

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 493**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 januari 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 december 2013 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de Zorgverzekeringswet**. (De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

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

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

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

**Voorzitter: Neppérus**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins-Slot, Dijkstra, Dik-Faber, Klever, Leijten, Neppérus en Rutte,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar Ministerie.

Aanvang 10.00 uur

De **voorzitter**: Goedemorgen, ik open dit algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet. Ik heet de Minister en degenen die haar ondersteunen van harte welkom. Ik heet ook de mensen die dit op de publieke tribune dan wel thuis volgen van harte welkom. De spreektijd in eerste termijn is vijf minuten, met twee interrupties.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. We hebben er nieuwe prijsvechters bij, de zorgverzekeraars. Bij «prijs vechten» – de term zegt het al – gaat het om de prijs en niet om de kwaliteit. Er wordt gestunt met premies van € 60 tot € 70 om klanten te trekken. Deze klanten hebben amper door dat daar een eigen risico van € 860 aan vastzit en dat ze bijvoorbeeld alleen maar naar een arts in het OLVG in Amsterdam mogen, terwijl ze in Purmerend wonen. Transparantie over vergoeding en dekking is ver te zoeken en is niet zoals afgesproken.

Natuurlijk ben ik voor premieverlaging, maar niet tegen inlevering van kwaliteit of toegankelijkheid. Premieverlaging kan gewoon betaald worden door het teruggeven van winsten en het opsporen van fraude. Wat wordt er nu met die winsten gedaan? Een deel is zogenaamd in premieverlaging gaan zitten, maar waar is de rest dan naartoe gegaan? Zelfs als je jong bent en in goede conditie, kun je nog niet voorspellen wat er het komende jaar met je gezondheid gaat gebeuren. Er kleven dus grote risico's aan de budgetpolissen en deze risico's moeten duidelijk gemaakt worden. Laat ik een vergelijking trekken met die andere prijsvechter een paar jaar geleden: Icesave, de bank die online klanten trok door te stunten met spaarrentes. Niet alleen burgers meldden zich bij deze prijsvechter, maar ook veel gemeenten en provincies. Niemand zag de risico's en de gevolgen zijn bekend. Hoe zit het met het toezicht van de NZa of de ACM op de vergelijkingssites voor zorgverzekeringen? De zorgmarkt is immers zo complex dat mensen beschermd moeten worden tegen slechte polissen. Is de Minister het hiermee eens? Zo ja, wat gaat ze eraan doen? Om nog even bij de Icesave-kwestie te blijven: in hoeverre kunnen de zorgverzekeraars op staatssteun rekenen als ze dreigen om te vallen? Achmea is immers te groot geworden om failliet te laten gaan. Misschien moet er bij de zorgverzekeraars ook wat worden opgeknipt en gedecentraliseerd. Hoe ziet de Minister dit?

De heer **Rutte** (VVD): Het is toch wel een heel bijzonder betoog van mevrouw Klever. Zij zegt dat zorgverzekeraars hun premie veel verder moeten verlagen, want ze hebben te veel winst gemaakt en hun buffers zijn te hoog. Volgens haar moet dat geld dus vooral weg. Maar vervolgens vergelijkt zij dezelfde zorgverzekeraars met Icesave, een bank die is omgevallen doordat de buffers te laag waren. Mevrouw Klever kan niet aan de ene kant eisen dat de zorgverzekeraars hun buffers afbouwen tot een onacceptabel laag niveau en aan de andere kant net doen alsof diezelfde zorgverzekeraars, die dus wel fatsoenlijke buffers hebben, kunnen omvallen. Dat is volstrekt onjuist!

Mevrouw **Klever** (PVV): De heer Rutte van de VVD kan ook niet net doen alsof zorgverzekeraars zo weinig buffers hebben. Sterker nog, de

Consumentenbond heeft heel duidelijk aangetoond dat zorgverzekeraars heel veel «overbuffers» hebben. Dat betekent dat er boven de norm van de Nederlandsche Bank nog miljarden op de plank liggen. Die miljarden zouden in de vorm van premieverlaging teruggegeven kunnen worden, zonder dat dit hun solvabiliteit aantast. De PVV pleit wel voor een lagere premie, het teruggeven van de winsten en de buffers, maar niet voor het uitkleden van het pakket en voor selectieve pakketten. Ik noem bijvoorbeeld ZEKUR, die maar één ziekenhuis per provincie contracteert. Als je dan naar een andere provincie of naar een ander ziekenhuis in je provincie gaat, moet je bijbetalen. Dat is natuurlijk niet de bedoeling.

De heer **Rutte** (VVD): Zeker. Die polis bestaat al zo'n vijf jaar. Dat is dus geen nieuws. Het is opvallend dat dit nu pas wordt opgemerkt door de PVV.

Ik kom even terug op het andere punt. Mevrouw Klever zegt dat te hoge buffers niet goed zouden zijn en dat die moeten worden afgebouwd. Daar kan zij van alles van vinden, maar daarnaast suggereert zij dat die selectieve polissen leiden tot het omvallen van verzekeraars. Die twee dingen horen absoluut niet bij elkaar. Hoge buffers zorgen juist voor degelijke verzekeraars, maar datgene waar mevrouw Klever voor pleit, zorgt ervoor dat verzekeraars kunnen omvallen. Het is of het een of het ander. Ze kan niet allebei willen.

Mevrouw **Klever** (PVV): De PVV suggereert helemaal niet dat hoge buffers leiden tot omvallen. Mijn punt is dat de zorgverzekeraars te groot zijn om te laten omvallen. Achmea heeft bijvoorbeeld vijf miljoen verzekerden. Wat gebeurt er als zo'n zorgverzekeraar zou omvallen? De verzekeraars zijn too big to fail. Het betreft een systeemrisico. Mijn vraag aan de Minister is hoe zij dat ziet. Gaat zij zo'n verzekeraar redden als die zou omvallen?

Voorzitter. Het NIVEL kwam afgelopen week met een interessant onderzoek, de Barometer vertrouwen. Zorgverzekeraars krijgen daarin een score van 31 op de 100. Misschien kan de Minister het nog eens uitleggen. Aan de ene kant hoor ik dat mensen het heft in eigen hand moeten nemen en zelf hun eigen zorg moeten organiseren, ook de zorg voor familie en dierbaren. Dat is de nieuwe participatiemaatschappij. Aan de andere kant krijgen en houden de zorgverzekeraars alle regie in het zorgstelsel terwijl bijna niemand vertrouwen heeft in deze verzekeraars. Ook de jaarlijkse Euro Health Consumer Index, waarin de Nederlandse gezondheidszorg als beste naar boven komt, geweldig nieuws overigens, verklaart onze positie door erop te wijzen dat de zorgverzekeraars op afstand staan van de zorgaanbieders en patiënten. De beslissingen in Nederland worden genomen door arts en patiënt. Dat is de bron van ons succes. Waarom wil de Minister dan dat zorgverzekeraars voor de patiënt gaan bepalen of, waar, wanneer en door wie ze worden geholpen? Dat willen we helemaal niet. We vertrouwen de zorgverzekeraars immers niet. Het wordt tijd dat de Minister meer naar de burger luistert en minder naar de lobbyisten. Het laatste punt gaat over het stijgend aantal mensen dat het eigen risico niet kan opbrengen. Ik vind de cijfers hierover schokkend. Ik wil dan ook van de Minister horen om hoeveel mensen het gaat. Hebben bepaalde zorgverzekeraars hier meer mee te maken dan andere? Zo ja, waar komen die verschillen vandaan? Ik kreeg een hulpkreet van een alleenstaande moeder die vorige week een operatie moest ondergaan en gelijk € 350 moest afrekenen. Volgende maand, dus in januari, start voor haar de revalidatie en moet ze € 360 afrekenen. Die heeft ze niet, dus ziet ze maar af van de revalidatie. Dat is te triest voor woorden. Kan de Minister haar uitleggen waarom de Nederlandse gezondheidszorg de beste van Europa is? Ik kan het niet. Ik stel daarom voor dat de Minister het eigen risico terugbrengt naar € 220. We kunnen dit bereiken door de totale schadelast omlaag te brengen. Wanbetalers, onverzekerden, asielzoekers en illegalen

genieten in ons land zorg, maar betalen daar niet voor. Als ze dat wel zouden doen, wordt de totale schadelast lager en kan het eigen risico naar beneden.

De bel gaat. Ik wacht even een minuutje, als u dat goed vindt, voorzitter.

De **voorzitter**: In de plenaire zaal begint men nu ook met vergaderen. Ik geef het woord weer aan mevrouw Klever.

Mevrouw **Klever** (PVV): Uit cijfers van het CVZ blijkt dat het aantal wanbetalers is gestegen, 314.000 mensen zitten in het wanbetalersregime en er staat ruim 1 miljard euro open aan niet geïnde premie! We kunnen geen zorgstelsel overeind houden als dit openstaat voor mensen die er niet voor betalen. De zorgkosten voor allochtonen liggen nog altijd hoger dan die voor autochtonen, en allochtonen zijn drie keer vaker wanbetaler dan autochtonen. Waarom is dat? Welke specifieke maatregelen neemt de Minister hiertegen? Werkt de wet inzake de wanbetalersregeling wel? Ik vind van niet en de Minister blijkbaar ook niet, want zij schuift het probleem nu op het bordje van de zorgverzekeraars en de gemeenten. Die moeten samen maar voldoende preventieve maatregelen nemen. Hoe ze dat doen, zien we aan het voorbeeld van Rotterdam. De schuld wordt afgekocht en afgewenteld op de overige burgers in Rotterdam en de cliënten van Achmea. Het is een vrijbrief met aanzuigende werking om wanbetaler te worden en te blijven. De Minister geeft hiermee het signaal af dat als je je zorgpremie niet betaalt, er wel wat geregeld zal worden, waardoor je toch zorg blijft ontvangen en de rekening uiteindelijk bij de hardwerkende buurman terecht komt. Dit is mijn fractie een doorn in het oog. De Minister moet ervoor zorgen dat die 1 miljard openstaande premie binnengehaald wordt. Dat is uiteindelijk het meest sociale wat wij kunnen doen voor de minima en patiënten met een krappe beurs, want daardoor kan het eigen risico omlaag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Tijdens de laatste debatten heeft het CDA veel over de macht van zorgverzekeraars gesproken. Het is belangrijk dat er een balans is tussen de macht van de zorgverzekeraar, de zorgaanbieders en de patiënten. Het CDA vindt dat de zorgverzekeraar moet inkopen op kwaliteit. De zorgverzekeraar heeft ook een maatschappelijke rol. Het CDA vindt dat hij moet opkomen voor het belang van de verzekerde. Aan de ene kant zien we dat zorgverzekeraars op een aantal gebieden hun rol beter oppakken. Aan de andere kant slaan zorgverzekeraars op een aantal punten echt door. Ik heb tijdens het vorige overleg gezegd: macht corrumpeert en dat geldt ook voor zorgverzekeraars. Het goede nieuws is dat er voor 2014 een enorme premiedaling is. Het betreft een recorddaling van de premies. Dat is denk ik wel het succes van de scherpe inkoop. Maar het is wel het laatste jaar dat er sprake is van een sterke daling, aangezien de langdurige zorg en de ggz straks waarschijnlijk overgaan. In 2012 hebben zorgverzekeraars ook geld overgehouden. Tijdens het vorige overleg heeft het CDA ook het pleidooi gehouden om de besteding van dit rendement, deze winst, op een gelijke manier inzichtelijk te maken voor verzekerden: waar gaat het geld naartoe? De Tweede Kamer, met uitzondering van de VVD, heeft dit pleidooi ook gesteund.

Uit haar laatste brief blijkt dat de Minister allerlei beren op de weg ziet als het gaat om de concrete uitvoering van het feit dat we dit inzichtelijk moeten maken. Dat is echter niet nodig. Het CDA vraagt namelijk niets meer dan dat zorgverzekeraars op dezelfde manier inzichtelijk maken waar de winst aan wordt besteed. Gaat de winst naar het dalen van de premies of naar het bijplussen van het eigen vermogen? Komt het geld terug in de zorg? Dat is de doelstelling. Hoe gaat de Minister dit uitvoeren? Zij verwijst naar juridische belemmeringen. Zorgverzekeraars kunnen de

winstcijfers wel aanleveren aan de Nederlandsche Bank. Waarom kunnen zij die dan niet aanleveren aan hun eigen verzekerden?

Het tweede punt betreft de komst van de net-genoegpolis. De net-genoegpolis is een polis met een lage premie waarbij ziekenhuizen, bijvoorbeeld één ziekenhuis in de provincie, selectief worden gecontracteerd. Verzekerden hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid om te bekijken of er veel zorg is gecontracteerd en waarvoor wordt gekozen. Maar in de praktijk verwijst de huisarts een patiënt als er sprake is van medische noodzaak. Hij bekijkt niet of er een contract is. Daarom vindt het CDA het belangrijk dat alle zorgaanbieders, als een patiënt bij hen binnenkomt, eerst controleren of er een contract is. Als dat niet het geval is, moeten zij tegen de patiënt zeggen: er is geen contract met uw zorgverzekeraar; dat betekent dat u een groot deel, zo'n 30%, zelf moet betalen. Zeker gelet op het feit dat 1 januari al in zicht is, verzoek ik de Minister om ervoor te zorgen dat alle zorgaanbieders scherp op het netvlies hebben staan dat zij dit ook moeten controleren. De verzekeraar heeft een verantwoordelijkheid, maar ook de zorgaanbieder heeft een belangrijke verantwoordelijkheid om zelf te controleren of er een contract is en om daarover met de patiënt in gesprek te gaan. Anders komen mensen straks met gigantische rekeningen te zitten voor zaken die zij maar deels vergoed krijgen.

Het is belangrijk dat er een gelijk speelveld is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en dat zij ook op gelijke voet onderhandelen. We hebben signalen ontvangen dat dit niet goed gaat. Ik neem de logopedie als voorbeeld. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft drie jaar geleden besloten dat de tarieven van de logopedisten veel te laag waren. Die tarieven moesten in stappen met 30% omhooggaan. Nu blijkt dat zorgverzekeraars bij de contractering zeggen: nee, er is een korting van 25% op uw tarieven en u moet bij het kruisje tekenen. Er is dus geen sprake van een gelijkwaardige relatie. De branchevereniging waarschuwt ook voor de gevolgen daarvan. Herkent de Minister deze geluiden? Wat is haar oordeel hierover? Ik heb de Minister in juni al een waarschuwing gegeven over de ontwikkeling van de aanvullende verzekeringen. Het CDA maakt zich er zorgen over dat chronisch zieken en gehandicapten straks bij de aanvullende verzekering buiten de boot vallen. Er komt namelijk een steeds hogere premie, terwijl er een steeds kleinere dekking is, bijvoorbeeld van fysiotherapie. Mensen met reuma die nu één of twee keer per week naar de fysiotherapeut moeten gaan vanwege ernstige gewrichtsschade en functiebeperkingen, kunnen niet meer een compleet «fysiocontract» krijgen in de aanvullende verzekering.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Vorig jaar waren er nog tientallen polissen, maar nu zijn er nog maar een paar over. Erkent de Minister dit probleem? Kan zij voor deze specifieke groep patiënten, chronisch zieken en gehandicapten, bekijken of er aanvullende voorzieningen komen of dat er een heroverweging plaatsvindt?

Ik kom tot een afronding. Gisteren zijn de rapporten van de inspectie en van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid naar buiten gekomen over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Hierin staan niet mis te verstane conclusies. Ik heb die rapporten gisteren gelezen. Wat daarin staat, is onthutsend. Welke lessen trekt de Minister hier zelf uit?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Vorige week stuurde het Ministerie een persbericht uit waaruit bleek dat het supertrots was dat het Nederlandse zorgstelsel in de Euro Health Consumer Index als beste zorgstelsel werd gekozen. Toen dacht ik bij mezelf: is er zo veel om trots op te zijn? Mevrouw Klever heeft al iets gezegd over de basisaannname waardoor Nederland er hoger uitkomt. Zo denkt men bij de vergelijkingsite

bijvoorbeeld dat we hier de tandzorg volledig vergoeden, maar dat is niet het geval. Enkel voor kinderen tot achttien jaar wordt de tandzorg vergoed.

We zien dat er steeds slechtere toegang is voor chronisch zieken en gehandicapten tot verzekerde zorg. Er zijn allerlei zaken uit het noodzakelijke basispakket gehaald. Bij de aanvullende verzekering – mevrouw Bruins Slot zei het al – worden voor chronisch zieken en ouderen de deuren gesloten. Dat gedrag van de zorgverzekeraars is op zich ook logisch. Gezonde personen verzekeren zich niet meer bij. Daardoor zijn de dure patiënten hartstikke duur. Er moet winst gemaakt worden. Er moet namelijk rendement behaald worden. En dan sluit je de mensen die veel kosten uit. Als ze dan nog durven te komen, geef je ze zo'n hoge rekening dat ze het niet meer kunnen betalen. Is de Minister daar trots op? Maandag was er het nieuws dat honderdduizenden mensen het eigen risico niet meer kunnen betalen en daarom gebruikmaken van een betalingsregeling. Om hoeveel mensen gaat het? Welke verzekeraars doen het goed met hun betalingsregeling en welke niet? Met welke problemen krijgen mensen te maken die zogenaamd voor een vrijwillig eigen risico hebben gekozen, terwijl ze niet weten dat ze daarvoor hebben gekozen? Ga maar eens een zorgverzekering kiezen. Iedereen zet de premie erg laag, maar dan heb je wel automatisch een vrijwillig eigen risico van € 500 boven op de € 360. De aanvullende verzekering is fors duurder voor ouderen. Zij betalen tot € 286 per jaar meer voor dezelfde aanvullende verzekering als die van bijvoorbeeld hun kleinkinderen. Vindt de Minister dat iets om trots op te zijn?

Gisteren waren hier fysiotherapeuten en logopedisten. Zij spreken allemaal van wurgcontracten. Zij zeggen: zorgverzekeraars onderhandelen helemaal niet met ons; ze leggen ons een wurgcontract op en zorgen voor bureaucratie. Is de Minister daar trots op? Is de Minister er trots op dat deze beroepsgroepen bij ons moeten aankloppen omdat ze bij de NZa en bij zorgverzekeraars niet worden gehoord, waardoor ze het publieke debat maar moeten gaan voeren?

De **voorzitter**: Even één tel. Beste collega's, luistert u naar elkaar. Wat sommigen van u nu doen, leidt namelijk af.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan kom ik op het fabeltje dat de daling van de premie komt door de scherpe inkoop. Kan de Minister uitleggen waarom de premies van alle zorgverzekeraars boven de rekenpremie van het Ministerie liggen? De rekenpremie daalde toch vooral fors omdat de € 75 opslag om het tekort in het Zorgverzekeringsfonds te dichten, is vervallen? Komt het grote verhaal van de premiedaling niet doordat de winsten teruglopen? Blijkt het scherpe inkopen niet een wassen neus te zijn? Is de Minister dan ook bereid om ons informatie te geven over de premieopbouw? Is zij bereid om te laten zien waar de winsten zitten? Ik heb de rekenpremie van het Ministerie gelegd langs de premies die de zorgverzekeraars voor hun basisverzekering zonder een vrijwillig eigen risico vragen. Daaruit blijkt dat de premies van de grote vier verzekeraars hoger liggen dan de rekenpremie van het Ministerie. Hoezo gaan de winsten terug?

