

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 557**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 11 november 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 23 september 2014 vervolgoverleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **Zorgverzekeringswet 2e termijn/Risicoverevening**.

(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,  
Lodders

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

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Klever, Leijten, Lodders en Rutte.

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

Aanvang 16:15 uur.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg en heet alle woordvoerders, de Minister en de ambtelijke ondersteuning welkom. Er staan twee onderwerpen op de agenda. We beginnen met de tweede termijn van de behandeling van de Zorgverzekeringswet (Zvw). We hebben in totaal een halfuur voor dit debat. Ik stel voor een spreektijd van twee minuten per fractie te hanteren en benadruk dat het de tweede termijn is. Aansluitend hebben we het algemeen overleg over de risicoverevening.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Welkom in deze commissie. Ik heb een aantal concrete vragen die naar aanleiding van het vorige debat met de Minister nog openstaan. Tijdens dat debat hebben we gesproken over de invoering van het eerstelijnsverblijf. De Minister heeft gezegd dat zij die week nog contact met de verzekeraars zou hebben om ervoor te zorgen dat er een praktische oplossing komt. Is het probleem met het eerstelijnsverblijf opgelost?

De Minister heeft ook een duidelijke uitspraak gedaan over het inkomstenplafond en de zorgverlening. Zij heeft gezegd dat een zorgverlener een behandeling niet mag stoppen als zijn inkomstenplafond, dat is opgelegd door de zorgverzekeraar, is bereikt. Wie betaalt dan de rekening, de zorgverlener of de zorgverzekeraar?

Mijn laatste vraag gaat over de volumenormenten. De Minister deelt de opvatting dat de wetenschappelijke verenigingen de volumenormenten bepalen. Nu blijkt in toenemende mate dat zorgverzekeraars dit op eigen houtje doen. Wat is het oordeel van de Minister hierover?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ook van mijn kant welkom in deze commissie. De dag begon eigenlijk met heel goed nieuws. De directeur van DSW maakte bekend dat hij niet meegaat met een premieverhoging, maar dat hij een deel van de winst inzet om een verhoging te voorkomen. Dat is positief. Tegelijkertijd zei hij dat het ministerie eigenlijk verkeerd heeft geraamd, waardoor alle zorgverzekeraars naar beneden zouden moeten gaan. Het eerste is een compliment aan DSW waard. Laat goed voorbeeld goed volgen qua inzet van reserves. Daarnaast heb ik een vraag aan de Minister. Hoe kan het dat de raming weer verkeerd is?

Ik heb over de Zvw nog twee vragen uit de vorige termijn. Is het onderzoek van de vier toezichthouders naar zorgverzekeraars al afgerond? De vraag was of mensen eerlijk en begrijpelijk worden geïnformeerd over hun nieuwe polis. Hoe voorkomen we dat de polisvergelijkingssites ons toch weer bij de neus nemen en we achteraf zeggen dat de toezichthouder er volgend jaar echt naar gaat kijken? Wat is de stand van zaken? Mijn andere vraag is wanneer het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar een wettelijke regeling op een verbod van risicoselectie naar de Kamer komt. De Minister zou hiernaar kijken.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De vorige keer is er in eerste termijn op bijna alle vragen van de VVD antwoord gegeven. Eén punt blijft lastig. Dat is mijn zorg over de protontherapie. Ik weet niet of ik daar een klip-en-klaar antwoord op kan krijgen. Protontherapie is de experimentele fase voorbij; het wordt reguliere zorg. Zorgverzekeraars hebben

gezegd dat ze slecht één centrum contracteren. De VVD-fractie vraagt zich ten zeerste af of met één centrum aan de zorgplicht kan worden voldaan. Kan de Minister zich er in het bestuurlijk overleg voor inzetten dat verzekeraars dit standpunt heroverwegen en dat er op zijn minst aan een tweede centrum wordt gebouwd? Het opzetten van zo'n centrum duurt namelijk jaren en de beschikbare investeringskredieten verlopen als nu niet tot bouw wordt overgegaan. Daar ligt een grote zorg. De Minister heeft aangegeven dat ze hierin geen wettelijke taak heeft. Dat is wellicht zo, maar tegelijkertijd blijft de vraag hoe we borgen dat de zorgplicht wordt ingevuld en hoe we voorkomen dat we hier in een vergelijkbaar scenario komen zoals eerder met de transgenders?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De heer Rutte snijdt een heel terecht punt aan: hoe voorkomen we dat de zorgplicht niet wordt nageleefd, dat we niet een tweede transgendercasus krijgen? We weten dat de NZa niet ingrijpt als ze daar geen zin in heeft. We hebben geen enkele garantie. Lijkt het de heer Rutte ook zinnig om een nadere invulling van het begrip «zorgplicht» vast te leggen, zodat we zeker weten dat zorgplicht inhoudt dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben? Of vindt hij het interessant om dit in ieder geval te laten onderzoeken, zodat we meer zekerheden hebben voor patiënten?

