganzevoort verzoekt de regering in zijn motie letter M om bij een eventueel niet aannemen van het wetsvoorstel verticale integratie het onderdeel pgb-Zvw zo spoedig mogelijk in te dienen bij separate wetgeving. Dit is een motie die vooruitloopt op een situatie die ik niet hoop mee te maken. Het zou een nieuw traject vergen. Je kunt het er wel uithalen, maar dan moet het wel gewoon weer het normale traject doorlopen. Het zou dus nooit per 1 januari kunnen ingaan, zeg ik er maar vast bij. We hebben nu een overgangmaatregel getroffen. Dat staat ook in alle polissen. Als dit wetsvoorstel verworpen wordt, moet je sowieso kijken wat je met de onderdelen verder zou willen. Ik ga daar vooralsnog niet van uit.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Ik snap dat de minister daar niet van wil uitgaan. Wellicht zal die motie ook overbodig blijken na de stemming, maar vandaag vraag ik toch een oordeel van de minister over deze motie.

Minister **Schippers**:

Oké. Ik wil natuurlijk verankering van het pgb in de Zvw, dus ik ben daarvoor, net als voor verticale integratie in artikel 13.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

U laat dus het oordeel aan de Kamer, begrijp ik.

Minister **Schippers**:

Oordeel Kamer, ja.

Dan de motie van het lid Kuiper, letter N, waarin de regering wordt verzocht om vorm te geven aan een AMvB conform artikel 28, lid 2 Zvw, waarin regels worden gesteld voor bedoelde verzekerdenvloed, zowel individueel als collectief, die recht doen aan bovenstaande overwegingen. Het zal de Kamer, ook gehoord het debat, niet verbazen dat ik het oordeel over deze motie aan de Kamer overlaat.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van dit debat. Ik kom tot afhandeling van dit wetsvoorstel. Wenst een van de leden stemming over het wetsvoorstel? Dat is het geval. De griffier herinnert mij eraan dat er gevraagd is om hoofdelijke stemming over dit wetsvoorstel. Dat zal volgende week dinsdag gebeuren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.