Ik kom op het punt van too big to fail. Heeft de Minister een scenario voor de zorgverzekeraar die eraan onderdoor gaat, maar die niet te redden is door een andere instelling? Wij zouden het wel weten: nationaliseer de boel maar. Maar ik vind het wel leuk om de Minister te vragen om zo'n scenario klaar te leggen.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Leijten komt met haar stokpaardje nationaliseren. Maar Nederland staat jaar in jaar uit in de top drie van de Euro Health Consumer Index. Meestal staat zij bovenaan. De score wordt bepaald op basis van een heel brede vergelijking. De Euro Health

Consumer Index concludeert dat het succes voor een heel groot deel te danken is aan het feit dat wij veel private verzekeraars hebben. Ik herhaal het nog een keer: private verzekeraars. Daarbij hebben mensen dus een keuze. Ook is het succes te wijten aan het feit dat de politiek zo veel mogelijk wegblijft bij de zorg. Het gaat om een internationale vergelijking, jaar in jaar uit. Wordt het niet een keer tijd dat de SP de feiten onder ogen ziet in plaats van te blijven hameren op ideologie?

Mevrouw **Leijten** (SP): Er zijn maar vier grote verzekeraars en er is sprake van een monopolie. De analyse over too big to fail is niet door mij gemaakt, maar door mensen die zicht hebben op de financiële wereld. Zij zeggen dat de grote zorgverzekeraars een risico met zich meebrengen. Als er bij de Europese vergelijking wordt gekeken naar alle mogelijke merkjes die we in de markt hebben, lijkt het alsof we heel veel zorgverzekeringen hebben, maar we weten dat het er maar vier zijn. Dat weet de heer Rutte ook.

Volgens de Euro Health Consumer Index zijn we heel succesvol omdat we, vergeleken met andere landen, heel veel bedden voor ouderenzorg hebben. Dat is voor de VVD reden om te zeggen: we moeten de AWBZ afbreken en de verzorgingshuizen sluiten. Maar door die vele bedden voor de ouderenzorg scoren we enorm positief. Uit de Euro Health Consumer Index blijkt ook dat de patiëntbetrokkenheid groot is in dit land en dat de arts-patiëntrelatie zeer goed is. Ik zie echter dat de arts-patiëntrelatie onder druk staat, enerzijds omdat patiënten steeds slechter te verzekeren zijn, waardoor patiënten moeilijker toegang krijgen, en anderzijds omdat de zorgverzekeraar steeds meer op de stoel van de arts gaat zitten. Ik vind het zeker interessant om dit allemaal te bestuderen, maar het is helemaal niet zo dat we hoog scoren omdat er private verzekeraars zijn. Door die private verzekeraars is er juist een risico voor alle dingen waarop we positief scoren.

De heer **Rutte** (VVD): Ik concludeer dat mevrouw Leijten niet heel blij is met de conclusie dat we bovenaan staan en dat zij nog steeds blijft pleiten voor nationalisering. Ze zou aan de hand van het lijstje moeten bekijken hoe landen werkelijk scoren op het gebied van staatsgezondheidszorg. Daar zou ze wat van kunnen leren.

Mevrouw **Leijten** (SP): We kunnen inderdaad een hoop leren van de Scandinavische landen. Hun score is volgens mij helemaal niet slecht. In de Euro Health Consumer Index wordt bijvoorbeeld verondersteld dat we allemaal toegang hebben tot tandzorg, maar dat is niet juist. Daar zijn we helemaal niet allemaal voor verzekerd. De index bevat dus ook aannames die niet kloppen. Ik vind het mooi dat we er goed uitkomen, maar tegelijkertijd – mevrouw Klever heeft hier ook al naar verwezen – is het vertrouwen in verzekeraars erbarmelijk laag. Dat blijkt uit een onderzoek dat enkel gericht is op de situatie in Nederland. Het gaat dus niet om een vergelijkend onderzoek. Mensen hebben er helemaal geen zin meer in. Volgens mij zou nationaliseren helemaal geen slecht idee zijn.

De **voorzitter**: Gaat u verder met uw betoog, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vroeg de Minister of zij dat scenario heeft klaarliggen. Maar wat moet er wat ons betreft gebeuren? Om af te komen van het adagium dat de zieke mens ongeveer 25% meer premie betaalt dan de gezonde mens, moeten we het eigen risico afbouwen, om te beginnen voor hen die geen keuze hebben als het gaat om het eigen risico en uiteindelijk voor iedereen. Is de Minister bereid om zo'n scenario te maken? Wij stellen voor een breed basispakket op te nemen, zodat mensen niet worden uitgesloten van noodzakelijke zorg. Is de Minister bereid om het CVZ daar een opdracht voor te geven?



Wij stellen voor om de concurrentie tussen zorgverzekeraars te stoppen. Daarmee kunnen we al 541 miljoen besparen op het hele overstapscircus. De Minister zegt dat deze kosten bij het systeem horen.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

Mevrouw **Leijten** (SP): 541 miljoen aan kosten een onderdeel van het systeem noemen, is gelijk aan weggijken bij een forse verspilling. Mijn voorstel is dat we de risicoverevening niet verder afbouwen. Mijn schrikbeeld is dat we niet alleen kleine verzekeraars, maar ook chronisch zieke patiënten laten stikken. We zien nu al dat ouderen en chronisch zieken een slechtere toegang hebben en moeilijk kunnen overstappen, terwijl zorgverzekeringen er juist zijn voor hen die het nodig hebben. Daarom moeten we ervoor zorgen dat we de solidariteit herstellen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het is weer de tijd van het jaar waarin mensen een zorgverzekering kunnen uitkiezen. De vraag is echter waar men voor kiest. De informatie is immers niet altijd even duidelijk vindbaar en betekenisvol. Zorgpolisvergelijkingssites zijn niet altijd zo onafhankelijk als men zou denken. Met veranderende polissen is de vergoeding van alle zorg niet meer zo vanzelfsprekend. Een arts controleert niet altijd van tevoren of zorg wordt vergoed of dat er eventuele meerkosten zijn. Dat kan overigens ook niet altijd. Het gevolg hiervan is dat er onverwachte rekeningen op de mat van de patiënt kunnen belanden. Kortom, zorgpolissen worden steeds ingewikkelder en de informatie is voor de consument niet altijd toereikend. Hoe wordt voorkomen dat we met zorgpolissen de kant opgaan van de foute financiële producten? Zelfs de toezichthouders ACM, NZa en AFM hebben al aangegeven dat er qua informatievoorzieningen aan de consument verbeteringen nodig zijn. Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat de informatie volgend jaar eerlijk, betrouwbaar en op orde is? Hoe ziet zij de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de patiënt en de arts om voor de behandeling duidelijkheid te krijgen over de vraag of de zorg gecontracteerd is of dat er eventueel meerkosten zijn? Welke belemmeringen zijn er om dat duidelijk te maken?

Ik kom op de contractering. Zorgverzekeraars zijn private uitvoerders met een publiek belang. De gemiddelde uitgaven zijn voor 70% gebaseerd op ons aller premiegeld. Dat betekent dat zorgverzekeraars scherp moeten inkopen. Ze vervullen die rol namens de overheid. Het vraagt een kritische houding. Dat is goed, maar het vraagt ook een maatschappelijk verantwoordelijke houding. Er zijn echter vier grote spelers die 90% van de markt bezitten. Riekt dit niet naar een oligopolie? Is er hierdoor geen risico op kartelvorming en daarmee op prijsafspraken?

Dan kom ik op de inkoop. Kleine aanbieders geven aan dat de inkoop niet plaatsvindt op basis van prijs en kwaliteit. De inkoop vindt plaats op basis van een kille rekensom, zonder contact tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Een aanbieder waar cliënten erg tevreden over zijn en die lean is, krijgt door deze werkwijze geen waardering. Maar een aanbieder die kwalitatief moet verbeteren, heeft op deze manier geen prikkel. Deze manier van inkopen is «one size fits all». Door onduidelijke inkoopcriteria weten aanbieders van tevoren niet waar ze aan toe zijn. Zo heeft de zorgverzekeraar onevenredig veel macht. Door transparante inkoopcriteria te eisen ontstaat wel degelijk een gelijk speelveld. Het kan dus wel. Hierdoor hebben aanbieders ook perspectief op een eerlijke en nette onderhandeling. Hoe gaat de Minister dit regelen? Hoe kan worden geregeld dat de inkoopcriteria eerlijk zijn en dat macht en tegenmacht goed worden georganiseerd?

Indien een verzekerde wel op een site heeft ontdekt welke zorg wordt gecontracteerd, blijkt dat niet gegarandeerd is dat hij zorg krijgt waar hij dat wil. Zo waren wij maandag op bezoek bij een kleine ggz-instelling in



Leiden. Daar werd gezegd: we hebben zo'n klein contract gekregen met een zorgverzekeraar dat maar voor 50 mensen zorg wordt ingekocht. Als je de 51ste bent en speciaal naar die verzekeraar gaat omdat deze instelling gecontracteerd is, dan blijf je helemaal geen zorg te krijgen. Vindt de Minister dit ook zorgelijk? Kan zij toezeggen dat als mensen kiezen voor een zorgverzekeraar omdat een bepaalde zorgaanbieder is gecontracteerd, er dan ook de garantie is dat zij de zorg krijgen die zij willen?

Ik kom op de service van de zorgverzekeraar aan hun verzekerden. Een van de punten betreft de wanbetalers. Er is nu een perverse prikkel: als mensen de premie of de meerkosten niet kunnen betalen, worden ze na zes maanden bij het CVZ aangemeld. Wij willen dat eerst aantoonbaar is dat zorgverzekeraars zelf actie hebben ondernomen om mensen te helpen en dat er geen perverse prikkel is om ze door te schuiven naar het CVZ-regime. Wat doen zorgverzekeraars nu al? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ze eerder en goed worden geholpen? Er zijn goede initiatieven. Wat zijn de mogelijkheden om de goede initiatieven van zorgverzekeraars leidend te laten zijn?

Ik heb al een aantal keren gesproken over publieke verantwoording. Bij een maatschappelijk verantwoorde onderneming hoort publieke verantwoording. Dat betekent dat er een jaarverslag dient te worden opgesteld met betekenisvolle informatie. Wij hebben hier vorig jaar ook een punt van gemaakt. Het is niet inzichtelijk waar bijvoorbeeld de winst aan wordt besteed, welke gezondheidsdoelen er zijn gesteld en welke zijn behaald. Het gaat om private uitvoerders, maar met een publiek belang, met ons aller premiegeld.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Op welke manier gaat de Minister dit jaar de toezegging van vorig jaar nakomen? Want dit jaar zijn de nieuwe jaarverslagen er.

Mijn laatste punt gaat over inzicht in de kwaliteit van zorg. Het systeem is zo gebouwd dat de patiënt kiest op basis van prijs en kwaliteit. Dat kan echter niet, want de kwaliteit wordt nog niet gemeten. Als zorgverzekeraars steeds selectiever gaan inkopen, moet wel duidelijk zijn wat de inkoopcriteria zijn en op basis van welke kwaliteitscriteria ze kiezen, want anders wordt het een kille race to the bottom en is er alleen maar concurrentie op lage prijs. Is er een stappenplan in de maak waarbij de Minister haar ambities weergeeft?

Ik ga afronden.

De **voorzitter**: U bent eigenlijk al door uw tijd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag de Minister om middels dit stappenplan duidelijk te maken wat kwaliteit is. We willen het allemaal en er gebeurt een hele hoop, maar het zou ons heel erg helpen als er een tijdspad is.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Vorige week donderdag kon de vlag weer eens uit in Nederland, want in de nieuwste Euro Health Consumer Index – hij werd net al genoemd – bleek Nederland opnieuw het beste zorgstelsel van Europa te hebben. Dat is echt iets om trots op te zijn. Dat heb ik tijdens de begrotingsbehandeling ook gezegd. Dit wordt te weinig verteld. Rondom zorg en zorgverzekeraars wordt vooral naar buiten gebracht dat een en ander niet deugt en niet klopt. Mijn fractie heeft ook bijgedragen aan het lage vertrouwen in zorgverzekeraars. Daar ben ik persoonlijk van overtuigd. Daarom geef ik vandaag maar eens een pluim voor het stelsel en de rol die de zorgverzekeraars daarin spelen.

Voor 2014 gaan de premies fors omlaag. Ze zijn ook fors lager dan de rekenpremie. Dat betekent dat het appel om iets te doen met winsten, ook door de verzekeraars, die over het algemeen geen winstoogmerk hebben, is opgepakt om de premie daadwerkelijk te verlagen. Dat is ronduit goed nieuws. Maar juist als je gelooft in het stelsel, moet je kritisch blijven en blijven verbeteren. We willen geen revolutie, zoals sommige partijen willen, maar wel een evolutie van het stelsel. Er zijn vier punten waar ik naar wil kijken. Het vierde punt staat overigens los van het zorgverzekeringsstelsel.

Ten eerste is het borgen van solidariteit tussen ziek en gezond een van de essenties van ons zorgverzekeringsstelsel. Daarvoor hebben wij de verevening. Verevening vooraf zorgt ervoor dat het in principe niet loont om bepaalde groepen te targetten, om die binnen te willen halen en om andere groepen te weren. Volgens mij krijg ik daar een vraag over.

Mevrouw **Leijten** (SP): Over de risicoverevening is altijd Kamerbreed gezegd: dat willen we toch niet hebben? Wat vindt de heer Rutte ervan dat er bij het adverteren zo ontzettend duidelijk wordt ingezet op «de gezonde mens» en op mensen met een hoog inkomen en een hoge opleiding en dat het voor degenen die chronisch ziek zijn, steeds moeilijker wordt om een fatsoenlijke aanvullende verzekering af te sluiten? Je kunt zien dat er een aantrekkingsbeleid is voor hen die gezond en hoog opgeleid zijn en dat er een ontmoedigingsbeleid is voor hen die een dure schadelast opleveren voor de verzekeraar. Wat vindt de VVD daarvan?

De heer **Rutte** (VVD): We moeten op dit gebied wel een paar dingen uit elkaar halen. Ik heb het over de basisverzekering en niet over de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt de verevening immers niet. Verzekeraars mogen op dit gebied een eigen beleid voeren. Maar het is wel essentieel dat bij de basisverzekering, waarin alle noodzakelijke zorg geborgd is, de verevening dusdanig werkt dat het niet loont om bepaalde groepen te weren of om bepaalde groepen aan te trekken. Daar waar het wel zou lonen, is het zaak dat het vereveningsstelsel zo werkt dat het niet gebeurt. Het is goed dat het vereveningsstelsel jaarlijks tegen het licht wordt gehouden. De groep studenten is eraan toegevoegd, omdat bleek dat het aantrekken van studenten wellicht te veel zou lonen. Ik wil de Minister vragen om in dit kader scherp te kijken naar twee andere groepen. Ik weet alleen niet zeker of ik hiermee antwoord heb gegeven op alle vragen van mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat mij erom dat de VVD ziet wat er gebeurt. Ik kan mij namelijk niet voorstellen dat de heer Rutte niet kijkt naar de reclamespotjes en dat hij geen mailtjes krijgt van chronisch zieken die zeggen dat ze geen aanvullende verzekering meer kunnen krijgen of niet durven over te stappen, omdat ze dan hun aanvullende verzekering verliezen of geen garantie meer hebben dat ze de hulpmiddelen die ze gebruiken, blijven houden, of geen garantie meer hebben dat ze naar dezelfde apotheek kunnen blijven gaan als waar ze nu naartoe gaan. Ik kan mij niet voorstellen dat hij dat allemaal niet ziet. Mijn vraag was of uitspreken dat er geen risicoselectie mag zijn, niet iets anders is dan constateren dat die selectie nu wel het beleid is in de reclames en in de aanbieding van de polissen. Alle verzekeraars zijn bezig met een jacht op de meest gezonde en de hoogst opgeleide verzekerden, want zo kunnen zij de meeste winst maken op de verzekerden. Ze proberen iedereen die een schadelast meebrengt, eruit te houden door niet aantrekkelijk te zijn voor deze mensen. Vindt de VVD dat geen bezwaar?

De heer **Rutte** (VVD): Ik constateer wel dat iedereen vanuit zijn eigen visie naar de werkelijkheid kijkt. Ik houd juist een betoog om scherp te kijken naar risicoselectie, omdat er wel signalen zijn dat het her en der niet

perfect werkt. Dat is ook zo. Dat is een heel ander verhaal dan wat mevrouw Leijten vertelt. Zij zegt dat heel veel chronisch zieken niet durven over te stappen omdat het beeld bestaat dat zij geen aanvullende verzekering kunnen krijgen. De ervaring leert echter dat nog steeds heel veel verzekeraars iedereen voor aanvullende verzekeringen accepteren. Ik kan de angst niet wegnemen, maar die is vaak geen reële angst. Het blijkt wel degelijk te kunnen. Men zou het ook moeten doen. Ook chronisch zieken worden immers geaccepteerd bij andere verzekeraars. Dat neemt niet weg – en dan ga ik verder met mijn betoog – dat het wel zaak is om ieder jaar opnieuw het vereveningsstelsel te verbeteren.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat met uw betoog, heeft mevrouw Bruins Slot een vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik haak er toch nog even op in. De heer Rutte zegt dat elke chronisch zieke tegenwoordig nog steeds wordt geaccepteerd bij een aanvullende verzekering. Ik moet heel eerlijk zeggen dat dit het eerste jaar is dat ik mails krijg van mensen die chronisch ziek zijn waarin ze schrijven dat ze niet meer geaccepteerd worden. Ik heb een brief gehad van Zorgverzekeraars Nederland waarin dezelfde zorg wordt uitgesproken. De heer Rutte heeft die brief ook ontvangen. De NPCF, de vertegenwoordiger van de patiëntenorganisaties, heeft ook een brief gestuurd waarin dezelfde zorg wordt uitgesproken. Ik vraag de heer Rutte om hetgeen hij zonet heeft gezegd, te heroverwegen. Als er zulke stevige signalen zijn van mensen die chronisch ziek zijn en van de organisaties die erover gaan, kan hij dan nog wel zo hard zeggen dat dit niet meer het geval is?

De heer **Rutte** (VVD): Dat is mij te zwart-wit. Ik erken wel dat er verzekeraars zijn die voor bepaalde zeer uitgebreide aanvullende verzekeringen acceptatievoorwaarden hebben. Ik zeg echter dat er een fors aantal verzekeraars is dat die acceptatievoorwaarden niet heeft. Daarnaast blijkt uit informatie die we ook allemaal hebben gekregen, dat twee derde van de chronisch zieken die zich melden, wel wordt geaccepteerd, ook al zijn er acceptatievoorwaarden. Het is natuurlijk altijd goed om daar attent en scherp op te zijn, maar ik deel niet de zorg dat chronisch zieken nog steeds niet fatsoenlijk kunnen overstappen omdat ze dan geen plek meer kunnen krijgen in een aanvullende verzekering of dat er onvoldoende keuze zou zijn tussen verzekeraars die die mogelijkheid nog bieden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Rutte zegt dat een groot deel nog wel toegang krijgt. Mijn pleidooi betrof echter de kleine groep patiënten die reuma hebben en die door fysiotherapie wel actief kunnen blijven in de samenleving, maar die nu het lid op de neus krijgen en dus voor een dichte deur komen te staan. Als het daarbij fout gaat lopen, moeten we dan niet gelijk kijken naar de achterliggende oorzaken? Moeten we niet gelijk bekijken wat we moeten doen als we het er met elkaar over eens zijn dat die mensen toch op dit punt zorg nodig hebben? Ik vlieg het dus via een andere route aan.