De heer **Rutte** (VVD): Volgens mij is er geen onduidelijkheid over wanneer er aan de zorgplicht is voldaan. De zorgplicht houdt in dat iemand snel genoeg en op een enigszins acceptabele afstand, ook in tijd, kwalitatief goede zorg kan krijgen. Er zijn situaties denkbaar waarin de zorgplicht niet ingevuld kan worden. Dat is als er geen aanbod is. Dat speelt bij de transgenders en dat zou hier ook het geval kunnen zijn. De NZa kan geen zorginstellingen bouwen. Het is essentieel dat we bij de protontherapie voorkomen dat we in een vergelijkbare fuik terechtkomen. Ik wil niet zwartepieten rondom de NZa. Ik wil vooral voorkomen dat dit scenario zich voltrekt. Voor alle andere vormen van zorg wordt de druk wel gevoeld en kunnen minder partijen worden gecontracteerd, omdat er voldoende aanbod over is. Als zorg echter zo schaars wordt, lopen we een risico.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Over de protontherapie zijn we het op inhoud zeer eens. Er zijn echter mensen die zeggen dat er aan de zorgplicht wordt voldaan, omdat patiënten naar München kunnen. Dat is lastig als je heel ziek bent en een gezin hebt in Nederland. Formeel wordt dan aan de zorgplicht voldaan. Vindt de heer Rutte dat de zorgplicht zo ingevuld mag worden dat we beschikbare plaatsen in München moeten accepteren? Vandaar mijn vraag of we het begrip niet nader moeten invullen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben het ermee eens dat het schuurt aan de zorgplicht als je zover moet reizen. De verzekeraar die het op deze manier invult, zal heel wat moeten organiseren om het voor elkaar te krijgen. Het lijkt mij een onwenselijk scenario. Verstandige verzekeraars laten het niet zover komen. Ik heb daar grote zorgen over. Die deel ik met mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik heb twee punten. Het eerste is het zorgmijden. De Minister heeft gezegd dat ze niet zoveel vertrouwen heeft in de enquêtes over zorgmijden. Heeft ze wel vertrouwen in de constatering van het RIVM? Ik citeer een stukje uit de meest recente Zorgbalans: «Het afzien van curatieve zorg om financiële redenen kwam in Nederland tot voor kort nauwelijks voor. De afgelopen jaren lijkt hier een kentering in op te treden. Zo gaf in 2013 12% van de Nederlandse respondenten [...] aan dat ze in het voorgaande jaar wel eens af hadden gezien van een

bezoek aan een arts vanwege de kosten. Drie jaar daarvoor was dat nog 2%. Een vergelijkbare toename zagen we bij het afzien van aanbevolen medisch onderzoek of behandeling [...].» De Minister moet zich dit toch aantrekken? Het advies van een arts voor nader onderzoek of behandeling wordt vanwege de kosten door 16% niet opgevolgd. Hoeveel procent wordt dit volgend jaar? De PVV-fractie vindt het tijd voor actie en wil weten hoe de Minister deze kentering gaat keren. Niet met opnieuw een onderzoek naar maatregelen, maar met directe oplossingen door patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar.

In de Regeling protontherapie wordt gesproken over een therapie voor 2.200 patiënten, verdeeld over vier centra. De handtekening van de Minister staat onder deze regeling. De zorgverzekeraars kopen nu voor hooguit 600 patiënten in. Voelt de Minister zich niet verantwoordelijk voor de overige 1.600 patiënten uit die regeling? Wat gaat ze die patiënten vertellen? Sorry, ik heb jullie blij gemaakt met een dode mus, of: ga maar naar het buitenland? Hoe komt de Minister erbij dat patiënten in het buitenland terecht kunnen? In heel Europa is er een tekort. Momenteel worden er zelfs patiënten doorverwezen naar Amerika. Dat kan toch niet de bedoeling zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik maak me zorgen over de protontherapie. Voor mijn fractie is het belangrijk dat deze nieuwe bestralingstechniek tegen kanker, die complicaties kan voorkomen, ook voor Nederlandse verzekerden goed toegankelijk wordt. We zien helaas dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen lijnrecht tegenover elkaar staan op het punt van het aantal protonencentra. Wij maken ons grote zorgen dat dit tot onnodige wachtlijsten leidt. Is de Minister niet bang dat de zorgplicht in gevaar komt? Anderen hebben dit ook al gevraagd. Ik wil de Minister met klem vragen alsnog te bemiddelen. Ze heeft weliswaar geen wettelijke rol, maar ze heeft wel de Regeling protontherapie vastgesteld en ze is wel stelselverantwoordelijke.

Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn wat betreft de top over de export van de zorg, naar aanleiding van mijn motie. Ik heb begrepen dat de top in november plaatsvindt. Kan de Minister aangeven wie daarvoor zijn of worden uitgenodigd? Wil zij een verslag van de top naar de Kamer sturen?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik begin meteen maar bij de gestelde vragen. Ik heb de vorige keer aangegeven dat we voor het eerstelijnsverblijf zoeken naar een pragmatische en praktische oplossing. Volgens mij ligt deze in het amendement-Dik-Faber. Ik ben maar even zo vrij om dat zo aan te geven. Het oordeel over dat amendement laat de Staatssecretaris vanavond aan de Kamer. Het komt er op neer dat we in de Wet langdurige zorg (Wlz) een subsidieregeling hebben, die we in 2016 overhevelen. Het lijkt mij een praktische en via die amendering ook snelle manier om dit goed te regelen.

Of de zorgverlener een behandeling moet stoppen, hangt natuurlijk af van het contract dat hij heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Afhankelijk daarvan gaat men er naar bevind van zaken mee om.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een vraag over het sluiten van het contract. Ik krijg voorbeelden uit de praktijk over kleine contracten van € 100.000. Er komt een patiënt tussen die vanwege de korte afstand wel bij die zorgverlener moet zijn. Die begint met behandelen en door deze behandeling gaat hij over het contractbedrag heen. De zorgverzekeraar zegt dat dit zijn eigen risico is, dat hij die patiënt had moeten weigeren. Dan komt de zorgverlener in strijd met zijn zorgplicht. Door de contractering loopt men steeds vaker tegen dit soort zaken aan. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan?

Minister **Schippers**: Ik vind dat partijen vooraf heldere afspraken moeten maken. Er komt een nieuwe contracteringsronde. Die biedt nieuwe kansen om heldere afspraken te maken tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Ik vind dat hier wel extra aandacht aan besteed kan worden, zodat partijen helderheid hebben over de inhoud van zo'n contract. Na de rondgang door het land die wij hierover hebben gehad, heb ik aanbevolen om een aantal afspraken over te nemen en vooraf te bespreken met de beroepsverenigingen. Over bijvoorbeeld kwaliteit en het hanteerbaar maken van dit probleem kunnen werkwijzen worden uitgewisseld. Ik vind dat hierin een verbetering mogelijk is. Die moet er komen. Vervolgens is het een privaatrechtelijke afspraak.