De heer **Rutte** (VVD): En via een andere route komen we ook in een iets andere discussie terecht, namelijk de discussie over de vraag of onbeperkt fysiotherapie een passende en kosteneffectieve behandeling is voor deze groep. We moeten die discussie hier misschien niet op tafel leggen, maar volgens mij is dat het knelpunt als het gaat om onbeperkte fysiotherapie bij reumapatiënten, en niet de vraag of er adequate en voldoende toegang is tot aanvullende verzekeringen voor chronisch zieken. Verzekeraars mogen bij aanvullende verzekeringen een eigen beleid voeren, maar ondanks dat is er nog steeds ruim voldoende toegang voor chronisch

zieken in aanvullende verzekeringen. Het is wel iets om in de gaten te blijven houden.

Voorzitter. Ik ga door met mijn eerste punt, namelijk de categorieën waarvoor de VVD graag zou willen dat de risicoverevening bij de eerstkomende evaluatie tegen het licht wordt gehouden. De eerste categorie betreft zwangere vrouwen. Zij blijken heel negatief uit de verevening te vallen. We zouden niet willen dat zij bij pakketselectie niet meer goed toegang zouden krijgen voor verzekeraars. De tweede categorie betreft verevening op basis van inkomen. Aan de ene kant zijn er signalen dat het loont om op basis daarvan te selecteren. Zo zijn er bepaalde polissen die aantrekkelijk zijn voor een hoog inkomen. Aan de andere kant zijn er signalen dat het dan wellicht niet meer zou lonen om de minimapolissen die gemeenten aanbieden, te laten bestaan. De VVD hecht er zeer aan dat dit wel blijft gebeuren. Hierop wil ik graag een reactie van de Minister.

Mijn tweede punt betreft de contractering. We vragen ongelooflijk veel van zorgverzekeraars. We vragen hun om in een steeds kortere tijd steeds meer te presteren op het gebied van contractering en om dat ook nog eens tegen een heel scherpe prijs te doen. Ook de VVD krijgt signalen dat de hoekjes soms wel erg scherp worden afgesneden. Aan zorginstellingen wordt bijvoorbeeld gevraagd om ontzettend veel gegevens aan te leveren omwille van de contractering, maar zij krijgen vervolgens een heel eenvoudig briefje waarin staat: we hebben reeds voldoende instellingen gecontracteerd; u komt niet in aanmerking. Verzekeraars hoeven niet iedereen te contracteren, maar we zouden wel graag zien dat een en ander wordt beargumenteerd, opdat partijen de mogelijkheid hebben om zich te blijven verbeteren op prijs en kwaliteit en weten in welke richting dat zou moeten. Wellicht kan de Minister dat eens indringend bij verzekeraars onder de aandacht brengen.

Ik kom op mijn derde punt. De VVD wil graag dat in de aankomende evaluatie van de Zorgverzekeringswet ook goed wordt gekeken naar nut en noodzaak van de collectiviteiten. Die hebben wij geïntroduceerd in het stelsel om dynamiek te krijgen en om werkgevers zo ver te krijgen dat zij heel gericht pakketten gingen maken om hun medewerkers gezond te houden. Maar als wij nu kijken naar de realiteit, dan zien wij dat 70% van de Nederlanders collectief verzekerd is, meer en meer in gelegenhedscollectiviteiten. Ik weet niet precies wat ik daarvan moet vinden, maar ik wil graag dat de voor- en nadelen op een rijtje worden gezet, want in een zorgverzekeringsmarkt zonder collectiviteiten zou er weleens meer transparantie kunnen zijn en zou het premieniveau weleens wat kunnen dalen, waardoor niemand er in zijn premie nadelen van zou ondervinden. Tegelijkertijd blijft dynamiek in de markt van belang. Vandaar mijn verzoek om daarnaar te kijken.

Mijn laatste punt gaat over de zorg op de BES-eilanden. Dat gaat dus niet over de Zorgverzekeringswet, maar wij moeten het er wel over hebben. De Minister heeft onlangs in een brief geschreven naar aanleiding van een toezegging aan de VVD dat er een onderzoek komt waarin het niveau van de zorg op de Caribische eilanden wordt vergeleken met die in omliggende landen. Maar het duurt tot eind 2014 voordat wij daar de resultaten van zien. Wat gaan wij in de tussentijd doen om grip te krijgen en te houden op de zorgkosten op de BES-eilanden? Wordt het wellicht tijd om op deze eilanden een eigen bijdrage in te voeren om de almaar stijgende zorgkosten te remmen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Nederland heeft de beste zorg van Europa, zo bleek vorige week weer. Dat hebben verschillende collega's ook al gezegd, dus ik zal mij daar niet meer uitputtend over uitlaten. Wij zijn daar trots op. In 2006 zijn wij met het nieuwe zorgstelsel gestart. De positieve resultaten daarvan worden steeds duidelijker: de

basispremie daalt, de zorgverzekeraars kopen scherper in en patiënten maken meer gebruik van hun keuzevrijheid. Maar wij krijgen ook de tekortkomingen van dit stelsel steeds beter in beeld. De belangrijkste is het gebrek aan transparantie over het gebruik, de kosten en de kwaliteit van zorg, terwijl dat essentieel is voor de beheersing van de uitgaven, de bestrijding van fraude, gezonde concurrentie en de samenstelling van het basispakket. Daarom wil ik graag van de Minister horen hoe het staat met de uitvoering van de motie-Pia Dijkstra/Voortman (28 828, nr. 34) over het ontsluiten van open data. Ik wil inzoomen op het gebrek aan transparantie voor patiënten. Ik wil graag dat de Minister specifiek aandacht geeft aan de informatie over kwaliteitscriteria die zorgverzekeraars hanteren bij het inkopen van zorg. Patiënten hebben nu geen zicht in waar verzekeraars naar kijken als ze zorg inkopen. Voor veel verzekerden is de inhoud van de zorgpolissen dan ook abacadabra. Het verschil tussen de natura- en restitutiepols blijft onduidelijk, net als de precieze zorgaanspraken en de wijzigingen ten opzichte van het voorgaande jaar. Dat geldt zeker voor de anderhalf miljoen laaggeletterden in Nederland. Daarom wil mijn fractie af van de kleine lettertjes en zorgverzekeraars verplichten tot duidelijke taal of bijvoorbeeld voorlichting via filmpjes en animaties. Wil de Minister dit verduidelijken in de wet en bespreken met de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben zeer blij om te horen dat D66 zich ook zorgen maakt over de kwaliteit van informatie over polissen voor patiënten, zeker voor laaggeletterden. Wij zijn het er zeer over eens dat niet iedereen dezelfde leesvaardigheden heeft. Is mevrouw Dijkstra het met ons eens dat het goed zou zijn om de drie toezichthouders, NZa, AFM en ACM, gezamenlijk te laten bezien wat er allemaal gebeurt en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor volgend jaar, zodat het in november voor iedereen duidelijk is?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik dank mevrouw Bouwmeester hiervoor. Ik kom daar namelijk in mijn volgende alinea op. Daarin vraag ik inderdaad om vooral de Autoriteit Consument & Markt (ACM) daar een rol in te geven, maar ik kom daar via een andere weg, namelijk via de onduidelijkheid over de vergelijkingssites. Dit zou je echter heel goed bij elkaar kunnen pakken, want het gaat allemaal over transparantie en weten waar je aan toe bent. Dus tenzij mevrouw Bouwmeester nog een aanvulling heeft, wil ik doorgaan met mijn inbreng.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Volgens mij zijn we het helemaal eens. Dus, prima.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De vergelijkingssites schieten als paddenstoelen uit de grond. Die sites zouden patiënten moeten helpen om een passende zorgverzekering te kiezen, maar sommige sites zijn helemaal niet helder over hun methodes, vertellen niet duidelijk dat ze betaald worden door zorgverzekeraars en laten niet altijd alle verzekeringen zien. Dat neigt naar misleiding en het niet nakomen van de algemene zorgplicht bij complexe producten. Daarom verzoek ik de Minister om de Autoriteit Consument & Markt te vragen onderzoek te doen naar deze sites en de rol van de verzekeraars daarin. Is zij bereid om de zorgvergelijkers te wijzen op hun verantwoordelijkheid?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb in een persbericht gelezen dat de ACM al bezig is met een onderzoek naar de Zorgverzekeringswet. Zij komt volgend jaar ook ergens mee terug. Is het misschien nuttig dat de ACM ook kijkt naar de toegang die nieuwe zorgverzekeraars hebben tot de zorgverzekeringsmarkt? Dit jaar wilde ANNO12 bijvoorbeeld graag toegang tot de markt hebben, maar die zei uiteindelijk: wij kunnen geen

toegang krijgen, het gaat ons niet lukken. In een goed werkend stelsel moet daar ook ruimte voor zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik kan mij heel goed voorstellen dat mijn vraag wat wordt verbreed en dat de vragen van mevrouw Bouwmeester en mevrouw Bruins Slot daaraan worden toegevoegd. Dat lijkt mij uitstekend. Dus die vraag leggen wij met z'n allen bij de Minister. In heel Nederland zijn de polissen weer door de brievenbussen gegaan, maar dat kan natuurlijk ook via e-mail. Dat bespaart miljoenen euro's. Het is ook nog eens beter voor het milieu. D66 wil van digitaal met een exitmogelijkheid de standaard maken. Als je het niet wilt, dan kun je ook een brief vragen. Naar aanleiding van mijn motie is de Minister op verkenning uitgegaan. Is zij inmiddels bereid om dit ook te gaan regelen? Wij staan in Nederland voor de uitdaging om de solidariteit in ons stelsel in stand te houden. Een debat over de inkomensafhankelijke basispremie liet al zien dat er grenzen zijn aan het bedrag dat mensen kunnen en willen betalen aan zorg. D66 is daarom blij met de CVZ-doorlichting van het pakket. Wij vinden het ook goed dat daar geen financiële bovengrens voor geldt. Ik maak mij wel zorgen over logopedie en chronische fysiotherapie, met name specialistische fysiotherapie. Ook die staat onder druk terwijl die heel belangrijk is voor preventie en voor substitutie van de tweedelijns- door de eerstelijnszorg. Ik kom daar volgende week uitgebreid op terug in het AO over eerstelijnszorg, maar ik wil de Minister nu al vragen: wil zij voor deze zorg de mogelijkheid van voorwaardelijke aanspraken onderzoeken?

Het CVZ stelt voor te kijken naar de integrale bekostiging van dementiezorg. Dat geld komt nu uit de potjes Zvw, AWBZ en Wmo. Mijn fractie wil die financiële schotten weghalen zodat de ketenzorg en de zorgstandaard dementie echt van de grond kunnen komen.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben er bijna. Dat ga ik halen. De Minister wil hier pas na de hervormingen naar kijken, maar dan zijn wij weer een paar jaar verder. Daarom heb ik twee vragen. Wil zij uitspreken dat integrale bekostiging definitief van de grond komt? En wil zij dat nu al gaan onderzoeken?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Vandaag is een goed moment om elkaar te spreken over de zorgverzekeraars en zorgverzekeringen. Deze weken denken veel mensen namelijk na over hun zorgverzekering met de vraag of ze wel of niet zullen overstappen naar een andere verzekeraar. Door het dalen van de basispremies kan het aantrekkelijk zijn om over te stappen, maar een keuze maken is niet gemakkelijk. Er is een overkill aan niet transparante websites, waarvan nog maar de vraag is of ze een onafhankelijk advies geven. Ik heb hier enkele weken geleden al schriftelijke vragen over gesteld. Ik zie uit naar de antwoorden van de Minister. Hoe kiest zij eigenlijk haar zorgverzekering? Alle websites, onafhankelijk of niet, hebben één ding gemeenschappelijk, namelijk dat ze vooral sturen op basis van de prijs en niet op basis van kwaliteit. Ik ben ervan overtuigd dat het kiezen van een zorgverzekering meer is dan een kwestie van de laagste prijs. Cliënten moeten inzicht hebben in de wijze waarop hun zorg is ingekocht. Het moet duidelijk zijn welke zorg is ingekocht en welke criteria daarvoor gelden. Als een cliënt kiest voor niet gecontracteerde zorg, moet ook helder zijn op welke vergoeding hij kan rekenen. Dat ben ik met de cliëntenorganisaties eens. Wij vragen van zorgverzekeraars dat zij kwalitatief goede zorg inkopen voor een acceptabele prijs, maar op de website van mijn eigen zorgverzekeraar kan ik daar geen enkele informatie over vinden. Zorgverzekeraars zijn niet bepaald scheutig met informatie over de kwaliteitscriteria die zij



hanteren bij de zorginkoop en over de controle daarop. De ChristenUnie vraagt van zorgverzekeraars transparanter te werken. Vindt de Minister dat ook en spreekt zij zorgverzekeraars hierop aan? Meer transparantie en kwaliteitscriteria kunnen helpen om het vertrouwen van verzekerden in hun verzekeraar te vergroten, want het vertrouwen is nu vaak ver te zoeken.

Zorgverzekeraars zouden zich veel meer als corporaties moeten gedragen. Dat zijn ze immers ook. Zij zouden verzekerden meer inspraak moeten geven in het beleid en de manier waarop de zorg wordt ingekocht. Deelt de Minister mijn mening en gaat zij zich hiervoor inspannen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik hoor de ChristenUnie terecht zeggen dat er moet worden ingekocht op kwaliteit en dat zorgverzekeraars transparanter moeten zijn. Dat willen wij eigenlijk allemaal en iedereen zegt dat ook: de patiënten, de zorgverleners en de zorgverzekeraars zelf. Wij zeggen het al zo lang tegen elkaar dat het een soort gebruik wordt, maar wij hebben nog niet bedacht welke ambitie wij hebben en welk tijdpad wij hanteren, zodat wij de voortgang kunnen controleren. Is mevrouw Dik-Faber het met ons eens dat er een tijdpad moet komen, zodat wij elkaar scherp kunnen houden, complimenten kunnen uitdelen voor wat goed gaat en af en toe een zetje kunnen geven als het niet goed gaat? Anders blijven wij misschien hangen in de goede bedoelingen die wij al sinds 2005 tegen elkaar uitspreken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben het daar helemaal mee eens.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Is zij het ook met mij eens dat het handig is als de Minister aangeeft op welke manier zij dat dan wil bereiken?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb inderdaad van veel fracties een pleidooi gehoord voor meer transparantie. Ik sluit mij daar van harte bij aan. Het lijkt mij goed dat wij de Minister vragen daar een actieplan met een tijdpad voor op te stellen. Wij spreken hier inderdaad al veel jaren over. Het is goed dat wij nu ook concrete stappen gaan zetten.

De **voorzitter**: Ik denk dat u allen wacht op een reactie van de Minister hierop. Gaat u verder.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voor de ChristenUnie is solidariteit binnen ons stelsel van groot belang. Nu zien wij dat de solidariteit in ons stelsel onder druk staat doordat steeds meer gezonde mensen alleen een basisverzekering hebben en de groep die zich aanvullend verzekert, daar vaak ook echt gebruik van moet maken. Daardoor stijgen de premies en worden pakketten uitgedund. Chronisch zieken zijn daar de dupe van. De VVD-fractie heeft terecht opgemerkt dat twee derde van de patiënten door zorgverzekeraars wordt aangenomen voor het aanvullend pakket, maar dat betekent ook dat een derde niet wordt aangenomen. Waar moeten die mensen naartoe? Wat gaat de Minister hieraan doen?

De **voorzitter**: Ik zie dat u wilt reageren, mijnheer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD): Er werd naar mij verwezen.

De **voorzitter**: Maar u hebt al twee interrupties gehad. Dat doen wij dus niet.

De heer **Rutte** (VVD): U bent streng doch rechtvaardig, voorzitter.

De **voorzitter**: Gaat u verder, mevrouw Dik.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Zorgverzekeraars zijn in toenemende mate risicodragend. Patiëntenorganisaties vrezen dat hierdoor indirecte risicoselectie op de loer ligt. Ziet de Minister dit ook zo en gaat zij dit monitoren?

Wij hebben schriftelijke vragen gesteld over het wegvallen van de optie onbeperkte fysiotherapie binnen de aanvullende verzekering. Onlangs klampte iemand mij aan op straat in mijn eigen woonplaats voor wie onbeperkte fysiotherapie letterlijk van levensbelang is. Artsen hadden verwacht dat hij niet meer zou leven, maar hij leeft nog door onbeperkte fysiotherapie. Ik hoop dat de Minister hier in de beantwoording ook aandacht voor heeft.

Mijn mailbox zit vol met klachten van zorgaanbieders. Zij moeten «tekenen bij het kruisje». Sommigen spreken zelfs van wurgcontracten. Herkent de Minister dit? Zijn kleine zorgaanbieders nog wel in de positie om echt te onderhandelen met een zorgverzekeraar? Ik krijg de indruk dat de verhoudingen tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en verzekerden uit balans is. Is de Minister zich hiervan bewust en wat gaat zij hieraan doen?

Een paar weken geleden hebben wij bij de Staatssecretaris een pleidooi gehouden voor een pgb in de Zorgverzekeringswet. Met de hervormingen in de langdurige zorg wordt het belang van een pgb in de Zorgverzekeringswet steeds groter. Hoe kijkt de Minister aan tegen het voorstel van Per Saldo om niet pas in 2015 maar al in 2014 aan de slag te gaan met het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet? Zijn hiervoor pilotmogelijkheden? Ik dring hierop aan omdat een specifieke groep kinderen en volwassenen met specialistische verpleging nu tussen wal en schip dreigt te vallen.

De **voorzitter**: U hebt nog 30 seconden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat ga ik halen. Het is goed dat dieetadvisering is opgenomen in het basispakket, maar het is daarbij belangrijk dat goede kwaliteit van zorg wordt geboden om ook resultaten te bereiken. Verandering in eetpatronen kost nu eenmaal veel inzet en tijd. In de praktijk blijkt de behandeling van patiënten met diabetes niet aan de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie te voldoen. Deelt de Minister mijn zorgen hierover en gaat zij hier actie op ondernemen?

De **voorzitter**: Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 10.57 uur tot 11.10 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. We hebben een behoorlijke crisis gehad in de financiële sector waar de financiële sector nog steeds niet van is gekomen en wij als samenleving helaas ook niet. De financiële sector heeft sinds die crisis terecht grote belangstelling van dit huis, het kabinet en op Europees niveau. Over de financiële sector wordt heel vaak gesproken in dit huis, met name in de vaste commissie voor Financiën. De algemene lijn die politiek breed wordt ingesteld is: de financiële sector moet prudenter opereren, goede reserves aanhouden en wat meer vet op de botten hebben. En in het kader van Solvency II zijn wij bezig om allerlei extra regels te stellen.

Verzekeraars zijn onderdeel van de financiële sector. Aan de ene kant worden vanuit de Tweede Kamer een heleboel extra eisen gesteld en regels opgelegd aan de financiële sector dus ook aan verzekeraars. Aan de andere kant hoor ik vaak in deze commissie van een aantal fracties een pleidooi voor het tegengestelde, maar het kan natuurlijk niet allebei waar zijn. Wij kunnen niet van de financiële sector extra dingen vragen in de

vorm van extra regels en eisen om vervolgens tegen een onderdeel van die financiële sector, namelijk de zorgverzekeraars, te zeggen: maar jullie houden wel heel veel reserves aan. Dan zitten wij een beetje in een spagaat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben hoogst verbaasd over wat de Minister hier zegt. In de financiële sector gaan we waarschijnlijk naar buffers van 5%. De buffers die zorgverzekeraars moeten hebben zijn 11%. Die gaan misschien nog iets omhoog. Ze hebben echter meer dan 200% solvabiliteit. Zelfs de Minister heeft in eerdere debatten aangegeven dat zij ervan uitgaat dat, als er extra taken naar de zorgverzekeraars gaan, het niet met premieverhogingen gepaard gaat, maar dat het uit de solvabiliteit wordt gehaald. Dat hebben de zorgverzekeraars overigens niet gedaan. Dus ik vind het een beetje goedkoop shoppen van de Minister als zij zegt dat de buffers omhoog moeten maar bij 200% wegkijkt. Dat is dood geld op de plank. Zij zegt anders ook dat ze het maar moeten inzetten voor de pakketvergroting.

Minister **Schippers**: Wie de schoen past, trekke hem aan. Ik heb gezegd: als je op een concurrerende markt meer winst maakt dan je aan solvabiliteit nodig hebt, dan verwacht ik dat je die teruggeeft. Mij dunkt. Wij hadden € 24 uitgerekend. Het is € 121 geworden. Dus iedereen kan het over oligopolie en zo hebben, maar dit is een heel helder signaal dat hier marktwerking plaatsheeft. Daarnaast moeten wij ons realiseren dat de politiek hier ook een grote rol in heeft, niet alleen met regels maar ook met overhevelingen. De grootste overheveling uit de geschiedenis staat op de nominatie: 3,6 miljard. Dat is mij nogal wat. Dan kun je niet tegen zorgverzekeraars zeggen: ga maar met je neus in de wind lopen en dan zie je volgend jaar maar wat je daarmee doet. Dus dat zorgverzekeraars niet alleen naar dit jaar maar ook naar volgend jaar kijken, vind ik niet gek. En ja, als je een concurrerende markt hebt, dan zakken de premies als gevolg van winsten die je maakt en niet nodig hebt. Dat is meer dan gebeurd. Dat wilde ik maar even aantekenen. Als wij kijken naar de feiten over de nominale premie, dan constateren wij dat die van 2013 op 2014 met gemiddeld € 121 daalt. Dat is een daling van 9,4%. De spreiding in de premies van verzekeraars is toegenomen. Die spreiding was € 162 in 2013 en die is € 224 in 2014. Wij hadden bij VWS een premiedaling berekend, zoals wij dat standaard doen, van € 24. Het Centraal Planbureau heeft dat met ons berekend, want dat gebeurt altijd gezamenlijk. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is de premie met gemiddeld 4,5% per jaar gestegen. De premie van 2014 ligt dankzij de hiervoor genoemde daling weer ongeveer op het niveau van 2010. Dalen de kosten? Nee, wij hebben met elkaar kostengroei afgesproken, ook over de afgelopen jaren, maar de premies zijn gedaald naar het niveau van 2010.

Een aantal verzekeraars heeft op zijn website inzicht gegeven in de besteding van de premiegelden aan zorg en beheer. Er wordt nog onvoldoende inzichtelijk gemaakt welk deel van de winsten uit afgelopen jaren is gebruikt om de premie voor 2014 lager vast te stellen, hetgeen wordt gevraagd in de motie-Bruins Slot (29 689, nr. 461) over transparantie, rendementen en premie. Naar aanleiding van die motie heb ik een gesprek gehad met Zorgverzekeraars Nederland. Daar heb ik de Kamer ook een brief over gestuurd. Zorgverzekeraars Nederland heeft gezegd: wij zullen dat transparant maken. Het kabinet kan echter niet afdwingen dat iedereen dat precies op dezelfde manier doet. Hoewel dat een juridisch obstakel is, heeft Zorgverzekeraars Nederland gezegd: wij gaan dat transparant maken, maar iedere verzekeraar doet dat op zijn eigen manier.

Er zijn goede voorbeelden zoals DSW en VGZ. Het is de bedoeling dat andere verzekeraars dat goede voorbeeld volgen. Daar hebben wij afspraken over gemaakt, dus ik ga ervan uit dat dat volgend jaar gebeurt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daar zitten twee zaken aan vast. De Minister zegt dat zij niet kan regelen dat dat uniform gebeurt, maar zorgverzekeraars moeten nu al op basis van regelgeving financiële informatie over de behaalde winst en het rendement overdragen aan de Kamer van Koophandel en de Nederlandsche Bank. Waarom is het dan niet mogelijk om het te regelen zoals de Kamer breed heeft gevraagd?

Minister **Schippers**: Omdat wij het hier hebben over een particuliere markt. Dat kun je niet zo uniform opleggen aan particuliere verzekeraars. Maar de verzekeraars hebben wel aangegeven dat zij dat gaan doen, ieder op zijn eigen wijze. Er zijn twee zorgverzekeraars die dat al hebben gedaan. Dat zijn heel heldere voorbeelden. Dit is overigens wel gecompliceerd, want wij hebben niet zo'n heel eenvoudig stelsel. In dit stelsel heb je te maken met een zorgverzekeringsfonds, dat invloed heeft, en met een fiftyfiftyverdeling tussen inkomensafhankelijke premie en nominale premie. Dus het is best gecompliceerd, maar ZN heeft toegezegd haar leden hieraan te committeren. Daar ga ik dus van uit. Bij de ene zul je het in een cirkeldiagram zien en bij de ander in een staafdiagram; als het maar helder is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister spreekt zichzelf tegen. Er is wettelijk geregeld dat informatie naar de Kamer van Koophandel en de Nederlandsche Bank toe gaat. Daar is geen enkele wettelijke belemmering voor te vinden. Maar er is wel een wettelijke belemmering als wij aan iedereen in Nederland willen laten zien waar die winsten precies naartoe gaan. Dus het kan wel voor de Nederlandsche Bank en de Kamer van Koophandel, maar juridisch gezien kan het niet voor degenen die verzekerd zijn. Maken wij onderscheid tussen instituten en gewone mensen? Dat zou heel vreemd zijn.

Minister **Schippers**: Ik vind het ook heel vervelend als ik iets wil en het op Europeesrechtelijke bezwaren stuit. Wij hebben dat laten uitzoeken naar aanleiding van die motie, want ik persoonlijk heb er helemaal geen problemen mee om dat uniform te doen. Dat heb ik destijds ook al gezegd. Dan is het immers gemakkelijker vergelijken. Maar dat kan niet, dus kies ik voor de praktische weg en zeg ik tegen zorgverzekeraars: doe het dan op je eigen wijze maar wel helder en transparant. Twee zorgverzekeraars hebben dat al gedaan. Het is vervelend maar daar ben ik op gestuit. Ik probeer toch tegemoet te komen aan de wens van de Kamer maar op een net wat andere manier, die wel helder en inzichtelijk is. Macro gezien wordt ten opzichte van de VWS-begroting ongeveer 1,3 miljard minder aan premiegelden binnengehaald doordat de premie lager is vastgesteld dan wij gemiddeld hadden berekend. De premie van de aanvullende verzekering met de meest beperkte dekking blijft gelijk. De premie van de middenpakketten stijgt met 2% tot 3%. De premie van het meest uitgebreide pakket stijgt gemiddeld met 6%. De premies van de aanvullende tandartsverzekeringen stijgen gemiddeld met 1%. Dat is de factsheet.

De mensen in het veld werken iedere dag keihard om ervoor te zorgen dat wij een goede gezondheidszorg hebben. Natuurlijk ben je trots als land als jouw zorgstelsel wederom nummer 1 scoort op de Euro Health Consumer Index. Een belangrijke succesfactor is dat de overheid, de politiek, op afstand staat. Daar wil ik zelf aan toevoegen: als NIVEL de populariteit, de betrouwbaarheid en het vertrouwen dat mensen hebben in politici zou meten, denk ik dat wij onder de verzekeraars eindigen. Op de toegankelijkheid van de eerste lijn en de acute zorg behalen wij de topscore. Ook

heel erg positief aan ons stelsel is volgens deze onderzoekers de concurrentie tussen verzekeraars en de concurrentie tussen de aanbieders. Wij scoren goed op patiëntenrechten. Wij hebben een heel breed pakket in vergelijking met andere Europese landen. Wij hebben niet echt zwakke plekken, maar wij moeten letten op de wachtlijsten. Dat is nog geen zwakke plek, maar daar moeten wij wel aandacht voor hebben. Al met al komt Nederland zo goed uit dit onderzoek omdat wij over de hele linie behoorlijk goed scoren. Daar zitten wat uitschieters bij en wat aandachtspunten. Natuurlijk is het positief om dat te zien, omdat het betekent dat je op de goede weg bent. Dat is wat wij moeten constateren: wij zijn met ons stelsel op de goede weg. En natuurlijk zijn er dingen te verbeteren. De Kamer heeft er een aantal aangegeven. Een aantal daarvan deel ik van harte. En natuurlijk zijn er punten waar wij aandacht voor moeten hebben, maar wij mogen ook weleens constateren dat iets goed gaat en daar blij mee zijn.

Mevrouw Klever heeft gevraagd: wat wordt er naast premieverlagingen met die winsten gedaan? Allereerst is de premie van 2013 op 2014 gedaald. Dat vind ik wel aardig, want het is een van de weinige jaren dat wij geen overhevelingen hebben. Dat wordt altijd zo versluierd. Als wij voor 800 miljoen euro geriatrische revalidatie overhevelen uit de AWBZ, dan moet de premie het bedrag afdekken dat de zorgverzekeraars vragen. Voor dat bedrag moet de solvabiliteit worden aangehouden.

Als verzekeraars concurreren op prijs en zij hun premie scherp stellen, wordt dat versluierd door die overhevelingen. Daar hadden wij er ieder jaar wel wat van. Dit jaar hebben wij niks. Je kunt ook heel helder zien dat die premie daalt. Volgend jaar praten wij in andere zalen en debatten ook weer over een overheveling, die natuurlijk haar impact gaat hebben. Dan zeggen mensen: marktwerking maakt de zorg alleen maar duurder, want wij zien de premie van de Zorgverzekeringswet stijgen terwijl de AWBZ niet daalt. De AWBZ wordt echter helemaal niet kostendekkend betaald. Geen hond in Nederland weet dat wij daar een rijksbijdrage aan leveren. Dat ziet niemand, laat staan als die daalt. Dus denkt men: wij betalen meer voor hetzelfde. Maar dat is niet het geval. De omlegging die via de belastingen plaatsheeft, is niet zichtbaar. Dus ook hier wrekt het zich dat wij niet transparant zijn op de onderdelen waar het uitgaat. En wij hevelen niet voor niets zaken over. Dat doen wij niet omdat de Zorgverzekeringswet zo slecht presteert, want dan zouden wij dingen net zo goed in de AWBZ kunnen laten zitten.

De transparantie over winsten moet beter. Zorgverzekeraars hebben ook aangegeven dat dat beter kan. Dat is technisch best lastig. Dat moet je niet onderschatten, maar ZN heeft aangegeven dat zij haar leden hieraan committeert.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed dat ZN tegen haar leden heeft gezegd dat meer transparantie belangrijk is. Ik heb ook gehoord wat de Minister net heeft gezegd over de Europese beperkingen, maar ik zat daar nog even op door te kauwen en probeer met de Minister mee te denken. Wij hebben een Europese schadeverzekeringsrichtlijn. De zorgverzekeraars vormen daar een uitzondering op. Wij mogen dus wel degelijk eisen stellen omdat zij een algemeen publiek belang dienen. Daarom kunnen wij verplichten dat zij iedereen aannemen in de basisverzekering. Zo is er nog een aantal verplichtingen. Zou je in dat rijtje ook kunnen opnemen dat ze de verplichting hebben om een en ander publiek te verantwoorden, aangezien ze een publiek belang dienen en voor 70% worden gefinancierd met publiek geld, premiegeld?

Minister **Schippers**: Laten wij niet verzanden in de discussie wat publiek en privaat geld is. Toen de Zorgverzekeringswet in 2006 in werking trad, hadden wij afgesproken dat het geld dat bij de zorgverzekeraar is, vanaf dat moment privaat geld was. Dat is dus een semantische discussie waar

wij in de praktijk niets mee opschieten. Het is ook niet zo dat die schade-richtlijn helemaal niet van toepassing is. Daarin heeft men het over noodzakelijkheid en proportionaliteit. Dat is dan ook een inschatting. Aangezien zorgverzekeraars als DSW en VGZ dat nu helder aangeven en anderen het ook inzichtelijk maken – je kunt altijd streven naar het maximale, maar dit is een enorm belangrijke stap – kun je twisten over de vraag of de rechter dit noodzakelijk en proportioneel gaat vinden. Wij hebben dat uitgezocht. Ik heb de Kamer in een uitgebreide brief de resultaten daarvan meegedeeld. Ik denk: laten wij eerst eens kijken waar ZN mee komt. Als die zorgverzekeraars dat helder gaan doen, zodat mensen niet afgestudeerd hoeven te zijn in hogere raketkunde om het te kunnen begrijpen, maar inzichtelijk zien hoe het in elkaar steekt als ze een site openen, dan hebben wij toch bereikt wat wij willen bereiken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voor een heel groot deel ga ik mee met de redentie van de Minister. Wij hebben het nu over de publieke verantwoording, die onder andere over winst gaat maar ook over de vraag welke gezondheidsdoelen en publieke doelen er worden gesteld. Ik ben het dus met de Minister eens als zij zegt: laten wij eens kijken waar ZN mee komt. In het voorjaar hebben de verzekeraars weer allemaal op tijd hun jaarverslag ingeleverd. Ik ben het met de Minister eens dat wij nu moeten afwachten en op dat moment moeten beoordelen wat er ligt. Misschien wordt het goede voorbeeld van VGZ en DSW namelijk gevolgd. Zou ik met de Minister kunnen afspreken dat zij die jaarverslagen op een rijtje zet? Dat heeft zij vorig jaar eigenlijk al een beetje toegezegd. Als het goede voorbeeld niet is gevolgd, dan kunnen wij bezien welke opties wij hebben om de publieke verantwoording beter af te dwingen, bijvoorbeeld door zaken aan de rechter voor te leggen of Europees te toetsen. De eerste stap is dan: wij kijken in het voorjaar waar ZN en de zorgverzekeraars mee komen. De tweede stap is: als wij het niet voldoende vinden, gaan wij onze opties heroverwegen. Dat zouden wij moeten doen om de druk een beetje op te voeren, maar ook om, als het goed gaat, te kunnen zeggen: wij zijn blij dat de zorgverzekeraars deze stap hebben gezet.

Minister **Schippers**: Ten eerste ging de motie-Bruins Slot (29 689, nr. 461) echt over winst, meer specifiek over het inzichtelijk maken waar de winst van zorgverzekeraars naartoe ging. Daar ging de brief ook over. Die motie ging niet over gezondheidsdoelen. Daar heb ik dan ook in de brief niet op gereageerd. Dat is echt een ander onderwerp. Ten tweede kan ik natuurlijk zeggen: mevrouw Bouwmeester, wij gaan de jaarverslagen allemaal bestuderen en dat allemaal voor u op een rijtje zetten. Maar dat betekent ook werk en wij zitten niet om werk verlegen. Wij spreken elders in dit huis ook allemaal af dat wij ons ambtenarenapparaat laten inkrimpen. Ondertussen leggen wij heel veel taken op aan het ambtenarenapparaat die het eerder niet had. Ik wil daarvoor waken. Het is vaak ook mijn eigen schuld. Als de Kamer mij iets vraagt, zeg ik heel vaak toe dat voor het eind van het jaar te doen. Daardoor is er aan het eind van het jaar bij ons een soort explosieve stress, want dan blijken er nog 70 brieven uit te moeten. Hetzelfde geldt voor het zomerreces. Hoewel wij er alles aan gedaan hebben om voor dit debat alles naar de Kamer te sturen wat met zorgverzekeringen had te maken (alle schriftelijke vragen, alle brieven en mijn schriftelijke reactie op het NZa-rapport, dat gelukkig wel al een maand geleden gepubliceerd is), had ik gisteravond weer vijf dingen in mijn map zitten. Dat vind ik heel vervelend, want ik wil graag zaken afhandelen voor een debat. Maar de laatste maand voor een reces is er ook een soort explosie. Dat komt doordat ik de Kamer ter wille wil zijn en zeg: oké, dat doen mijn ambtenaren wel. Misschien moeten wij daar ook een beetje paal en perk aan stellen. Wij hebben aan Zorgverzekeraars Nederland gevraagd: wilt u uw leden committeren aan het feit dat zij die winst inzichtelijk maken? Dat hebben zij toegezegd. Wij kunnen dat



allemaal zelf bekijken op de site, dus laten wij eens kijken wat daarvan terechtkomt en hoe helder dat is.

Ik kom op staatssteun. Moeten zorgverzekeraars die failliet gaan, overeind worden gehouden door de overheid? Zijn ze te groot? De zorgverzekeraars vallen onder prudentieel toezicht van de Nederlandsche Bank. De eisen van financiële soliditeit, waar wij het hier vaak over hebben, zijn stevig en robuust. Daarbij hebben de zorgverzekeraars een behoorlijk gezonde financiële positie, sommigen zeggen: te gezond. De kans dat een zorgverzekeraar omvalt en staatssteun nodig heeft, zal in ieder geval niet erg groot zijn, maar mocht een verzekeraar omvallen, dan zijn er allerlei waarborgen binnen de Zorgverzekeringswet waardoor de verzekerden de zorg kunnen ontvangen die ze nodig hebben.

Mevrouw **Klever** (PVV): Welke waarborgen zijn er dan als een zorgverzekeraar mocht omvallen?

Minister **Schippers**: Als een verzekeraar omvalt, dan betekent dat dat de verzekerden ineens geen verzekeraar meer hebben, waar zij hun zorggebruik gefinancierd kunnen krijgen. Het CVZ verdeelt dan tussentijds de verzekerden over de bestaande verzekeraars. Zo hebben wij dat opgelost.

Mevrouw **Klever** (PVV): Wij hebben heel grote verzekeraars. Er zijn verzekeraars bij met vijf miljoen verzekerden. Stel dat er een omvalt, garandeert de Minister dan hierbij dat het CVZ die vijf miljoen verzekerden onder kan brengen bij alle andere verzekeraars, zonder dat die andere verzekeraars in de problemen komen? Zegt de Minister dat nu?

Minister **Schippers**: Garantie, zeg ik altijd, krijg je op stofzuigers. Mij gaat het erom dat wij het degelijk hebben geregeld. Wij hebben toezichthouders. Die stellen eisen zodat de kans klein is dat zoiets gebeurt. Ik krijg voortdurend van de Kamer het verwijt dat de zorgverzekeraars te veel geld op de bank hebben, maar dat garandeert in ieder geval dat de kans op omvallen erg klein is. Ik vind dat een geruststellende gedachte, want dat betekent dat verzekerden zich daar ook geen zorgen over hoeven te maken. Die dingen hebben wij allemaal vastgelegd. Wij hebben allerlei toezichthouders zoals de Nederlandsche Bank en de NZa. Wij hebben allerlei regels gesteld waaraan verzekeraars moeten voldoen. Voor het geval dat het mis zou gaan, hebben wij ook regels gesteld, namelijk dat het CVZ die verzekerden verdeelt. Het is niet gebeurt. De kans dat het gebeurt, is in mijn ogen heel klein, maar mocht het gebeuren, dan hebben wij ook nog geregeld welk mechanisme in werking treedt.