Ik kom bij de volumenormenten. Een aantal complexe ingrepen zijn echt gebaat bij concentratie. Daar waar dit daadwerkelijk meerwaarde heeft, moet men concentreren. Er is echter wel sprake van de wet van de afnemende meeropbrengst. Wanneer je boven een bepaald niveau concentreert, maakt het voor de kwaliteit niets meer uit. Ik durf zover te gaan dat het voor de doelmatigheid ook niets meer uitmaakt en misschien zelfs contrair werkt. Daarin moet men het evenwicht vinden. Het is een van de argumenten om met het kwaliteitsinstituut van start te gaan.

Daarin moet veel meer het gesprek over die grens op gang komen tussen verzekeraar, patiënten en wetenschappelijke verenigingen. Ik ben tegenstander van het concentreren om het concentreren. Dat is algemeen bekend. De zorg wordt er niet beter van en de keuze neemt af. Het loopt altijd in een curve en op een gegeven moment vliegt die af. Je moet op het juiste moment stoppen. Het is van groot belang dat dit gesprek veel meer wordt gevoerd. Dat neemt niet weg dat er nog steeds specialismen zijn waarvan ik hoop dat men een slag gaat maken, slagen zelfs. Er zijn ook specialismen waarvan ik me afvraag of die in ieder ziekenhuis moeten worden aangeboden. Daar kan een kwaliteitsslag worden gemaakt door specialisatie.

Ramen wij verkeerd? Niets is zo lastig als ramen. Dat weet ik omdat we ieder jaar gesprekken hebben met het CPB over de wijze van ramen. Het CPB raamt anders dan wij, meestal ruimer. Wij zitten er strakker in. We ramen hoeveel verzekeraars gaan inzetten vanuit hun reserves om hun premie te verlagen. Dat is een persoonlijke keuze; dat kun je alleen maar ramen. Uiteindelijk beslissen verzekeraars dat zelf. Ik zal niet verhehlen dat ik de premiestelling van DSW heel positief nieuws vind, ook omdat in de koopkrachtplaatjes is geraamd met een hogere premie. Dat is ook weer ramen. Dit is een meevaller voor mensen. Dat is natuurlijk geen slecht nieuws. In eerdere jaren zat VWS altijd lager dan de premie die werd vastgesteld; de laatste jaren zit VWS hoger. Dat is een signaal van marktwerking. Verzekeraars doen hun best om eronder te gaan zitten. Ik vind dat ze er ruim onder zitten. Ik heb dus intern gezegd dat we naar het ramen moeten kijken. Het feit dat de premie lager wordt vastgesteld dan wij hebben geraamd, heeft als nadeel dat de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) relatief hoog is. Volgend jaar hebben we hetzelfde circus ook weer aan die kant. Ik wil bekijken of we het beter kunnen, maar zowel bij het CPB als bij ons zitten er de knapste koppen op, echte rekenmeesters. We doen ons best, maar het blijft een raming. Ik heb liever dat ze eronder zitten dan erboven, omdat je in het laatste geval koopkracht inlevert. Dan kunnen we beter de huidige variant hebben. Het blijft moeilijk. Ik blijf er scherp op of we het niet beter kunnen. Er is wel sprake van een markt. Uiteindelijk gaan partijen er zelf over.

De vorige keer hebben we ook gesproken over begrijpelijke informatie over polissen. De onderzoeken die bij de NZa, de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Autoriteit Financiële markten (AFM) gedaan worden, lopen nog. Die worden in november verwacht. Ik vind dat laat, zeker voor de vergelijking, maar de meeste mensen kiezen in december. Ik hoop dat we nog op tijd zijn en dat als er echt onregelmatigheden of heel specifieke punten worden gesignaleerd, zij snel handhavend kunnen optreden.

De vraag is wanneer de wettelijke regeling komt. We hebben op advies van de NZa een aantal maatregelen genomen. Ik heb aangegeven dat ik wil kijken in hoeverre die effect hebben, voordat we aan allerlei knoppen draaien. Misschien draaien we iets onvoldoende strak of moeten we aan verschillende knoppen tegelijk draaien. Laten we afwachten hoe dit in het volgende oordeel van de NZa uitpakt, voordat we een wettelijke regeling naar de Kamer sturen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De vorige keer hebben we besproken dat de NZa vindt dat we indien mogelijk een wettelijke regeling moeten maken waardoor verschillende variaties van risicoselectie uitgesloten kunnen worden. De Minister wil bezien aan welke knoppen ze gaat draaien. De NZa meent echter dat er geen knop is waaraan ze kan draaien, omdat er geen regeling is. Ik heb uit het vorige overleg van de Minister begrepen dat er een aantal variaties op risicoselectie zijn, die zij in kaart gaat brengen. Ze kijkt wat voldoet en wat vervolgens in één algehele regeling moet worden gegoten, zodat de NZa veel beter handhavend kan optreden. Dat is wat anders dan wat de Minister nu zegt.

Minister **Schippers**: Het eerste deel klopt, over de NZa die de indirecte risicoselectie onderzoekt, waarbij collectiviteit een aandachtspunt is. We bekijken wat het onderzoek oplevert en welke vervolgacties nodig zijn. Dat wisten we eigenlijk al toen de wet in elkaar werd gezet. In hoeverre werken collectiviteiten risicoselectie in de hand? Je moet goed kijken naar het vrijwillig eigen risico. Daarmee kun je dit soort dingen ook krijgen. We brengen het in kaart en vervolgens bezien we wat we ermee doen. Mevrouw Bouwmeester schetste het goed, maar ze zegt dat ik dan met een regeling kom. We bekijken echter eerst of een regeling nodig is, en zo ja, hoe die in elkaar moet steken en waarop die specifiek gericht moet zijn. Dat weten we nu nog niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan wachten we die regeling af. Als we iets doen, moeten we het goed doen. Mocht de regeling afwijken van het advies van de NZa, dan horen we graag van de Minister waarom deze anders wordt. Verder wachten we het onderzoek af.