Wat is opgemerkt over de vergelijkingssites, is mijzelf ook opgevallen. Die vergelijkingssites hebben een eigenaar. Die heeft een verdienmodel. Hoe zit dat verdienmodel in elkaar? Weten wij dat eigenlijk wel? Hoe transparant is het? Als de ene verzekeraar bij de ene site bovenaan komt te staan, hoe kan het dan dat er bij een andere site een andere verzekeraar bovenaan komt? Afijn, het is ongelooflijk belangrijk dat een consument die wil kiezen, betrouwbare informatie heeft op basis waarvan hij kan kiezen. Een aantal woordvoerders stelde dat ook en daar zijn wij het volledig over eens. Die informatie moet begrijpelijk zijn en die moet de consument kunnen vergelijken. Anders kan hij niet goed kiezen. Het is dus ook van belang dat een vergelijkingssite transparant is over de vraag welke verzekeringen in de vergelijking worden meegenomen, op welke wijze de verschillende factoren worden gewogen bij de totstandkoming van het advies en hoe de resultaten worden gepresenteerd.

De AFM heeft daartoe in 2011 een normenkader ontwikkeld. Voor vergelijkingssites die adviseren of bemiddelen of beide, is dat normenkader bindend verklaard in de Wet op het financieel toezicht. De AFM ziet hierop toe. Zij overweegt in 2014 een diepgaand onderzoek te doen naar de wijze waarop die vergelijkingen tot stand komen. Daarnaast zal de

tweede toezichthouder, de ACM, in 2014 speciale aandacht hebben voor de overstapdrempels in onder andere de zorgverzekeringsmarkt. Daar maken de vergelijkingssites ook deel van uit. Begrijpelijkheid en vergelijkbaarheid van informatie is daarbij dus een belangrijk thema. De ACM zal nagaan waar eventuele knelpunten zitten. Zij gaat vervolgens met de betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars en prijsvergelijkers, in overleg om hen aan te sporen de consument van begrijpelijke informatie te voorzien, zodat hij in staat is prijzen en voorwaarden goed te vergelijken. De ACM beoogt zo de bereidheid van verzekerden om over te stappen te verhogen. Zo nodig zal de ACM hier andere toezichthouders als de NZa bij betrekken, maar zoals gezegd kijkt de AFM in 2014 ook specifiek naar die sites. De drie toezichthouders, die hier aandacht voor hebben, zullen met elkaar samenwerken als dat meerwaarde heeft. Wij hebben immers nog een derde toezichthouder: de NZa. Die houdt toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan verzekerden.

De NZa houdt in de overstapperiode van 2013 naar 2014 nauwlettend toezicht op de informatiebronnen van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld op hun website duidelijke informatie geven over de zorgaanbieders waarmee zij een contract hebben en de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Ook moeten ze aangeven waar informatie te vinden is als er nog nieuwe contracten worden afgesloten in 2014. De zorgverzekeraars die onvoldoende informatie geven, moeten dit direct aanpassen. Als ze dat niet doen, zal de NZa handhaven.

Wij hebben dus drie toezichthouders. De zorgen van de Kamer zijn blijkbaar ook de zorgen van deze toezichthouders. Zij zullen allemaal vanuit hun corebusiness onderzoek doen, waarbij ze elkaars kennis en kunde gebruiken op hun raakvlakken met elkaar.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het belangrijk om te horen dat de drie toezichthouders gezamenlijk gaan bekijken wat er aan de hand is. Volgt daar ook een gezamenlijk verslag of gezamenlijke aanbevelingen uit? Ons doel is namelijk dat het in 2014 helder wordt. Hoe kan de Kamer volgen hoe het het afgelopen jaar is gegaan en wat de mogelijke verbeterpunten voor komend jaar zijn? Hoe zorgen we ervoor dat het volgend jaar op 19 november allemaal begrijpelijk en eerlijk wordt verteld aan zorgconsumenten?

Minister **Schippers**: Nou ja, dat is het doel van deze toezichthouders. Anders zouden ze dit niet doen. Zij rapporteren. Ik weet niet of de Kamer zelf de rapportages van de toezichthouders ontvangt, maar anders stuur ik ze aan de Kamer toe. Daar zal een analyse in staan. Waarschijnlijk komen daar ook de knelpunten uit naar voren en de manier waarop het anders en beter moet. De rapporten van de NZa stuur ik de Kamer sowieso altijd toe. Ik zal de rapporten toesturen. Misschien staan daar aanbevelingen in of dingen die veranderd moeten worden om het beter te laten lopen. Mocht dat zo zijn, dan zal ik er meteen een reactie bij doen of eventueel later een reactie sturen – het is altijd een dilemma of ik meteen een reactie bij het rapport zal voegen – zodat we die verbeterstappen kunnen maken. Anders heeft het weinig zin.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor de toezegging. Ik durf het bijna niet te vragen, maar wanneer kan de Kamer dat verwachten? Ik vraag dit ook omdat de toezichthouders al een aantal jaren zeggen dat de informatie onduidelijk is en het niet altijd eerlijk wordt verteld. Toch zien zij het elk jaar weer misgaan. Er moet dus een moment komen waarop we zeggen: nu is het genoeg. Dat moet dan het liefst vooraf gebeuren, want nu gaan mensen naar die site om achteraf te horen dat het niet helemaal eerlijk was. Daarom vind ik het belangrijk om te weten wanneer de Kamer

ongeveer die rapporten krijgt. Dan kunnen wij bekijken wat er aan de hand is en wat er extra mogelijk is, of niet.

Minister **Schippers**: Dat is onterecht. Ik vind wel dat we het precies moeten doen. De AFM heeft een normenkader opgesteld. Zij heeft niet alles zomaar laten lopen of gezegd: kijk hier maar naar en verder doen we niets. Nee, de AFM heeft een normenkader vastgesteld. Dat kader is opgenomen in het financieel toezichtkader. Het is dus niet zo dat er niets gebeurt. Deze markt is echter wel in beweging. Er is ontzettend veel actie en er lopen verschillende ontwikkelingen. Er gebeurt dus wel degelijk wat. In 2011 is er duidelijk iets gebeurd. De AFM is daarop gaan toezien en handhaven. Nu gebeurt er weer wat. Ik kan dus echt niet zeggen wanneer ik het zal toesturen, want ik stuur het toe zodra ik het binnen heb. De ACM staat niet onder mijn aanwijzing. Ik kan haar niet opdragen dat ik voor september een rapport wil. De ACM doet dit op eigen initiatief omdat zij, net als u en ik, tot dezelfde conclusie is gekomen dat sites niet zo transparant zijn als eigenlijk zou moeten. De AFM is ook tot die conclusie gekomen. De NZa doet al doorlopend onderzoek. Ik zal dus zodra die rapporten binnen zijn niet schromen om de Kamer te informeren. Ik kan echter niet zeggen wanneer die rapporten klaar zijn, want daar gaan de toezichthouders zelf over, want zij zijn onafhankelijk. Als zij vinden dat ze een maandje langer nodig hebben, dan nemen zij gewoon een maandje extra, of de Minister dat nu wil of niet. Zo werkt het in dit land.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als het maar voor november is. In het volgende kiesjaar willen we die informatie hebben.

Minister **Schippers**: Deze toezichthouders doen onderzoek om het effect te laten hebben in het volgende jaar. Ik neem aan dat zij dat hebben. Ik wil echter benadrukken dat ik niet de werkplannen van de toezichthouders bepaal, ook al word ik daar weleens op aangesproken, want dat doen zij gewoon zelf. Ik kan daar dus geen toezeggingen over doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb het allemaal even op me laten inwerken. We hebben de AFM, de ACM en de NZa. Zij gaan onderzoek doen naar prijzen, premies en transparantie. Ik ben er erg blij mee dat dit allemaal gaat gebeuren. Ik hoop ook dat dit daadwerkelijk wat zal veranderen. Maar wat ik nog mis tot nu toe is transparantie wat betreft de kwaliteit van zorg. Een instantie als de ACM ken ik ook van andere beleidsterreinen. Zij kijkt naar de prijs voor verzekeren. Ik vind het echter ook belangrijk dat er wordt gekeken naar de kwaliteit van zorg en dat daarover transparantie is. Komt dat ook terug bij die drie toezichthouders of is het toch een black box en moeten we langs een andere route actie ondernemen?

Minister **Schippers**: Ik zou willen zeggen dat we via een andere route actie hebben ondernomen. Dit verbaast me wel. Er worden vragen gesteld over een tijdpad, maar er wordt ontzettend veel in overleg met de Kamer in gang gezet. Dat heeft allemaal een eigen tijdpad en cadans. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, over het Kwaliteitsinstituut, heeft lang op zich laten wachten. In de Eerste Kamer is dat wetsvoorstel gisteren gelukkig behandeld. Ik heb er goede hoop op – volgende week zijn pas de stemmingen – dat het voorstel wordt aangenomen. Het Kwaliteitsinstituut is al aan de gang, maar kan dan full swing aan de gang met zijn programma. Het komt dan ook met een werkprogramma. Volgens verschillende leden is er geen transparantie van prijs, kwaliteit en service wat betreft de inkoop. Dat klopt, want het is ook helemaal niet transparant. In de hoofdlijnenakkoorden hebben we wel met de sector afgesproken dat die transparantie er komt. Eigenlijk is in die hoofdlijnenakkoorden afgesproken dat als je selectief inkoop, je ook helder moet

maken wat de criteria zijn op basis waarvan je inkoop. Dat komt ook uit de commissie-Baarsma. Dat is ingebracht en we hebben in de hoofdlijnenakkoorden besloten dat we dat doen. We hebben ook uitgebreid gesproken over de website. Hoe zorgen we ervoor dat alles op één website komt? Hoe zorgen we dat die website in verbinding staat met allerlei andere websites waar over kwaliteit gesproken wordt? Ook daarover hebben we met elkaar afspraken gemaakt. Ik heb hier een hele lijst, maar ik zou mezelf herhalen als ik die ga toelichten. We hebben het in de Kamer de helft van de tijd over kwaliteit en transparantie. Dat is niet voor niets. We zien dat allemaal als speerpunt. In 2014 komt alles wat we met elkaar hebben afgesproken een beetje samen. We zouden dan stappen moeten kunnen zien op dat terrein. We hebben ongelooflijk veel maatregelen genomen en we werken daar hard aan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Het is inderdaad vaak aan de orde geweest in de Kamer. Er zijn veel maatregelen genomen en stappen gezet. Maar als ik vandaag op de website van de zorgverzekeraar kijk, dan vind ik geen informatie over kwaliteitscriteria. Dat is niet alleen zo bij mijn eigen zorgverzekeraar, maar ook bij andere. Aan de ene kant zie ik de stappen die worden gezet, maar in feite zijn dat stappen op papier. In de praktijk is er namelijk nog niets veranderd. Ik wil graag geloven dat 2014 het jaar wordt van de grote transparantie, maar ik moet het allemaal nog zien. Er is wel veel gebeurd, maar op dit moment kan ik niet constateren dat dit op bijvoorbeeld de websites van zorgverzekeraars tot transparantie over de kwaliteit heeft geleid.

Minister **Schippers**: Het wetsvoorstel waarin heel veel geregeld wordt, ligt hier in de Kamer. Dat moeten we natuurlijk wel eerst behandelen. Dan kun je niet zeggen dat het veld zich er niet aan houdt. Het ligt immers nog in de Kamer. Dat gaat over de verticale integratie van artikel 13. Daar zitten een heleboel transparantie-eisen in. Het hoofdlijnenakkoord is van de zomer overeengekomen. Toen was het beleid van verzekeraars voor de overstapperperiode van dit jaar al vastgesteld. Misschien wordt het helderder als ik alles eens onder elkaar zet. Mevrouw Bouwmeester vroeg al om een tijdpad. We hebben al van alles afgesproken met allerlei tijdpaden, maar misschien moeten we eens inzichtelijk maken welk ambitieniveau we wat dat betreft hebben. Dat is ontzettend hoog. We vragen ook heel veel. Gedeeltelijk liggen die zaken voor in wetsvoorstellen die nog hier behandeld moeten worden. Voor een ander deel ligt het in de instelling van het Kwaliteitsinstituut, het wetsvoorstel dat net door de Eerste Kamer is behandeld. Het verkeert dus allemaal in verschillende stadia. Ik zal een inventarisatiebrief maken van de dingen die hier allemaal lopen, zodat de Kamer iets meer inzicht krijgt en er misschien ook iets meer gevoel bij krijgt.

Dan kom ik op het NIVO-onderzoek. Ik heb het onderzoek zelf niet gelezen, moet ik eerlijk zeggen, maar ik heb in de kranten wel enkele resultaten gelezen. Het is wel zo dat in ieder systeem iemand de boeman is. In heel veel systemen in Europa is dat de overheid, want die doet de inkoop van zorg. Er wordt enorm geklaagd over de inkopers, de ambtenaren die het allemaal niet snappen en achter de feiten aanlopen. In ons systeem zijn het de zorgverzekeraars. Het systeem ontwikkelt zich en wij hameren met elkaar enorm op selectieve inkoop. Wat zeg ik, meer dan hameren zelfs. Het kabinet wilde in de zomer nog een miljard extra uit de sector hebben. Dat ontgaat veel mensen omdat we niets uit het pakket halen of het eigen risico verhogen. We hebben in de hoofdlijnenakkoorden echter wel 1 miljard extra uit de sector moeten drukken. Daarna kwam het Herfstakkoord waarin de zorg voor nog eens 600 miljoen aan de lat staat. In één lange zomer en nazomer hebben we het dan wel over 1,6 miljard. Daar gebeuren dingen die soms wel wat te wild zijn. In normaal fatsoenlijk verkeer neem je de telefoon op als er gebeld wordt, geef je antwoord als

je iets gevraagd wordt en stuur je netjes brieven als je aangeschreven wordt. Ik vind dat zorgverzekeraars dat ook moeten doen. Daar gaat weleens wat mis. Zorgverzekeraars zeggen zelf ook dat het niet allemaal even goed gaat. Zij zien dat en moeten daar ook aan werken. Iedereen heeft zo zijn eigen verbeterpunten. Dit is een belangrijk verbeterpunt. Maar ik vind dat we ook naar onszelf moeten kijken. Als wij tegen zorgverzekeraars zeggen dat zij moeten drukken en nog eens drukken en als wij willen dat zij de kosten eruit halen zodat wij niet in het pakket hoeven te snijden en het eigen risico niet hoeven te verhogen, dan is het het een of het ander. Ik vind dus dat wij zorgverzekeraars erop mogen aanspreken dat zij normaal en fatsoenlijk communiceren met zorgaanbieders. Wij vragen aan zorgverzekeraars ook om transparant te zijn over hun inkoopcriteria. Dan kunnen zij ook zelf kijken of zij daaraan voldoen. Ze kunnen zich afvragen of ze de beste zijn in borstkankerzorg of dat hun buurman toch beter is en ze dus niet van hun stoel hoeven te vallen als zij daarvoor niet gecontracteerd worden. Een beetje zelfreflectie is niet verkeerd. En ja, we zien wat dit betreft grote veranderingen. Er zijn groepen van 200 huisartsen die samen contractafspraken maken. Dat is de ene kant. Aan de andere kant heb je die ene fysiotherapeut, huisarts of logopedist. De zorgverzekeraar zegt niet de mankracht te hebben om met alle individuele beroepsbeoefenaren over hun individuele kwaliteiten te praten. Dingen gaan dus niet altijd goed. Daar moeten we een verbetertraject voor inzetten en dat doen we ook. Afgelopen zomer zijn daar afspraken over gemaakt, onder andere over transparantie op inkoopcriteria die de commissie-Baarsma eerder al had aanbevolen. Ik ken dezelfde verhalen als de leden waarvan ik ook denk: van dik hout zaagt men planken. Het is een enerzijds-anderzijdsverhaal. Wij geven de zorgverzekeraars een behoorlijk zware opdracht mee en die moeten zij goed uitvoeren. Op een aantal vlakken zullen zij dat doen, maar op andere gebieden is verbetering aan de orde.

De heer **Rutte** (VVD): Begrijp ik de Minister nou goed? Zegt zij dat we in korte tijd zo veel hebben gevraagd van de zorgverzekeraars, dat dit wel moet leiden tot een wat ruigere manier van contracteren dan we zouden willen? Ik hoor tegelijkertijd toch ook de erkenning dat het zelfs voor de verzekeraars van belang is dat ze inzicht geven in de reden voor wel of niet contracteren, omdat je daarmee de prikkel behoudt om prijs en kwaliteit te blijven verbeteren. Het lijkt me ook in het belang van de verzekeraar om die transparantie nog wel te blijven betrachten.

Minister **Schippers**: Meer dan dat. Het staat niet voor niets in de hoofdlijnenakkoorden. Daarin staat dat zorgverzekeraars vooraf transparant moeten zijn over de criteria op basis waarvan zij inkopen. Dat vind ik een logische eis aan zorgverzekeraars. Dan weten zorgaanbieders in welk speelveld zij zich bevinden. Ik vind dat een verbetering. Ik vind dat het systeem heel aardig werkt, maar er zijn wel verbeteringen nodig. Aan die verbeteringen moeten we werken. Sommige hebben we al in het vizier en andere wat minder.

Dan kom ik op het eigen risico. Mevrouw Klever vroeg mij het eigen risico terug te brengen naar € 220. Het eigen risico is met het Lenteakkoord – het heeft vele namen gekregen, maar ik noem het toch maar Lenteakkoord – verhoogd. Toen is er meteen afgesproken dat die verhoging voor de laagste inkomens in de zorgtoeslag wordt gecompenseerd. Ik moet wel zeggen dat veel mensen vinden dat zij een hoge premie moeten betalen. Dat is ook zo. De zorgpremie is voor veel mensen geen sinecure. Zij realiseren zich echter onvoldoende dat de zorgtoeslag bedoeld is om de premie te betalen. Die link is voor veel mensen erg zwak. Dat blijkt ook uit gesprekken die ik hierover voer en uit onderzoek. Eigenlijk betalen we met elkaar gewoon een inkomensafhankelijke premie, alleen gaat dat niet met een directe verwerking, maar met een zorgtoeslag. Ik heb voor de

begrotingsbehandeling een eerste enquête aan de Kamer gestuurd. Ik heb ook toegezegd wanneer het tweede onderzoek komt. Een eigen risico heeft voor- en nadelen. Het voordeel is dat de gebruiker betaalt tot een bepaald bedrag. Daarboven pakken we met elkaar solidair de rekening op. De laagste inkomens worden gecompenseerd middels de zorgtoeslag. Ik vind het systeem zoals het nu is goed. Als we gaan overhevelen, zullen hier ook stijgingen in zitten, want dat hangt samen met de omvang van het pakket.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb de Minister gevraagd om een plan te maken om het eigen risico voor in ieder geval chronisch zieken af te schaffen. Bij de introductie van het eigen risico hebben wij altijd gezegd dat wij mensen die geen enkele keuze hebben om zorg te gebruiken – ze zijn immers chronisch ziek – willen compenseren voor het eigen risico. Het eigen risico stijgt echter steeds en de compensatie valt weg. We weten gewoon dat chronisch zieken van alles op hun bord krijgen. Wat is het nadeel voor de Minister om juist diegenen die we niet kunnen ontmoedigen om zorg te gebruiken – dat is immers de filosofie achter het eigen risico – vrij te stellen van een eigen risico?

Minister **Schippers**: Afschaffing van het eigen risico betekent een premieverhoging voor iedereen. Ergens moet het van betaald worden. Als we het eigen risico afschaffen, is dat niet zonder consequenties. Je betaalt iets uit één pot. Als je het eigen risico daaruit haalt, moet de premie voor iedereen omhoog. In Nederland is de solidariteit qua premiebetaling zo geregeld dat mensen die weinig gebruikmaken van zorg een behoorlijke premie moeten betalen, terwijl ze er zelf geen gebruik van maken. Het evenwicht tussen wat mensen moeten betalen die geen gebruikmaken van zorg en wat mensen betalen die voor heel hoge bedragen gebruikmaken van zorg, vind ik in balans. We hebben het in Nederland zo geregeld: € 350 is nu en € 360 is volgend jaar het maximum dat je extra moet betalen, ook al kost je tonnen in zorggebruik. Dat vind ik heel solidair. Ik vind dat we daar best trots op mogen zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): De vervuiler betaalt, is dus de redenering van de Minister. Je moet goed nadenken of je een vervuiler wilt zijn. Als je dan wilt vervuilen, krijg je in ieder geval de rekening. Ik heb het nu juist over de mensen die geen keuze hebben. Als je de redenering doortrekt dat je geprikkeld moet worden om vooral geen gebruik te maken van de gezondheidszorg – zo werkt het eigen risico – dan moet de Minister ervoor zorgen dat mensen die geen keuze hebben, worden uitgezonderd. Wat is daarop tegen? We weten dat er voldoende buffers liggen bij de zorgverzekeraars. Daar ligt 9 miljard op de plank. We weten ook dat, als we het eigen risico eerlijk verdelen over de premie van ons allemaal, dit zal leiden tot een veel lagere premiestijging. Vindt de Minister het echt eerlijk dat chronisch zieken een kwart extra premie betalen omdat zij chronisch ziek zijn? Is dat solidair volgens de Minister?

Minister **Schippers**: Ik vind dat wij een uitermate solidair systeem hebben. In internationale vergelijkingen blijkt dat ook keer op keer. Er zit namelijk een maximum aan wat mensen bereid zijn om op te brengen voor iets waarvan zij zelf geen gebruikmaken. Dat blijkt. Je moet dus goed opletten dat je het draagvlak voor de ziektekostenverzekering breed houdt. Daarom is het van belang dat je dat evenwicht bewaart. Ik zeg helemaal niet dat deze mensen wel een keuze zouden hebben. Chronisch zieken en ook heel veel andere mensen in Nederland hebben geen keuze en maken hun eigen risico op. Toch kun je stellen dat mensen die pech hebben en bijvoorbeeld in een jaar € 50.000 aan kosten hebben, nooit meer kwijt zijn dan € 360. Wij leven niet in een land waarin mensen die de pech hebben een dure ziekte te krijgen, hun huis moeten verkopen of extra hypotheek



moeten afsluiten. Nee, als je die pech hebt, ben je maximaal € 360 kwijt, want de rest pakken wij met elkaar solidair op. Ik vind dat een heel solidair systeem en ik vind dat we daar heel zuinig op moeten zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het toch wel treurig dat wij een Minister van Volksgezondheid hebben die tijdens de begrotingsbehandeling zegt dat 541 miljoen aan reclame en het hele overstapcircus onderdeel zijn van het systeem. Maar kennelijk is het ook onderdeel van het systeem dat chronisch zieken gewoon een kwart extra premie betalen, bovenop wat een gezond iemand betaalt. Dat is de omgekeerde werkelijkheid. Mijn vraag is niet beantwoord. Waarom zou je chronisch zieken niet uitzonderen van het eigen risico? Is de Minister bereid daar een plan voor te maken? Ik maak me namelijk wel zorgen over de chronisch zieke die geen toegang heeft. Waar is dat onderzoek dat mensen niet bereid zijn om meer te betalen? Ik zie het namelijk niet. Ik zie in ieder onderzoek waarin gevraagd wordt of men bereid is meer aan zorgkosten te betalen als iemand zelf niet ziek is, dat men daar inderdaad toe bereid is. Dat blijkt uit onderzoek van het SCP en van allerlei opiniepeilers. Men is daartoe bereid, mits het maar goed besteed wordt. En dat vindt men niet van de reclames.

Minister **Schippers**: Die bereidheid is inderdaad geweldig groot. Dat hebben we vorig jaar in november echt allemaal kunnen zien. Ik heb in al die zalen gestaan. Goh, wat waren die mensen bereid om hun premie te verhogen! Ik geef wel antwoord, maar mijn antwoord bevat mevrouw Leijten niet. Dat kan zijn. Mijn antwoord is echter dat ik vind dat we voor een chronisch zieke – iemand die de pech heeft om een misschien wel heel dure chronische ziekte te hebben – goed moeten zorgen. Een chronisch zieke moet goede zorg krijgen in dit land, zonder daar zijn hebben en houden voor te moeten verkopen. € 360 is het maximale risico dat zij lopen als zij een dure ziekte hebben. Dat vind ik zeer solidair. Natuurlijk betalen mensen die gebruikmaken van zorg dat bedrag. Mensen die geen gebruikmaken van zorg betalen namelijk al premie. Ik zou ook nog willen opmerken dat de kosten die verzekeraars maken om mensen over te halen om naar hen over te stappen, inderdaad tot de kosten van dit systeem behoren. Ik zou er echter niet aan moeten denken dat we een systeem hadden waarbij de overheid alles bepaalt en inkoop. Wat zouden daar wel niet voor kosten aan zitten? Dat zou veel verlies geven in de bureaucratie en lean-and-mean is zo'n systeem ook niet. Scoren die systemen goed in de onderzoeken? Nee. Zweden scoort vrij aardig, maar ziekenhuizen mogen winst maken in dat prachtige Zweden. Ik hoop dat mevrouw Leijten dat dan ook onthoudt. Ieder systeem heeft zijn manco's, maar het idee dat er geen systeemkosten zijn bij andere systemen en wel bij dit systeem is natuurlijk onzin. Ieder systeem kent zijn eigen kosten.

Ik was eigenlijk bezig met de vraag van mevrouw Klever over het eigen risico. Welke problemen kunnen mensen met een vrijwillig eigen risico krijgen? Bij een vrijwillig eigen risico – dat kan behoorlijk worden opgeschroefd met maximaal € 500 – neemt iemand het risico dat zijn risico niet € 360 is maar € 860. Je neemt het risico dat je kosten in een jaar veel hoger kunnen uitkomen. Mensen moeten dus afwegen of zij dat risico willen en kunnen dragen. Ze moeten geld genoeg hebben om dat risico te dragen. Anders kunnen ze het deksel op de neus krijgen. Het is een persoonlijke keuze. We hebben het in het systeem opengelaten dat die keuze zelf gemaakt kan worden.

Dan kom ik op de wanbetalers. Er is een nota naar aanleiding van het verslag onderweg naar de Kamer. Die is een beetje vertraagd, maar deze week komt zij zeker naar de Kamer toe. Daarin wordt alles uit de doeken gedaan in reactie op de vragen over het nieuwe systeem. De wetswijziging die wij voorstellen, heeft verschillende elementen. Stel je komt in

het regime waarin je een boete krijgt van 30% omdat je je boete niet betaalt na een halfjaar, dan kun je daar eventueel van afkomen als je aan bepaalde voorwaarden voldoet. Mevrouw Bouwmeester vroeg hier ook naar, dus ik neem haar punten ook meteen mee. Als iemand meewerkt aan een schuldsanering, kunnen we die boete verminderen of laten vervallen. We zijn er namelijk niet op uit om mensen in de schuldsanering te krijgen. We hebben gekeken hoe dit gaat in Nederland. Menzis in Enschede doet bijvoorbeeld heel mooie dingen om mensen uit het wanbetalersregime te houden. In de wijken zijn zij aan de slag, samen met de gemeente en hulpverleners. Zorgverzekeraars die zich inspinnen om preventieve maatregelen te nemen, moeten daar ook voor gefinancierd kunnen worden. Anders doen ze dat op eigen kosten en schieten we er niets mee op. We willen een prikkel om de mensen uit de regeling te houden.

Mevrouw Klever vroeg of we maatregelen moeten nemen voor allochtonen die heel duur zijn en illegalen die geen premie betalen. Zij stelde voor dat te verdisconteren. Daarmee worden twee debatten met elkaar verbonden die niet helemaal met elkaar verbonden zouden moeten worden. Ik zie dat niet als een grondige oplossing. We leven namelijk in een land waarin je, ook al ben je illegaal, acute zorg kunt krijgen als je dat nodig hebt. We vinden het fatsoenlijk om mensen in nood hulp te bieden.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik had specifiek gevraagd hoe het komt dat allochtonen drie keer vaker wanbetaler zijn in de zorgverzekering. Marokkanen zijn bijvoorbeeld vijf keer vaker wanbetaler en Turken vier keer vaker. Voor Surinamers geldt dat ze zes en half keer vaker wanbetaler zijn. Antillianen zijn zelfs tien keer vaker wanbetaler. Ik hoor naast mij zeggen dat dit niet waar is, maar dit zijn cijfers van het CBS. Als je ziet dat 45% van de wanbetalers allochtoon is, wil ik van de Minister weten hoe dat komt. Waarom staan er zo veel allochtonen te boek als wanbetaler? Wil de Minister daarnaar kijken?

Minister **Schippers**: Waarschijnlijk zijn deze groepen ook vertegenwoordigd in de lage inkomens, waardoor ze sneller in een dergelijke financiële positie komen. Mensen betalen in ieder geval hun huur, want als je je huur niet betaalt, wordt je uit je huis gezet. Ze betalen hun gas en hun licht, want als je dat niet betaalt, wordt je afgesloten. De consequenties van het niet betalen van zorgpremie zijn minder duidelijk. Dat komt dus vaak op de derde plaats. De eerste twee worden vaak betaald. Maar als er financiële problemen en inkomensderving zijn, dan zie je vaak dat dit bij de zorgpremie zichtbaar wordt. Dat speelt hier ook. Om specifiek op uw vraag in te gaan, moet ik zeggen dat ik het niet weet. Ik zeg het dus maar uit mijn hoofd. Mij lijkt echter dat we waarschijnlijk meer Marokkanen hebben die een lager inkomen hebben of in een sociaal-economische achterstandspositie zitten waardoor zij eerder wanbetaler zijn.

Mevrouw **Klever** (PVV): Wil de Minister dit gaan onderzoeken? Nu doet zij het af met de opmerking dat het wel lage inkomens zullen zijn. Het punt is echter dat degenen met een laag inkomen die wel hun zorgpremie betalen de dupe zijn. Wil de Minister dit gaan onderzoeken? In de verzekerdenmonitor staat ook een hoofdstukje over allochtonen en wanbetaling. Daar komt men met de oplossing om dan maar een foldertje in een andere taal te drukken. Aan de ene kant wordt gezegd dat ze in een lage inkomensgroep zitten en aan de andere kant wordt gezegd dat we er maar een apart foldertje voor moeten drukken. Dat is natuurlijk veel te slap. We moeten gewoon bekijken waar het aan ligt en hoe we dat probleem kunnen oplossen. Het gaat om een miljard aan openstaande rekeningen.

Minister **Schippers**: Ik zoek de oplossing helemaal niet in een foldertje. Ik zoek de oplossing in een nieuwe wet. Daarin pleeg ik veel meer inzet om ervoor te zorgen dat mensen uit het wanbetalersregime blijven. Ook zoek ik de oplossing in het niet vrijblijvend kunnen ophouden met premie betalen. Daar ben ik namelijk niet van. En ik denk ook niet dat we de weg op moeten om die 30% weg te nemen. Dan krijg je namelijk dat iedereen naar zijn buurman kijkt, want als die niet betaalt, waarom zou jij dan wel betalen? Voor de solidariteit is het cruciaal dat we ervoor zorgen dat iedereen zijn premie betaalt. Ik heb een wetsvoorstel gemaakt waarmee ik naar de Kamer ben gekomen. Ik heb nu een aanvullend wetsvoorstel gemaakt omdat we erbovenop zitten. Ik wil gewoon geen enkele kans laten lopen om dit te verbeteren.

Mevrouw Bruins Slot heeft mij een kwestie voorgelegd. Een huisarts verwijst naar een vertrouwde specialist, maar die zit bij een ziekenhuis waar de patiënt geen verzekerde zorg kan krijgen omdat hij daar geen polis heeft. Zorgaanbieders hebben op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de verplichting om transparante informatie aan verzekerden te verstrekken. De NZa houdt hier toezicht op via het Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders. Zorgaanbieders moeten verzekerden informeren over prijseigen bijdragen en/of over de vraag of zorg onder de verzekerde aanspraak valt. De NZa kan zo nodig handhavend optreden. Ik kan me goed voorstellen dat zorgaanbieders niet alle polissen uit hun hoofd kennen. Daarom is het van belang dat verzekerden ook altijd zelf hun polis goed nakijken of contact opnemen met hun verzekeraar. Daar ligt dus een gedeelde verantwoordelijkheid. Ik wil dat wel met de huisartsen, toch de grootste verwijzers, opnemen. Vinden zij zelf dat dit goed loopt? Wat zouden we hieraan kunnen verbeteren? We hebben het op papier goed geregeld. Ik zeg mevrouw Bruins Slot en mevrouw Bouwmeester die hetzelfde vroeg, toe om dit met de huisartsen op te nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor de toezegging. Ik denk dat dit nuttig is gezien de nieuwe soort polissen die is ontstaan, namelijk de net-genoeg-polissen die weliswaar zijn toegestaan, maar echt een verandering teweegbrengen. Het andere punt is dat de Minister heel duidelijk zegt dat zorgaanbieders de plicht hebben om uit te zoeken of een patiënt verzekerd is. Als er een eigen bijdrage nodig is, moeten zij daar de patiënt eerst over informeren. Als ik een heupoperatie moet krijgen bij een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is – een heupoperatie kost € 22.000 – moet ik 30% zelf betalen. Dat is € 6.000. Dan moet het ziekenhuis mij daar wel even over informeren. Klopt dat?

Minister **Schippers**: Ja, maar de patiënt heeft daar zelf ook een verantwoordelijkheid in. Die moet namelijk goed naar zijn polis kijken. Ik heb hier vorig jaar niet met de huisartsen over gesproken. Nu ga ik dat wel doen, precies vanwege de reden die mevrouw Bruins Slot noemt. Er komt steeds meer differentiatie in de polissen en het wordt ook steeds ingewikkelder. Misschien kunnen we elkaar helpen met hoe dit simpeler kan. Misschien kunnen we er zelf wat simpeler oplossingen voor bedenken. Dan hebben we de meest praktische weg bewandeld. Ik vind het naar aanleiding van de vragen hier de moeite waard om hierover met de huisartsen contact op te nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een belangrijke stap. Het CDA vindt het namelijk belangrijk om te voorkomen dat mensen straks met enorme schulden zitten. We hebben juist vandaag het bericht vernomen dat mensen steeds meer in een armoedepositie zitten. Wanneer verwacht de Minister de Kamer te kunnen rapporteren over dit gesprek met de huisartsen?

**Minister Schippers:** Als we echt naar een oplossing moeten of creatieve ideeën moeten gaan verzinnen, dan zal het wat langer duren. Ik kan de informatie op zich gewoon ophalen. Dat gaat vrij snel. De stand van zaken is het probleem niet. Die kan ik toesturen, maar voor knelpunten zal ik ook oplossingen moeten bedenken. Dan kan het op zich vrij snel, maar we zitten in de drukke kersttijd dus ik moet voorzichtig zijn met wat ik toezeg. Voor 1 maart 2014 moet het wel kunnen.

Dan kom ik op de logopedie. Herken ik de klacht dat de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar niet gelijkwaardig is? Natuurlijk herken ik die. Ik heb hierover al eerder gesproken met de Kamer. Toen heb ik besloten om een rondgang te houden over de vraag hoe je kunt samenwerken en hoe je de positie van de andere kant kunt verbeteren. Daar bleek heel veel onwetendheid, onzekerheid en gebrek aan informatie te bestaan. Toen hebben we besloten om met de NZa, VWS en de ACM bijeenkomsten te organiseren. De eerste proefbijeenkomst is inmiddels geweest. Daar hebben we de in de regio dominante zorgverzekeraars ook bij gevraagd, want we doen het verspreid over de regio's. We hebben er drie gehouden voor beroepsbeoefenaren. Ziekenhuizen vonden dat interessant en hadden ook veel vragen. We hebben er dus ook twee voor ziekenhuizen gedaan. Het komende halfjaar gaan wij daarmee aan de slag. We gaan dus die rondgang over samenwerking houden. Ik heb de Kamer toegezegd om daarover voor de zomer te rapporteren. De NZa heeft goed contracting practices opgesteld. De knelpunten zijn in kaart gebracht, net als de mogelijkheden om die op te lossen. Desalniettemin doen wij deze rondgang en kom ik naar de Kamer met de knelpunten en de eventuele oplossingen.

Dan kom ik op de fysiotherapie. Verschillende woordvoerders hebben gesproken over de doorlichtingen op stringent pakketbeheer. Als het CVZ zegt dat iets wetenschappelijk niet aantoonbaar werkt, dan ondersteunen wij dat. Voor fysiotherapie voor bepaalde groepen reumapatiënten kan het CVZ geen wetenschappelijk aantoonbaar bewijs vinden. Naar aanleiding daarvan is het uit het pakket gegaan. Het is niet uit het pakket gegaan omdat het op een lijstje van bezuinigingen stond. Dit is echt uit het pakket gegaan op advies van het CVZ dat getoetst heeft op wetenschappelijk aantoonbare werkzaamheid. Ik weet dat de Reumavereniging het daar niet mee eens is. Voor mij is het echter van groot belang, zeker bij pakketbeslissingen, dat het pakket evidencebased is. Dat staat op nummer één bij mijn beslissingen dienaangaande. Op nummer twee staat kosteneffectiviteit. Als iets geen therapeutische meerwaarde heeft, vind ik het heel moeilijk te verdedigen om het in het pakket te houden. Dat is een deel van de overgang naar de aanvullende verzekering. Er zijn heel veel vragen over gekomen. Ik heb begrepen dat het CVZ niet alleen bij verschillende zorgdomeinen op relevante onderdelen gaat screenen, maar fysiotherapie ook meepakt bij het stringent pakketbeheer. Ik luister daarbij behoorlijk naar het CVZ. Ik wijk daar zelden van af en als ik dat doe, komt het uitgebreid in de Kamer aan de orde.

Wat betreft het aanvullende pakket is het wel goed om even een aantekening te maken. Ik ga namelijk niet over het aanvullende pakket. Ik heb er niets over te zeggen; niet over wat erin zit, niet over de prijs, noch over risicoselectie. Daarom is het van groot belang dat we ons realiseren dat, als iets wordt overgeheveld naar het aanvullende pakket, wij geen verbandjes meer kunnen leggen op de onderdelen die we overhevelen. Dat valt namelijk allemaal onder de derde schaderichtlijn binnen de Europese Unie. Dat is een kwestie van de vrije markt en dus van vrije prijsvorming en eigen criteria. Je mag daar risicoselectie toepassen, terwijl dat bij de basisverzekering niet mag. Wij laten het allemaal op een rijtje zetten en ik kom ook altijd met rapportages over het aantal polissen waarbij geen risicoselectie is en over de prijsstijgingen. Ik houd dus wel de vinger aan de pols, in die zin dat ik de Kamer informeer, maar ik heb er helemaal niets over te zeggen. We kunnen alleen iets zeggen over de

risicoselectie in de basisverzekering. Daar kom ik straks ten aanzien van de risicoverevening heel uitgebreid op terug.