Minister **Schippers**: De NZa doet het onderzoek; dan vernemen we dus meteen waar zij de grootste knelpunten ziet. Dan kom ik bij de protonentherapie. In de eerste termijn hebben we hierover ook al gediscussieerd. Ik heb niet gezegd dat ik blij ben dat er in Duitsland een faciliteit is, als er hier een tekort is. Ik heb ook niet gezegd dat we dat als een onderdeel van de Nederlandse zorg moeten beschouwen. Dat is het natuurlijk niet. Het is een heel lang traject geweest. Uiteindelijk heb ik op basis van kwaliteit vier vergunningen afgegeven voor centra die kunnen starten, maar de zorgverzekeraars bepalen hoeveel ze inkopen. Zij weten dat ze een zorgplicht hebben, ook op dit terrein. De heer Rutte zegt dat ik ervoor moet zorgen dat er een tweede centrum komt, omdat er één komt. We weten echter nog niet of het een of twee centra worden. Laten we afwachten waar dit eindigt. Vervolgens kun je zeggen dat het verkeerd gaat, maar dan moet je daarvoor wel een grond hebben. Dan moet je daar een berekening onder kunnen leggen en samen tot de conclusie komen dat er bijvoorbeeld twee centra zijn gecontracteerd, maar dat dit er eigenlijk één te weinig is. Ik vind het nogal wat, omdat protonentherapie voor een aantal dingen wordt toegepast en wetenschappelijk is onderbouwd, maar voor een aanzienlijk aantal andere dingen nog niet. Het is een heel grote investering voor een deel onzekerheid. Hoe dit uitpakt en of het een of twee centra worden, weet ik nog niet.

De heer **Rutte** (VVD): Volgens mij weet ook de Minister dat het voor-nemen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) was om samen één centrum te contracteren. Het kan zijn dat daar iets aan het bewegen is. Dat zou goed zijn. Als het er twee worden, is al een deel van mijn zorg weg. Deelt de Minister mijn zorg als het uiteindelijk wel één centrum wordt, dat daarmee waarschijnlijk niet aan de zorgplicht wordt voldaan? Dit hebben we al eerder bij de transgendertherapie gezien. Ik vind niet dat de Minister verzekeraars moet dwingen om meer centra te openen, vier bijvoorbeeld, maar met één kan waarschijnlijk niet aan de zorgplicht worden voldaan. Vindt zij dit zorgelijk, omdat het nieuw opzetten van zo'n centrum jaren kan duren? We zitten dan jarenlang in de situatie dat niet aan de zorgplicht wordt voldaan.

Minister **Schippers**: Er zitten altijd twee kanten aan een zaak. Enerzijds kun je zeggen dat als men te weinig heeft gedaan, je een jarenlange achterstand hebt omdat het nogal wat investerings- en bouwtijd heeft. Als je er anderzijds te veel in investeert, kun je een enorme afschrijving hebben, zeker als de therapieën niet opleveren wat men er nu van verwacht. Een aantal dingen zijn goed onderbouwd, maar een aantal ook niet. Het is ook een kwestie van organiseren. Hoe gebruik je zo'n faciliteit? Het is niet goed te vergelijken met de transgenderzorg, omdat transgenderzorg ook elders kan worden opgezet. Daarbij gaat het meer om de capaciteit van mensen. Hier moet ik eerst nog zien hoe het gaat. Ik weet helemaal niet of het een of twee centra worden. Ik vind het als systeem-verantwoordelijke niet mijn taak om in te grijpen. Zo zit het systeem niet in elkaar. Dan is de vraag immers waarom ik hier wel ingrijp en elders niet. We hebben een toezichthouder. Als de NZa op voorhand concludeert dat men zijn zorgplicht niet waar kan maken, dan is het aan de NZa om op te treden. Het is gek als de Minister optreedt. Dat past niet in het systeem. In dit stadium zou het heel oneigenlijk en prematuur zijn als ik optreed. Als we verder zijn, is het niet de vraag of ik moet optreden, maar of de NZa moet optreden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Eigenlijk komen we geen stap verder ten opzichte van de eerste termijn. De Minister gaf toen ook dit antwoord. Het lastige hierbij is dat er heel terughoudend en conservatief is gerekend bij de raming van de hoeveelheid patiënten die er gebruik van kunnen maken. Als je over twee centra spreekt, kun je waarschijnlijk nog niet alle patiënten behandelen die in aanmerking komen. Er is al het nodige in gang gezet. In welk stadium vindt de Minister dat hier duidelijkheid over moet komen? Ik begrijp van betrokkenen dat er op korte termijn duidelijkheid moet zijn. Ik vind het belangrijk dat we hier zicht op krijgen.

Minister **Schippers**: We hebben een systeem waarin ik op basis van de wet een vergunning afgeef voor dit soort hoog innovatieve of heel bijzondere zorg. Dat doe ik op basis van kwaliteit, zodat verzekeraars zorg inkopen en voldoen aan hun zorgplicht. Wie ziet vervolgens toe op die zorgplicht? Dat is de NZa. Overigens wordt deze zorg nu helemaal niet geleverd in Nederland. We introduceren deze op een wat langzamere manier. Daarbij komt dat de Kamer mij vaak heeft gevraagd of innovatieve, nog niet vastgesteld werkzame methodes wat langzamer kunnen worden geïntroduceerd. Dat kan ook een weg zijn. Als de NZa genoeg aanwijzingen heeft dat verzekeraars met deze hoeveelheid niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen, dan is het aan de NZa om in te grijpen. Zo hebben we het geregeld. Ik heb geen enkele bevoegdheid om in te grijpen. Op basis van welke wet moet ik dat doen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vraag de Minister niet om in te grijpen. Ik vraag of ze de situatie wil bekijken. Andere woordvoerders vroegen ook of ze zich zorgen maakt over de zorgplicht. Ze zegt dat het aan de NZa is om



daarnaar te kijken. Weet de Minister wel wanneer we hier iets van kunnen verwachten, of moeten we dat rechtstreeks aan de NZa vragen?