Dan kom ik op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Daarover zijn twee rapporten verschenen. Het ene is heel recent en het andere is iets ouder. Ik heb gezegd dat ik erop terug zou komen als ik beide rapporten zou hebben. De Onderzoeksraad Voor Veiligheid heeft recentelijk een rapport gemaakt. Daarnaast hebben we het rapport van de commissie-Danner nog liggen. Ik zal de Kamer over enkele weken een reactie op beide rapporten sturen. Dan kunnen we dat goed nalopen.

Hoeveel mensen hebben betalingsproblemen met het eigen risico? We hebben daarover geen landelijke cijfers. Er is wel een aantal verzekeraars waarbij bekend is of bekend is gemaakt hoeveel het er zijn.

Dan kom ik op de vraag welke verzekeraars het goed doen met de betalingsregelingen en welke niet. Alle verzekeraars kennen de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Dit is meestal maatwerk en die regelingen verschillen dus ook van elkaar. Ik kan niet zeggen wie dat in mijn ogen wel of niet goed doet.

De premies zijn voor een deel gezakt omdat de zorgverzekeraars in 2014 lagere zorgkosten verwachten. Dit wordt veroorzaakt door de contractering. Als je scherper contracteert voor een lagere prijs, verwacht je lagere uitgaven. Een deel van de verlaging van de premie is daarop gebaseerd. Een aantal maanden geleden is in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat zij een verlaging moeten realiseren die wij hebben afgesproken en die 1 miljard moet opleveren. Een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven dat naast de verwachting van de lagere kosten, ook winsten uit de afgelopen jaren zijn verdisconteerd in de premie voor 2014. De vraag is gesteld of ik bereid ben een opdracht te geven voor een breed basispakket. Dat is al gebeurd. Wij hebben een ongelooflijk breed basispakket en dit pakket wordt ieder jaar breder en breder. Iedereen die zegt dat het basispakket wordt uitgekleeft, spreekt volstrekte flauwekul. Het basispakket wordt niet alleen breder door substantiële grote overhevelingen uit de AWBZ, maar ook doordat veel nieuwe geneesmiddelen, behandelingen en hulpmiddelen automatisch instromen in het pakket. Daardoor wordt het pakket steeds groter. Op onderdelen worden er wel kleine dingen uitgehaald, maar die vallen echt in het niet bij de omvang van de nieuwe toevoegingen aan het pakket.

Ik heb de vraag of de vier grote verzekeraars een oligopolie vormen al beantwoord. De ACM is de waakhond die het niveau van convergentie in de gaten houdt.

Een andere vraag is hoe wij voorkomen dat de zorgverzekeraar de kant van foute financiële producten opgaat. Ik heb al geantwoord op de vragen over de informatievoorziening.

Er is gesproken over de mogelijkheid dat op de website wordt vermeld dat een contract is gesloten met een zorgaanbieder terwijl dat contract eigenlijk maar heel klein is. De vraag is of een verzekerde daar dan recht op kan doen gelden. Ja, hij heeft daar in principe gegarandeerd recht op. Als op de site staat dat een zorgaanbieder is gecontracteerd en je kiest op basis daarvan voor die zorgaanbieder – dat zullen mensen doen – dan heb je er recht op bij die zorgaanbieder zorg te krijgen.

Een zorgverzekeraar kan wel een omzetplafond afspreken met een zorgaanbieder. Daarbij kan een doorleveringsplicht worden afgesproken. Dat wil zeggen dat de aanbieder toch de zorg moet blijven leveren ook al is het plafond bereikt. Als daarover geen afspraak is gemaakt met de zorgaanbieder, is aangegeven dat de verzekerde niet meer bij hem terecht kan als het plafond is bereikt. In dat geval moet de verzekeraar een oplossing bieden. Hij kan dit doen door aanvullende afspraken te maken met die zorgaanbieder omdat hij zijn *quotum* heeft bereikt maar geen doorleveringsplicht heeft afgesproken.

De **voorzitter**: Ik merk op dat wij proberen nog een tweede termijn te hebben; dat lijkt mij een goed uitgangspunt. Wij hebben deze zaal nog tot 13.00 uur.

Minister **Schippers**: De risicoverevening vormt de ruggengraat van ons stelsel. Het is belangrijk dat wij dit goed regelen. De NZa meldt jaarlijks hoe het is gesteld met de risicoselectie. Nog niet zo lang geleden heeft de commissie Don de hele boel nog eens doorgelicht. De woordvoerder van de VVD vraagt of bij het eerstkomende verslag ook kan worden gekeken naar inkomen en naar zwangere vrouwen omdat die negatief in de verevening zitten. De essentie van risicoverevening is het voorspellen van kosten. Zwangerschap en kosten zijn volgens mij moeilijk te voorspellen, al kun je zeggen dat vrouwen vanaf een bepaalde leeftijd wel een zeker risico lopen. De vereveningsbijdrage van vrouwen in de leeftijd van 20 tot 40 jaar is hoger dan van andere groepen. Dit is het gevolg van de hogere kans op kosten als gevolg van zwangerschap.

Inkomen vormt al een belangrijk element van de risicoverevening. Inkomensklassen vormen een expliciet onderdeel, maar ook de bron van het inkomen is onderdeel van het vereveningssysteem, dus bijstand, zelfstandige, AOW, et cetera.

Ik vind dit heel belangrijk en nu ik van de leden hoor dat zij signalen hebben gekregen dat deze categorieën extra aandacht behoeven, zeg ik toe dat wij dat zullen doen ondanks het feit dat hiermee al rekening is gehouden. De eerstvolgende keer dat dit gebeurt, zullen wij daar specifiek aandacht voor vragen.

Er is al gezegd dat 70% van de Nederlanders collectief is verzekerd. Dit percentage neemt ieder jaar toe. Het is mogelijk dat door afschaffing van de collectiviteit meer transparantie ontstaat in de markt. Natuurlijk kleven er ook nadelen aan het afschaffen van collectiviteiten, de invoering had immers ook voordelen. Collectiviteiten zijn een vehicle waarmee zorgverzekeraars de geografische dominantie van hun concurrentie kunnen aanvechten. Dat is een belangrijk voordeel.

De positie en de rol van collectiviteiten zullen een aandachtspunt zijn in de evaluatieopdracht van de Zorgverzekeringswet. De leden hebben daarnaar gevraagd en ik vind dit wel interessant, want de collectiviteiten vliegen ons om de oren. Het aandeel van de werkgeverscollectiviteiten wordt kleiner, terwijl dat natuurlijk het idee was. Het aandeel van collectiviteiten gebaseerd op bijvoorbeeld «hebt u een huisdier» of «hebt u een hoge opleiding» neemt enorm toe. Naar aanleiding van deze vraag zal ik de voor- en nadelen van het afschaffen van collectiviteiten expliciet meenemen in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet.

Ik kom nu op de vragen over de BES. Dat is een lastig verhaal, omdat wij de kosten automatisch vergoeden vanuit het Nederlandse deel. Systemen waarin de kosten niet voelbaar stijgen, zijn altijd kwetsbaar. Op de BES merkt men niet dat de kosten van de gezondheidszorg stijgen doordat ze vanuit het Nederlandse deel worden betaald. Dat is zo afgesproken in het kader van «10-10-10». We hebben natuurlijk wel overleg. Ik heb eerder al veel met de Eerste Kamer, maar ook met de Tweede Kamer gesproken over maatregelen die ik wil treffen voor het pakket om de kosten enigszins beheersbaar te houden. Naar aanleiding van die voorstellen hebben de eilandbestuurders mij gevraagd of zij andere voorstellen mogen doen met dezelfde opbrengst. Dat vind ik prima en wij zitten nu in dat proces. Zoals het er nu uitziet, blijft de kostenontwikkeling in 2013 waarschijnlijk binnen de raming. Daarnaast wordt dus gewerkt aan die vervangende voorstellen. Daarom wil ik de ontwikkeling afwachten, maar ik deel de zorg van de Kamer. Ik voeg hier wel aan toe dat een eigen bijdrage lastig is op de eilanden gelet op de inkomensverdeling. Wij zullen een oplossing zoeken als wij de problemen goed in het vizier hebben.



De heer **Rutte** (VVD): Wij weten dat het lastig is op de BES-eilanden. De situatie is anders en de inkomensverdeling is compleet anders dan in Nederland. Al die dingen maken de puzzel ingewikkeld. Wij weten bovendien nog niet hoe de zorg in de omliggende landen is geregeld. Dat onderzoek loopt nog. Kunnen wij in ieder geval een tijdpad krijgen opdat duidelijk wordt wanneer wij hier wat grip op kunnen hebben? Wanneer komt die feedback van de eilanden? Wanneer nemen wij hier een definitief besluit over een maatregel om die zorgkosten in de hand te kunnen houden?

Minister **Schippers**: Ik kom hierop terug in tweede termijn. Mevrouw Dijkstra heeft een motie ingediend over het ontsluiten van open data. Ik heb de Kamer eind oktober een brief gestuurd waarin ik uiteenzet hoe ik dit oppak. Ik zal de Kamer voor de zomer een soort voortgangsrapportage sturen.

Ik kan heel goed begrijpen dat ongeletterden nog lastiger wegwijs kunnen worden in de polisvoorwaarden van een zorgverzekering en moeilijk een onderscheid kunnen maken tussen natura en restitutie. Verzekeraars zijn telefonisch wel goed bereikbaar om verzekerden hierin wegwijs te maken. Ongeletterden ondervinden niet alleen bij het afsluiten van een zorgpolis problemen maar ook bij veel andere financiële zaken. Er zijn organisaties die hen hierbij behulpzaam kunnen zijn. Een deel van de websites heeft een voorleesfunctie en een voorleeshulp kan gratis worden gedownload van internet. De toegankelijkheid van de websites is een belangrijk aandachtspunt; de NZa houdt hierop toezicht. Ik heb hieraan extra aandacht geschonken naar aanleiding van de motie-Wiegman-Van Meppelen Scheppink die in 2012 is ingediend en die betrekking had op dit punt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat zorgverzekeraars ook telefonisch goed bereikbaar zijn, begrijp ik heel goed. Je wilt natuurlijk dat iedereen gebruik kan maken van de informatie die door de zorgverzekeraars ook op andere manieren wordt verstrekt. Ik zal dit nog eens nakijken, maar ik vind het heel belangrijk dat een zorgverzekeraar ook probeert het zo inzichtelijk mogelijk te maken voor mensen die moeite hebben om ingewikkelde informatie tot zich te nemen, want dat het ingewikkeld is, daarover zijn wij het allemaal eens. Dat is natuurlijk de strekking van mijn vraag. Ik wil voorkomen dat je nog eens moet opbellen om nadere uitleg te krijgen. Ik dring erop aan dat pogingen worden ondernomen om de informatie zo helder mogelijk te verstrekken langs de wegen die daar nu al voor toegankelijk zijn.

Minister **Schippers**: Ik ben het daarmee eens. Ik zeg ook niet: «Er is één oplossing, namelijk bel uw zorgverzekeraar». Ik zeg dat er actie is ondernomen naar aanleiding van de motie-Wiegman-Van Meppelen Scheppink uit 2012. Eén variant is dat je de zorgverzekeraar kunt bellen. De tweede variant is dat je een voorleeshulp kunt gebruiken; die kun je downloaden. Een derde variant zijn de steunpunten die inmiddels zijn ingericht die mensen kunnen helpen bij het nemen van beslissingen over financiële producten waaronder de zorgpolis.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Misschien dat de Minister daarop nog wil reageren, maar ik heb daarbij gevraagd om in de informatie voor de verzekerden ook aandacht te besteden aan de kwaliteitscriteria die worden gehanteerd. De Minister heeft daar al iets over gezegd. Ik vraag haar nogmaals om hier extra op toe te zien. Juist over dit onderwerp willen verzekerden toch nu ook al weten waar zij aan toe zijn zonder dat die kwaliteitscriteria al helder zijn. Zij willen helderheid over de vraag waarom hun zorgverzekeraar inkoop bij dat ziekenhuis of bij die zorgaanbieders.

Minister **Schippers**: Dat heb ik volgens mij beantwoord. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord, waaronder de verzekeraars ook hun handtekening hebben gezet. Daarin is afgesproken dat de criteria die zij hanteren voor de inkoop helder en duidelijk vooraf bekend zijn. Dat mag natuurlijk niet een enorme brij zijn die niemand snapt, want dan voldoen wij niet aan onze afspraken.

Ik kom nu bij de stand van zaken bij de uitvoering van de motie-Dijkstra over de invoering van de digitale polis. Ik heb in mei jongstleden aan de Kamer geschreven dat de consultatie van Zorgverzekeraars Nederland, maar ook VRZ kleine verzekeraars en de NPCF tot een positief advies over de invoering van een digitale polis heeft geleid. De NPCF heeft twee aandachtspunten aangegeven: de informatieverstrekking door zorgverzekeraars over gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg mag niet verslechteren, en er mogen geen extra kosten ontstaan voor verzekerden die toch een papieren polis willen. Ik heb verder aangegeven dat ik in overleg zou treden met de Minister van Veiligheid en Justitie. De invoering van de digitale polis is namelijk een afwijking van het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering die onder de verantwoordelijkheid van dit Ministerie vallen. Dit overleg heeft inmiddels plaatsgevonden en de uitkomst was positief. De digitale polis zal mogelijk worden gemaakt door in de Zorgverzekeringswet een afwijking van het BW en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering mogelijk te maken. Een voorstel ter zake zal aan de Tweede Kamer worden voorgelegd. Over de langdurige en chronische fysiotherapie hebben wij al gedeeltelijk gesproken. Dit raakt ook aan de voorwaardelijke toelating. Dat kan en het initiatief ligt bij het veld. Daarnaast is gesproken over betalen door de schotten heen. In dit kader wordt een aantal pilots uitgevoerd. Wij zullen het daar zeker over hebben bij de eerste lijn, want daarbij zijn enkele pilots waarin verschillende zorgvormen door de schotten heen worden gefinancierd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Zegt de Minister nu dat voor de voorwaardelijke toelating wordt gewacht op aanbevelingen uit het veld?

Minister **Schippers**: Voor fysiotherapie is voorwaardelijke toelating in principe mogelijk, maar het initiatief ligt bij het veld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Betekent dit concreet dat als het veld aangeeft dat het voor bepaalde aandoeningen en ziekten noodzakelijk is fysiotherapie onbeperkt of voor een groter deel in het pakket te houden, dat mogelijk is?

Minister **Schippers**: Ik probeer het snel te doen en met grote stappen ben je snel thuis. Iedereen kan hiervoor aanvragen doen bij het CVZ. Dat geldt dus ook voor fysiotherapie. Die aanvragen worden in behandeling genomen. Dat wil echter nog niet zeggen dat wij het gaan regelen, want het CVZ toetst heel scherp. Dat willen wij ook graag. In principe kan het dus wel, maar het initiatief daartoe moet uit het veld komen. Ik neem aan dat de vraag over integrale bekostiging is gericht op de integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg. Wij zijn daar druk mee bezig. Een bericht komt binnen afzienbare tijd in de richting van de Kamer.

Voor de integrale bekostiging in de eerste lijn bestaat al een aantal keten-dbc's. Ik kijk hoe dit verder kan worden ontwikkeld. Hiernaar wordt onder andere gekeken in de proeftuinen waarover ik al eerder sprak. Een volgende vraag heeft betrekking op de mensen die niet worden geaccepteerd voor de aanvullende verzekering. Wat wij willen regelen, is neergelegd in de basiszorg. Ik ga niet over de aanvullende verzekering. Wij houden echter een vinger aan de pols bij de ontwikkelingen in de

markt. Dan blijkt dat er toch een behoorlijk aanbod is voor aanvullende verzekeringen die ook zonder medische beoordeling toegankelijk zijn. Er is gezegd dat risicoselectie op de loer ligt, maar risicoselectie vindt gewoon plaats in de aanvullende verzekering. Dat is geen vraag, maar dit is bij heel veel aanvullende verzekeringen een feit. Wij moeten wel voorkomen dat er risicoselectie komt in de basisverzekering. Dat is het hart van ons stelsel en daar moeten wij zuinig op zijn. Verder is opgemerkt dat verzekeraars coöperaties zijn en in dit kader is gevraagd of verzekerden meer inspraak moeten krijgen in het inkoopbeleid. Verzekerden hebben via de ledenraad invloed op het beleid van zorgverzekeraars, waaronder het inkoopbeleid. Dit is meestal in de statuten vastgelegd. Artikel 28 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat statuten van de zorgverzekeraars waarborgen moeten bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Dan kom ik aan de laatste vraag die betrekking heeft op het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Hierover wordt uitgebreid gesproken met de Staatssecretaris. Als je een restitutiepolis hebt, heb je een soort persoonsgebonden budget, zeker als daarvoor regelingen kunnen worden getroffen in de Zorgverzekeringswet. Wij moeten nagaan of het bestaande systeem hieraan voldoet. Ik stel echter voor dat die discussie met de Staatssecretaris wordt gevoerd om te voorkomen dat wij langs elkaar heen praten. Ik kijk natuurlijk wel mee bij alles wat de Staatssecretaris bespreekt, omdat dit straks naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld. Het is van groot belang dat mensen die nu een pgb hebben, straks die vorm van zorg en betaling houden in de Zorgverzekeringswet. Zo denk ik erover en volgens mij wordt dit breed gedeeld in de Kamer. De vraag is nu hoe wij dit goed kunnen organiseren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Laten we inderdaad die discussie voeren met de Staatssecretaris. Ik ben blij dat de Minister erkent dat het belangrijk kan zijn dat het pgb wordt opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Mijn vraag had specifiek betrekking op 2014. Het pgb zal vanaf 2015 een plaats krijgen in de Zorgverzekeringswet, maar er zijn nu al mensen die specialistisch verpleging hebben en die vanuit de AWBZ zorg krijgen binnen de Zorgverzekeringswet. Zij dreigen een beetje tussen wal en schip te raken doordat 2014 een soort overgangsjaar is. Daarom mijn verzoek om door middel van pilots of op een andere manier na te gaan hoe die groep alvast kan worden bediend. Zo kan ook ervaring worden opgedaan met het instrument pgb in de Zorgverzekeringswet. Is de Minister bereid om daarnaar te kijken? Ik snap dat er niet direct een harde toezegging kan komen, maar het zou fijn zijn als zij daar oog voor heeft en ons daarover wil informeren, eventueel schriftelijk.

Minister **Schippers**: Het klopt dat ik geen harde toezegging kan doen. Ik zal echter wel nagaan welke knelpunten er zijn voor groepen die in een overgangssituatie verkeren en hoe wij daaraan eventueel tegemoet kunnen komen. Een pilot lijkt een moeilijke oplossing, want je kiest meestal voor een pilot omdat je de resultaten daarvan wilt gebruiken voor een regeling. Het inzetten van een pilot kost veel tijd en eer wij alles hebben uitgevoerd, is het ingangsjaar al aangebroken. Volgens mij moeten wij nagaan welke knelpunten er zijn en welke ervaringen betrokkenen hebben. Daarvan moeten wij leren voor de grotere groepen die zullen binnenkomen. Ik zeg toe dat ik hierop terugkom in een brief.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben blij met die toezegging. Dank u wel.