Minister **Schippers**: Mijn advies is om af te wachten waar wordt ingekocht en waar iets tot stand komt. Verzekeraars moeten deze zorg eerst inkopen. Of dat een, twee, drie of vier centra worden, kan ik nog niet zeggen. Vervolgens kunnen we ons al dan niet zorgen maken. De ene mogelijkheid is dat we ons zorgen maken omdat er voor heel veel geld wordt gebouwd, of dat wel allemaal wordt gebruikt, of dat wel binnen indicatie is, of we moeten constateren dat we heel dure zorg hebben neergezet die misschien wat minder werkt dan we hadden gedacht. De andere mogelijkheid is dat we ons zorgen maken omdat er te weinig aanbod is en de Kamer zich afvraagt of de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht kunnen voldoen.

De **voorzitter**: Ik zie nog een interruptie van mevrouw Klever. Daar wil ik het eigenlijk bij houden. Het is een tweede termijn; er is al veel gewisseld. Er is altijd nog gelegenheid om een VAO aan te vragen.

Mevrouw **Klever** (PVV): De Regeling protonentherapie is via een zorgvuldig proces tot stand gekomen. Diverse instanties hebben er uitgebreid op gestudeerd. De Minister heeft haar handtekening eronder gezet. Het lijkt nu alsof dit proces opzij wordt gezet en dat de zorgverzekeraars een eigen lijn bepalen: die vier protonencentra vinden wij niet nodig; we doen er maar één. Gooit de Minister dit proces overboord, inclusief haar handtekening? Daar lijkt het een beetje op en dat is toch niet de bedoeling geweest van dat heel zorgvuldige proces.

Minister **Schippers**: Je moet samen zorgvuldig het proces doorlopen, maar uiteindelijk heeft iedereen daarin een eigen rol. Laten we eerst kijken wat er gebeurt en wie welke rol moet spelen om op te treden.

Mevrouw Klever stelt dat het RIVM wel zorgmijding constateert. Het RIVM brengt in de Zorgbalans onderzoek en conclusies van andere partijen bij elkaar. Dat heeft het op dit punt ook gedaan. Het RIVM heeft hierover zelf geen oordeel. Dat is logisch, want ook het RIVM zit bij mij aan tafel als wij plannen wanneer onderzoeken klaar zijn op basis waarvan wij meer kunnen zeggen. In zijn algemeenheid wil ik opmerken dat zorg mijden niet slecht hoeft te zijn. Zorg mijden waar het medisch noodzakelijk is om het advies te volgen, is dat wel. We hebben het eigen risico ingesteld, zodat mensen niet gaan als het niet hoeft.

De top over de export van de zorg staat gepland voor december. Hiervoor wordt in ieder geval de gouden driehoek uitgenodigd, zoals ik ze altijd noem. Dat zijn de kennisinstellingen, bedrijven en overheid. «Overheid» bedoel ik breed. We hebben ook economische posten in andere landen. Uiteraard doe ik de Kamer een verslag van deze top toekomen. Ik kan de Kamer ook informeren als het programma iets meer vorm krijgt. Ik kijk in aanloop naar die top naar een aantal punten. Ik kijk bijvoorbeeld waar onze missies het meeste opleveren. Dat vind ik een belangrijk punt. Er zijn veel missies, maar ik hoef niet met alle missies mee. Het is alleen belangrijk dat ik meega, als ik verschil kan maken. We bezien wat we met de top willen bereiken en wat we uit de top willen halen. Ik kan de Kamer daar meer over vertellen als de contouren wat duidelijker zijn.

De **voorzitter**: Dat brengt ons aan het einde van dit algemeen overleg. Mevrouw Leijten heeft aan het einde van de eerste termijn aangekondigd dat zij een VAO wil aanvragen. Zij komt net binnenlopen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Toen was het idee dat dit VAO wellicht voor de tweede termijn zou plaatsvinden. Het lijkt mij goed om na het overleg



over risicoverevening te kijken of we eventuele VAO's ineen kunnen schuiven.

De **voorzitter**: Ik concludeer dat we het nog even laten staan en aan het einde van het volgende algemeen overleg bij mevrouw Leijten terugkomen op dit punt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Excuses voor mijn late binnenkomst. Soms past niet alles precies in de agenda.

De **voorzitter**: Dan eindig ik hiermee het algemeen overleg over de Zvw en gaan we over naar het overleg over de risicoverevening. Daar hebben we maximaal twee uur voor gepland. Een aantal woordvoerders staan straks plenair. Ik wil dus proberen het binnen deze tijd te houden. Ik hanteer een spreektijd van maximaal vier minuten, met maximaal twee korte interrupties. De woordvoerders doen zichzelf tekort als we het niet halen; laten we daar dus samen scherp op zijn. Mevrouw Klever is helaas verhinderd om bij dit debat aanwezig te zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Risicoverevening is een van de belangrijkste onderdelen van een solide financiering van de zorg en tegelijkertijd een van de ingewikkeldste. Het CDA hecht aan een goede en zorgvuldige risicoverevening, omdat dit risicoselectie voorkomt. Als zorgverzekeraars te weinig voor hun verzekerden betaald krijgen, is het niet aantrekkelijk om in goede zorg te investeren. Met de overheveling van de Verpleging en Verzorging (V&V) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar de Zvw staat dit principe onder druk. Deze verzekerden zijn verliesgevend voor een verzekeraar. De ondercompensatie voor de somatische-zorgkosten van de groep die V&V nodig heeft, is gemiddeld € 700 per persoon per jaar. Als we ook de zorgkosten van de overheveling uit de AWBZ meenemen, is dat gemiddeld € 3.187 per jaar. Als deze ondercompensatie niet wordt opgelost, is deze dynamiet onder de soliditeit van het zorgstelsel. Wat doet de Minister om te voorkomen dat verzekeraars straks op subtiele manieren de gebruikers van V&V buiten de portefeuille proberen te houden? Ik denk bijvoorbeeld aan de snelle opkomst van internetverzekeraars. Hoe slagen zij erin binnen de komende 24 maanden dit grote voorspelbare verlies weg te werken? Dat is natuurlijk de grootste opdracht.