De **voorzitter**: Dan gaan wij nu verder met de tweede termijn van de Kamer. Iedere woordvoerder krijgt één minuut spreektijd en er is geen

gelegenheid voor interrupties, want dan kan de Minister ook nog antwoorden.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik begin met de transparantie van de vergelijkingsites. De Minister zegt toe dat de AFM en de ACM daar in 2014 diepgaand onderzoek naar gaan doen. Daar ben ik blij mee, maar ik maak mij wel ongerust over 2013. Op dit moment stappen veel mensen over. In een interview in het NRC van 11 oktober stelt de toezichthouder NZa dat «wij de zorgverzekeraars maar gewoon moeten vertrouwen». Volgens mij moet een toezichthouder de zorgverzekeraars niet vertrouwen, maar moet hij er toezicht op houden en ingrijpen als dat nodig is. Volgens mij is dit nu nodig.

De Minister zegt dat mensen nooit meer dan € 350 of € 360 eigen risico betalen. Dat is misschien voor haar en voor mij geen probleem, maar voor het merendeel van de mensen in Nederland die nog geen fractie verdienen van wat wij verdienen, is dat wel een probleem. Zo ontstaat de ongewenste situatie dat zij afzien van noodzakelijke zorg. Ik heb in eerste termijn hiervan al een voorbeeld gegeven. Wij hebben wel het beste zorgstelsel van Europa, maar het is niet voor iedereen toegankelijk. Dan heb ik nog één punt, dat heeft betrekking op de wanbetalers. De Minister sluit haar ogen voor het feit dat er een oververtegenwoordiging is van allochtone wanbetalers. Er zijn drie keer zoveel allochtone wanbetalers als andere wanbetalers. Als je het probleem niet benoemt, kun je het ook niet oplossen. Wat is het probleem? Is het een cultureel probleem? Is het misbruik? Ik wil dit graag duidelijk hebben. Daarom zal ik een motie indienen. Ik vraag bij dezen een VAO aan.

De **voorzitter**: U bent nu echt door uw tijd heen. Het VAO staat genoteerd met mevrouw Klever als eerste spreker.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de toezegging dat zij aan tafel gaat zitten met de huisartsen om te voorkomen dat mensen in betalingsproblemen komen doordat zij naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis gaan. Feit blijft wel dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen de plicht hebben om dit zelf te controleren. Hoe zal de Minister daaraan aandacht besteden? Ik ben het er wel mee eens dat mensen natuurlijk zelf de verantwoordelijkheid hebben om dit te controleren.

Verder zegt de Minister nog een keer duidelijk dat ook zij wil dat inzichtelijk is waaraan de winsten van de zorgverzekeraars worden besteed. Zij wil de zorgverzekeraars echter niet dwingen omdat er Europeesrechtelijke drempels zijn. Ik krijg van haar graag een goede juridische analyse waarom de gegevens wel naar de Kamer van Koophandel en de DNB kunnen, maar waarom ze niet terecht kunnen komen bij de verzekerde die er ook recht op heeft. Kan de Minister verzekeren dat het inzicht in die winsten per 1 februari beschikbaar is? Wil zij dat met Zorgverzekeraars Nederland regelen?

Als laatste nog een opmerking over de aanvullende verzekering, mensen met reuma, en fysiotherapie. Begrijp ik goed dat er straks ook weer een nieuwe aanvraag bij het CVZ kan worden ingediend als wetenschappelijk is vastgesteld dat fysiotherapie voor deze patiënten veel meerwaarde heeft?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vind het prima dat de Minister een gesubsidieerd rapport van Pfizer en de New Direction Foundation, die de promotie van de vrije markt tot doel heeft, gebruikt om haar zorgstelsel te verdedigen. Het is schokkend dat zij een binnenlands onderzoek niet kent van een onderzoeksinstituut dat zij zelf regelmatig opdrachten geeft. Uit dit laatste onderzoek blijkt dat het vertrouwen in de zorgverzekeraars laag is. Dat zij opmerkingen en vragen hierover afdoet met een jip-bak, doet

haar geen goed. Ik zou graag horen wat de Minister ervan vindt dat maar een derde van de mensen vertrouwen heeft in de zorgverzekeraars. Is dat niet zorgelijk voor het zorgstelsel?

Dat chronisch zieken 25% extra premie betalen om de premie van gezonde mensen laag te houden, is echt een kwestie waaraan ik graag een einde zou maken. Ik zal daarover een motie indienen.

Het is heel tragisch dat de Minister niet ingaat op mijn vragen over de steeds slechtere toegang voor mensen die een aanvullende verzekering nodig hebben voor voor hen noodzakelijke zorg. Zij worden vaak geweigerd of krijgen een te hoge premie opgelegd. De Minister zegt dat zij daar niet over gaat en dat zij daar daarom niet naar kijkt. Dat is heel tragisch.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar royale toezegging over kwaliteit en transparantie. Er is een belangrijk punt blijven liggen. Het is in eerste instantie voor mensen niet altijd vindbaar waar zij precies verzekerd zijn. Het is wel duidelijk wat er in het pakket zit, maar niet bij wie. Nu komt het voor dat mensen bijvoorbeeld bij Achmea verzekerd zijn omdat Achmea een bepaalde ggz-instelling contracteert, maar als dit maar een dun contract is, kan Achmea zeggen: het geld is op, dat is jammer, wij betalen de zorginstelling niet meer; wij hebben wel een zorgplicht maar dan gaat u maar naar de burens. Stel je voor dat ik die patiënt ben die voor een verzekering van Achmea heb gekozen omdat die instelling gecontracteerd is. Dan word ik bij de neus gekomen en ik kan geen kant op. Het pakket is wettelijk vastgelegd, maar kan ook wettelijk worden vastgelegd waar iemand verzekerd is, dus dat je de garantie krijgt van zorg op aanbiedersniveau? Niet alleen dat je de zorg krijgt, maar ook bij wie, zodat patiënten tevoren weten dat zij daar de zorg krijgen of niet. Kan dat nu al? Zo nee, is daarvoor dan een wettelijke aanpassing noodzakelijk? Ik ben altijd bereid me daarvoor in te zetten.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie is blij met de manier waarop de Minister ook nu weer rekenschap geeft van het belang van ons zorgverzekeringsstelsel en het belang van de solidariteit die daarin is geborgd. Zij staat continu in contact met alle partijen om ervoor te zorgen dat wij niet alleen nu, maar ook over een aantal jaren het beste stelsel van Europa in de benen kunnen houden.

Ik ben blij met de toezeggingen over de risicoverevening en de categorieën die wij hebben aangedragen voor het onderzoek naar de collectiviteit. Ik zie uit naar de resultaten daarvan.

Ik vraag de Minister om in tweede termijn een tijdspad te geven voor de aanpak van de zorgkosten op de BES-eilanden. Wanneer kan duidelijk zijn hoe wij daar de kosten in de hand kunnen houden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik ben blij dat zij mijn voorstel voor de digitale polis overneemt en dat dit tot uitvoering komt. Ik ben benieuwd of dit volgend jaar geëffectueerd kan zijn.

De Minister ging nog in op mijn vraag over de integrale bekostiging van dementiezorg. Ik zeg met nadruk dat het daarover ging. Het is mij niet helemaal duidelijk wat de Minister zegt. Ik heb haar gevraagd of die integrale bekostiging dementiezorg definitief van de grond komt en of zij dit wil onderzoeken. Ik hoorde ongeveer dat zij daarop met «ja» antwoordde, maar ik weet het niet zeker. Ik krijg graag nog een bevestiging.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik heb begrepen dat 2014 het jaar wordt van transparantie in prijzen en kwaliteit. Laten wij hopen dat dit werkelijkheid wordt. Ik moet het afwachten. U hoort de aarzeling in

mijn stem, maar er ligt heel veel en zorgverzekeraars kunnen nu aan de slag. Zij móeten ook aan de slag. Ik heb ervoor gepleit dat zorgverzekeraars meer als coöperaties gaan functioneren. De Minister heeft daar kort op gereageerd met een verwijzing naar artikel 28 van de Zorgverzekeringswet. Ik ga daar nog op broeden, want ik heb de indruk dat er nog wel een flinke stap kan worden gezet. Het wantrouwen tussen verzekerden en verzekeraars kan voor een deel worden weggenomen als dit beter functioneert. Ik ben blij met de toezegging dat de Minister zal kijken naar de groepen met een pgb die tussen wal en schip dreigen te vallen. Het is al bijna 2014. De Minister heeft een brief toegezegd. Het is bijna kerstreces, dus een drukke tijd, maar ik hoop toch dat die brief spoedig komt. Mijn vraag over dieetadvisering is niet beantwoord. Ik krijg signalen van met name diabetespatiënten dat de kwaliteit onvoldoende is en dat de geboden zorg niet aan de zorgstandaarden voldoet. Wil de Minister daar nog op reageren?

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Klever is blij met het onderzoek naar de transparantie van de vergelijkingssites. Zij maakt zich wel zorgen over de toezichthouder die zegt dat je verzekeraars moet vertrouwen. Ik denk ook dat vertrouwen goed is, zeker als je ook nog controleert en toezicht houdt. Dat doen wij ook door middel van de NZa. Het eigen risico van € 360 is voor iedereen gelijk. De laagste inkomens betalen echter € 100 eigen risico en de rest wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Dat getal van € 360 geldt voor mensen die het volle pond betalen, maar als je maximale zorgtoeslag krijgt, betaal je dus € 100. Het CVZ kijkt naar de groepen die zijn oververtegenwoordigd onder de wanbetalers. Het college verwacht na de zomer het resultaat van dit onderzoek te kunnen publiceren. Mevrouw Bruins Slot is blij dat ik met de huisartsen om de tafel ga zitten om te spreken over de doorverwijzing. Zij vraagt naar de controle. De NZa houdt hier toezicht op. Zij heeft verder gevraagd om een juridische analyse waarom de gegevens wel aan de Kamer van Koophandel en DNB worden verstrekt, maar waarom ze niet aan de zorgverzekeraars kunnen worden gegeven. Daar zal een juridische gedachtegang achter schuil gaan en ik zie niet in waarom ik die niet zou kunnen geven. Inzicht in de winsten per 1 februari is wel heel erg snel. Deze materie is erg complex. Je hebt niet alles op de plank liggen. Je moet ontwerpen hoe je dat op een goede manier doet. Je moet kijken hoe het ermee is gesteld en je moet over harde gegevens beschikken. Dat lijkt mij een onmogelijke deadline, maar die winsten worden inzichtelijk gemaakt, want dat hebben wij afgesproken.

De **voorzitter**: Welke deadline is haalbaar? Het voorjaar van 2014?

Minister **Schippers**: Ik heb geen idee, maar ik wil ook geen deadline noemen die niet haalbaar is. Ik kom schriftelijk terug op de vraag wanneer dit wel kan. Ik kom nu bij de vraag naar de aanvullende verzekering, reuma en fysiotherapie. Iedereen kan een aanvraag doen bij het CVZ, zeker als er nieuw bewijs is dat het helpt. Ik neem uiteindelijk de beslissing of dit in het pakket komt. Die beslissing wordt altijd gebaseerd op de volgende vragen: heeft het therapeutische meerwaarde, is het kosteneffectief, en hebben wij er geld voor? Laten wij eerlijk zijn, alle partijen die regeringsverantwoordelijkheid hebben gedragen, hebben ook wel eens iets uit het pakket gehaald wat therapeutische meerwaarde heeft of kosteneffectief is. Uiteindelijk is het een politiek besluit of dit gebeurt. De voorwaarde



therapeutische meerwaarde staat voorop, de kosteneffectiviteit komt op de tweede plaats en dan volgt het politieke besluit.

Ik vind het belangrijk dat meer mensen vertrouwen krijgen in zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar is de zaakwaarnemer van de patiënt. Daarom is het belangrijk dat dit vertrouwen zo groot mogelijk is. Dit is nu voor het eerst gemeten. Het is belangrijk dat dit vertrouwen toeneemt en daar moeten wij aan werken.

Er is gesproken over de slechte toegang tot aanvullende verzekeringen. De samenvatting van mijn woorden als: «het kan mij niet schelen en ik ga er niet op in», is niet waar. Ik heb gezegd dat wij de vinger aan de pols houden. Ik heb al gezegd hoe het zit met de aanvullende verzekeringen en met de prijsstijgingen. Ik heb verder aangegeven hoeveel aanvullende verzekeringen zonder medische keurig toegang geven. Wij houden dus wel degelijk de vinger aan de pols, maar ik wijs erop dat wij hier in het parlement met elkaar hebben afgesproken en in een wet hebben neergelegd dat ik daar niet over ga. Als de leden van de Kamer dit willen veranderen, moeten zij dit wettelijk anders regelen zodat ik daar wel over ga.

Mevrouw Bouwmeester spreekt over de mensen die voor een zorgverzekering kiezen omdat daarvoor een bepaalde aanbieder is gecontracteerd. Zij is van mening dat die mensen dan ook recht moeten hebben op de toegang tot die instelling. Ik vind dit een interessant vraagstuk. Ik heb dit dilemma niet eerder bestudeerd en daarom ken ik niet alle ins en outs. Dit hoort mijns inziens ook thuis in het debat over artikel 13 over verticale integratie. Ik zal eerst uitzoeken hoe dit precies zit. Wij kunnen dan op basis daarvan kijken of wij dit beter moeten regelen. Dit lijkt mij de juiste volgorde. Ik zeg dus toe dat ik zal uitzoeken hoe het precies zit. De vraag is hoe het wordt geregeld als je voor een zorgverzekeraar hebt gekozen omdat die een bepaalde zorgaanbieder heeft gecontracteerd. Ik kom hierop terug.

De heer Rutte vroeg naar het tijdpad voor de BES. De onderzoeksopdracht zal op korte termijn worden verstrekt. Het advies van de werkgroep Zorg Carabisch Nederland komt voor de zomer van 2014. De scan van het niveau van de zorg in de regio's buiten de BES-eilanden wordt rond de zomer van 2014 verwacht. Op basis van dit tijdpad zullen wij een en ander bij elkaar vegen, opdat wij daar uitgebreider met elkaar over kunnen spreken.

Voor de zomer zijn de jaarverslagen zichtbaar; dan kunnen wij inzicht geven in de winsten van de zorgverzekeraars.

De vraag wanneer de digitale polis kan worden gerealiseerd, is mede afhankelijk van het parlement. Hiervoor is een wetswijziging nodig. Het traject voor de kwaliteit heeft zo'n zeven jaar in beslag genomen vanaf het ontwerp tot de behandeling in de Eerste Kamer. Ik hoop dat dit wat sneller kan worden gerealiseerd.

Voor coöperaties zijn regels opgesteld; die zijn zoals ze zijn. Mensen kunnen natuurlijk wel met de voeten stemmen. Als zij het niet eens zijn met de gang van zaken bij een zorgverzekeraar, kunnen zij daar weggaan. Wij nemen na dit debat contact met de Kamer op over de vraag wat het probleem met het pgb precies is. Zit het bij de intensieve kindzorg of in andere sectoren? Als je de knelpunten wilt inventariseren, moet je precies weten waar die zitten. Ik hoor dit graag buiten de vergadering om. Ik kom daar dan op terug.

De diabeteszorg zou niet volgens de zorgstandaarden worden geleverd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De vraag heeft betrekking op dieetadvies voor mensen met diabetes.

Minister **Schippers**: Ik heb geen antwoord op die vraag. Wij gaan toch gezellig een brief schrijven; ik doe dit erbij.

Naar aanleiding van de vraag over de dementiezorg wijs ik erop dat er integrale tarieven bestaan op een aantal fronten, maar ik heb geen specifieke informatie over dit onderwerp. Ik zal dit in de toegezegde brief meenemen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het einde van dit overleg. Ik dank de Minister en de collega's en de belangstellenden. Er zal dus een VAO komen en ik sluit dit overleg.

Sluiting 13.00 uur.

## **Volledige Agenda**

### **1. Dekking van dieetadvisering in de zorgverzekering**

*Kamerstuk 29 689, nr. 381 – Brief regering d.d. 20-03-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **2. Bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg aan kinderen (intensieve kindzorg)**

*Kamerstuk 29 247, nr. 175 – Brief regering d.d. 25-04-2012  
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.L.L.E.  
Veldhuijzen van Zanten-Hyllner*

### **3. Evaluatie buitenlandtaak CVZ**

*Kamerstuk 32 620, nr. 63 – Brief regering d.d. 31-05-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **4. VWS-verzekerdenmonitor 2012**

*Kamerstuk 33 077, nr. 4 – Brief regering d.d. 01-10-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers (VVD)*

### **5. De voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2013**

*Kamerstuk 29 689, nr. 415 – Brief regering d.d. 06-09-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **6. Rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2011 en de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012 van de NZa**

*Kamerstuk 29 689, nr. 420 – Brief regering d.d. 26-11-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **7 Verslag van een schriftelijk overleg inzake voortgang invoering prestatiebekostiging, uitvoering van de motie Dijkstra (Kamerstuk 29 248, nrs. 194)**

*Kamerstuk 29 248, nr. 245 – Brief regering d.d. 05-12-2012  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers Voorstel:  
Behandelen*

### **8. Aanbieding onderzoek «Wanbetaling zorgkosten: voorkomen is beter dan genezen!**

*Kamerstuk 33 077, nr. 5 – Brief regering d.d. 09-01-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **9. Uitvoering van de toezegging dat met convenantspartijen zal worden overlegd over wanbetalers en schuldhulpverlening**

*Kamerstuk 33 077, nr. 6 – Brief regering d.d. 05-03-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

### **10. Het functioneren van de NZa in 2011**

*Kamerstuk 25 268, nr. 78 – Brief regering d.d. 25-03-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**11. Verslag schriftelijk overleg over de berichten dat in de toekomst de premies zullen stijgen voor degenen die chronisch ziek, gehandicapt of ouder zijn, doordat gezonde mensen een hoger vrijwillig eigen risico nemen (Kamerstuk 29 689, nr. 422)**

*Kamerstuk 29 689, nr. 429 – Brief regering d.d. 03-04-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**12. Reactie op verzoek commissie om aandacht voor erratum in Zorgverzekeringswet van 2006**

*– Brief regering d.d. 24-06-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**13. Aanbieding NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013**

*Kamerstuk 29 689, nr. 472 – Brief regering d.d. 29-08-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**14. Geriatrie revalidatiezorg**

*Kamerstuk 30 597, nr. 366 – Brief regering d.d. 03-07-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**15. Buitenhof-oproep, aanpak doorlichting pakket en reactie op twee CVZ-rapporten: Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 en Kosteneffectiviteit**

*Kamerstuk 29 689, nr. 476 – Brief regering d.d. 30-09-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**16. Wijziging marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009–2013**

*Kamerstuk 29 689, nr. 477 – Brief regering d.d. 02-10-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**17. Verzekerdenmonitor 2013**

*Kamerstuk 33 077, nr. 8 – Brief regering d.d. 19-11-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**18. Premie aanvullende verzekering**

*Kamerstuk 29 689, nr. 482 – Brief regering d.d. 11-11-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**19. Een globale scan van het niveau van zorg in de omliggende landen van het BES-gebied**

*Kamerstuk 31 568, nr. 132 - Brief regering d.d. 29-11-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

**20. Reactie op het bericht dat de gemeente Rotterdam een miljoenen schuld heeft afgekocht bij het Zilveren Kruis**

*Kamerstuk 33 077, nr. 9 – Brief regering d.d. 29-11-2013  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*