De Minister wil in 2017 de gehele Zvw risicodragend maken. Dat gaat ook over de zorg die vanuit de AWBZ is overgeheveld. Het CDA is erg bezorgd dat de Minister een historische vergissing maakt als zij vasthoudt aan het ambitieuze tijdspad van 2017. De overgehevelde kosten zijn namelijk extreem verdeeld over de verzekerden en de verzekeraars. Circa 96% van de bevolking heeft nul kosten. Ik had het net al over internetverzekeraars. Die zullen nog weinig hulpbehoevende ouderen hebben. Is volledige risicodragendheid in 2017 wel verantwoord? Moeten we niet met wat meer souplesse naar dat jaartal kijken? De eerste inzichten van de effecten van de risicoverevening van 2015 zijn immers pas halverwege 2018 bekend. De oproep van het CDA aan de Minister is alvast na te denken over een plan B, voor het geval een voldoende verfijnde risicoverevening van de langdurige ggz en V&V niet mogelijk is. Regeren is namelijk ook vooruitzien. Hoe zou een plan B eruit kunnen zien? Wil de Minister dit aan de Tweede Kamer toesturen als ze het heeft?

De Tweede Kamer heeft de kwantitatieve analyse van het risicovereveningsmodel van de somatische zorg ontvangen. Ik mis in de stukken de kwantitatieve analyse van het risicovereveningsmodel van de ggz betreffende het eigen risico over 2008 en 2009. Ik weet dat daarover een rapport is opgesteld. Ik wil dat de Kamer dit ook ontvangt. Ik mis ook het rapport waarop de berekende ondercompensatie van verzekerden met

gebruik van V&V is gebaseerd. Ik hecht eraan dat ook dit rapport naar de Kamer komt.

Ik ga afronden. DSW heeft vandaag de premies bekendgemaakt. DSW is altijd de eerste. Het was een positief resultaat: de premie kan lager zijn dan de Minister wil. Dit roept de vraag op hoe goed de ramingen zijn die de Minister maakt. Het CDA wil weten of er over 2012 en 2013 al een evaluatie heeft plaatsgevonden van het effect van de afschaffing van de macro-nacalculatie. Een specifieke vraag die daaronder ligt, is hoe groot dit effect per jaarlaag per deelbijdrage is, op basis van de vaststelling van de risicoverevening door het Zorginstituut Nederland.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Goede zorg en gepast gebruik ervan leveren kwaliteit en besparen kosten. Dat is goed voor de patiënt en voor de premiebetaler. Voor een zorgverzekeraar zijn het beperken van de schadelast – om hun term te gebruiken – en het tegengaan van financieel nadeel van het allergrootste belang. Ook na overheveling van de taken van de AWBZ naar de Zvw gaan de meeste gesprekken en mails over de financiële positie en het afdekken van risico's voor zorgverzekeraars. Zij gaan helaas niet over het vergroten van de kwaliteit. Een goed werkend risicovereveningssysteem is noodzakelijk om de compensatie van voorspelbaar gezondheidsverschil te verkleinen. Het verkleint immers ook het risico op risicoselectie, risicoselectie door te bekribbelen op de inkoop van groepen waarop zorgverzekeraars verlies lijden. Dit blijkt onder andere uit verschillende onderzoeken van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Deze houding, dat het gaat om geld, financiën en schadelast en het voorkomen van verliezen, geeft aan dat de zorg geen vrije markt is en ook nooit kan zijn als deze perverse prikkels zo duidelijk naar voren komen. Er zijn dus nadere regels nodig, ook door de overheveling. Zo lang dit in het financieel belang van de zorgverzekeraars is, wordt door hen gesmeekt om meer regels. Laat duidelijk zijn dat de Partij van de Arbeid voor een gelijk speelveld is. We willen geen risicoselectie; we willen ook geen premieverhoging. Daarom steunen we het voorgestelde model van de Minister over de bandbreedte. De vraag is nog wel of de zorgverzekeraars met de voorgestelde ex-postcompensatie voor specifiek V&V volgens de Minister een, zoals ze dat eerder noemde, verantwoord risico lopen. De Partij van de Arbeid vindt premiestijging en risicoselectie ongewenst. Die moeten worden vermeden. Daarvoor is een goed risicovereveningssysteem nodig. Wanneer is het ex-antेरisicovereveningssysteem in totaliteit op orde? Hoe meet de Minister dat? Welke standaarden hanteert zij daarbij? Effectieve afbouw van ex-postcompensatie kan namelijk alleen werken als het ex-antemodel goed werkt. Dit hangt met elkaar samen. Alleen als de ex-anteverevening wordt verbeterd, kan worden overgegaan tot een verantwoorde afbouw van de ex-postcompensatie. Deelt de Minister dit uitgangspunt en waar blijkt dat uit?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mevrouw Bouwmeester was in haar betoog al bij de ex-anteverevening. Ik ga nog even terug naar het vorige deel van haar betoog, waarin ze het heeft over de extra regels, de bandbreedte en het systeem dat wordt voorgesteld. Zij gaat daarmee akkoord, maar vraagt wel aan de Minister wat nu verantwoord is. Wat vindt mevrouw Bouwmeester zelf verantwoord voor een gelijk speelveld? Ze vindt immers dat dit er moet zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): In eerste instantie gaf ik aan dat het zo mooi zou zijn als het niet alleen over het stelsel en de financiering gaat, maar over kwaliteit. Maar goed, we willen nu eenmaal wel een gelijk speelveld en geen ongewenste effecten. We moeten het dus hebben over de kosten. De bandbreedte van het voorstel dat de Minister doet, lijkt ons alleszins redelijk, maar met de nadruk op «lijkt». De Minister heeft gezegd

dat verzekeraars geen onverantwoord risico lopen. Die vraag leg ik nogmaals neer, want dit haal ik niet uit de stukken. Om een lang antwoord kort samen te vatten: de vraag van mevrouw Dijkstra heb ik al bij de Minister neergelegd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Maar als mevrouw Bouwmeester aangeeft dat ze het eens is met wat daar staat, dan begrijp ik niet goed waarom het nodig is om die vraag nog te stellen. Ik denk dan dat zij zelf een idee heeft over wat een onverantwoord risico is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp deze vraag heel goed, want je moet ervoor zorgen dat er een gelijk speelveld is. Je moet niet, omdat de politiek de regels verandert, opeens een heel gekke situatie creëren waarbij een bepaalde zorgverzekeraar veel meer lastige vragen krijgt dan een andere. Daar zijn we het over eens. De Minister doet daarvoor een voorstel. Volgens mij is dat een redelijk voorstel. Ik ben er positief over. Ik had ook kunnen zeggen dat ik neutraal ben, want ik vraag de Minister specifiek of dit verantwoord is. Als straks blijkt dat er heel gekke situaties ontstaan, hebben we een nieuw debat. Vandaar nogmaals mijn vraag. Ik snap dat we een ongelijk speelveld moeten voorkomen. Ik snap dat de zorgverzekeraars maximaal nagecalculeerd willen worden. Wij zeggen daarentegen dat zij ook heel hoge reserves willen om mogelijke verliezen te compenseren. Laat de Minister het antwoord maar geven. Ik ben geen bewindspersoon.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens. Risicoselectie moet je te allen tijde voorkomen. Het gaat hier om heel kwetsbare mensen die V&V en langdurige ggz nodig hebben. Nu doet de Minister ook het voorstel om per 2017 alles risicodragend te hebben. Houdt mevrouw Bouwmeester ook zo vast aan de deadline dat in 2017 de gehele Zvw op die punten risicodragend moet zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nee. Wij willen dat het verantwoord gebeurt. Wij willen het liefst dat de kwaliteit centraal staat, dat we honderden mailtjes en brieven van zorgverzekeraars krijgen met de vraag om hulp om de kwaliteit inzichtelijk te maken. Daarnaast moet je het zorgvuldig doen als het over de financiën gaat. Daarom heb ik een lijst met vragen aan de Minister. Het gaat ons niet om de tijd, het gaat ons om de zorgvuldigheid. Als je het niet zorgvuldig regelt, is degene om wie de zorg draait, de patiënt, wederom de dupe. Dat moeten we zien te voorkomen. Zo kom ik weer op het punt van risicoselectie, waarover wij het zeer eens zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil het ministerie bedanken voor het goede rekenwerk dat is gedaan. Er is naar voren gekomen dat men op V&V € 701 verlies draait per patiënt en als men de langdurige ggz erbij neemt meer dan € 3.100. Dat is dus een risico. Vindt mevrouw Bouwmeester ook dat deze bedragen eerst tot nul moeten worden teruggebracht, dat er geen verlies op wordt gedraaid, voordat je naar risicodragendheid over kunt gaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag aan de Minister is of dit een verantwoord risico is. Daarop wil ik graag een antwoord horen. We hebben het niet uit de stukken kunnen halen. In die zin ben ik het eens met de vraag van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zit in de gekke situatie dat ik het eens ben met ZN. Dat komt niet vaak voor. ZN vraagt om een volledige nacalculatie op V&V. Dat betekent eigenlijk dat de verzekeraars de verzekeringen voor volgend jaar niet risicodragend uitvoeren. Ik snap dat wel, want ze moeten

mensen die nu V&V krijgen per 1 maart een-op-een overnemen volgens het AWBZ-regime. De inkoop van de verzorging en de verpleging vindt nu plaats, volgens het AWBZ-regime. In het AWBZ-regime wordt geen risico gelopen. Er wordt dus risico afgeschoven op de zorgverzekeraars. Mevrouw **Bouwmeester** zegt dat we moeten uitgaan van een gelijk speelveld en zo min mogelijk risico's. Als zij ziet dat de zorgverzekeraars een systeem zonder risicodragendheid een-op-een mét risicodragendheid moeten uitvoeren, vindt zij dat dan een verantwoorde stap?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is precies de vraag die ik aan de Minister stel. Volgens mij hebben mevrouw Bruins Slot en mevrouw Dijkstra deze heel terechte vraag ook gesteld. Ik stel die vraag ook.

Mevrouw **Leijten** (SP): We vragen er allemaal naar bij de Partij van de Arbeid, omdat de partij deze Minister door dik en dun steunt. De Minister wil voor deze zorgvorm in 2015 al een bandbreedteregeling met risico. In 2017 wil de Minister volledige risicodragendheid. Als wij nu vaststellen, hopelijk met de Partij van de Arbeid, dat het te hard gaat, dan moet de Minister haar politieke doel per 2017 opschorten. Ik wil graag in eerste termijn weten waar de Partij van de Arbeid staat.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik twijfel even. Als wij allebei dezelfde vraag hebben en die aan de Minister stellen, dan is het best gek als ik zonder het antwoord daarop al iets tegen mevrouw Leijten zeg. Ik herhaal dat zij een heel terechte vraag heeft. We moeten het goed en zorgvuldig regelen. We moeten voorkomen dat de premie ten onrechte omhoog gaat doordat het financieel niet goed is geregeld is en risicoselectie ontstaat. Dat moeten we zorgvuldig bekijken. Mevrouw Leijten maakt er een soort politiek spelletje van, dat de PvdA, of de VVD, altijd een bewindspersoon steunt. Dat maakt mij niet zoveel uit. Het gaat ons om goede zorg voor de beste prijs. Dat moeten we netjes en zorgvuldig regelen. Dit vraag ik ook aan de Minister. Ik ben dus heel benieuwd naar haar uitleg. Ik was bijna klaar. Ik had nog één vraag. Is de Minister bereid om alles op alles te zetten om te komen tot een goed ex-antevereveningsmodel, zodat er daadwerkelijk kan worden overgegaan tot verantwoorde afbouw van de ex-postcompensatie? Ik heb dit al in verschillende interrupties gezegd. Als je het aan de voorkant goed regelt, hoef je aan de achterkant geen gaten te vullen. Regel het goed aan de voorkant, regel het allebei tegelijkertijd. Dat doen we niet omdat we vinden dat zorgverzekeraars alleen maar zielig zijn. Zij lopen een risico dat we moeten voorkomen. Ze hebben ook heel veel winsten. We kunnen niet vaak genoeg herhalen dat ze die aan de juiste dingen moeten besteden: kwaliteit, preventie, innovatie en noem maar op.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het vereveningsmodel is de solidaire kurk waarop ons verzekeringsstelsel drijft. Als er een partij is die vaak aandacht heeft gevraagd voor de kwaliteit van met name het ex-antevereveningsmodel, is het wel de VVD. Het is allemaal techniek, maar wel buitengewoon belangrijk. De VVD vindt ook dat het in ons stelsel belangrijk is dat verzekeraars risico dragen. Vanuit deze risicodragendheid letten zij scherp op zowel kwaliteit als prijs. Zij nemen de inkooprol serieus, waardoor we een opwaartse druk op kwaliteit en een neerwaartse druk op de prijs krijgen. Wij zijn voorstander van een versnelde afbouw van de ex-postcompensaties. Dat is altijd zo geweest. Het stond in ons verkiezingsprogramma en staat ook in het regeerakkoord. Nu doet zich een bijzondere situatie voor. We voeren een grote overheveling vanuit de AWBZ naar de Zvw uit. Het ex-antevereveningsmodel is daarvoor nog onvoldoende geëquipeerd, zo schrijft ook de Minister. Ik zeg het even in mijn eigen woorden. Gelukkig zegt de Minister ook dat bij de afbouw van de ex-postcompensaties wordt gekeken naar de kwaliteit en de ontwik-

keling van het ex-antemodel. Die kwaliteit is in 2015 nog onvoldoende om niet ex-post te compenseren; vandaar het bandbreedtemodel. De VVD steunt de voorgestelde mitigerende maatregelen in 2015, zoals die in de brief staan. Die zorgen wel voor vragen over de jaren daarna. Als verzekeraars in 2017 volledig risicodragend moeten zijn en de kwaliteit van het ex-antemodel daarin leidend is, dan steunt de VVD dat. De fractie wil wel graag weten hoe we de kwaliteit en de ontwikkeling van het ex-antemodel monitoren. Worden we daarover voldoende en op tijd geïnformeerd, zodat we de vinger aan de pols kunnen houden? Het gaat echt om een goede balans tussen die twee zaken. Daarop willen we graag de antwoorden van de Minister horen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb dezelfde vraag aan de heer Rutte als aan mevrouw Bouwmeester. Hij steunt de bandbreedteregeling en de mitigerende maatregelen in 2015. In 2015 gaat V&V vanuit de AWBZ over naar de zorgverzekeraars. Zij hebben geen enkele mogelijkheid om scherp in te kopen om risicodragend te zijn. Waarom vindt de VVD het terecht dat verzekeraars die risico's krijgen?

De heer **Rutte** (VVD): De VVD vindt het terecht dat de Minister mitigerende maatregelen neemt, dat de risico's niet een-op-een overgaan en dat er niet alleen wordt gekeken naar het ex-antevereveningsmodel. De maatregel die wordt genomen, laat wel enig risico bij verzekeraars. Dat is juist de balans die we continu moeten zoeken. Enerzijds is er enige mate van risicodragendheid, anderzijds hebben we oog voor een zo gelijk mogelijk speelveld. Een geheel gelijk speelveld waarin nergens risico wordt gedragen, kan de dood in de pot zijn voor het stelsel. Zoals wij de brief lezen, worden daarin maatregelen genomen waarbij de risico's worden gemitigeerd. Ik ben echter geen vereveningsdeskundige. Het is naar mijn oordeel niet zo dat verzekeraars helemaal niets kunnen als ze inkopen per representatie. Dat wil ik ook aan de Minister vragen. Ze kunnen wel degelijk scherp inkopen, al doen ze dat mede namens andere verzekeraars. Wellicht zijn er andere manieren om de inkooprol goed in te vullen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Met de heer Rutte ben ik benieuwd naar de antwoorden van de Minister, want ik kom hierop terug. Met name voor die verzekeraars die in hun populatie een grote groep hebben waarbij je een groot risico mag verwachten, is geen sprake van een gelijk speelveld. Dat hoef ik de Minister niet eens te vragen; dat kan ik zelf ook zien. Is de heer Rutte dat met mij eens?

De heer **Rutte** (VVD): Daar ben ik het mee eens. Er is geen volledig gelijk speelveld, omdat het ex-antemodel in 2015 nog niet 100% functioneert voor deze overgehevelde zorg. Dit schrijft de Minister ook. Laat tegelijkertijd duidelijk zijn dat ook verzekeraars hebben gevraagd om deze overheveling en deze hebben gesteund. Het komt niet als een donderslag bij heldere hemel. Het is onderdeel van hun rol als zorgverzekeraar om zorg in te kopen en daarin ook enig risico te dragen. Het vereveningsmodel moet dit in balans brengen. Voor zover het vereveningsmodel nog niet voldoende functioneert, neemt de Minister mitigerende maatregelen. Dat is belangrijk. Ik maak me vooral zorgen over de jaren daarna. Is het ex-antemodel dan wel voldoende op orde en welke maatregelen moeten dan eventueel nog worden genomen? Het uiteindelijke doel is dat het volledige risico wordt gedragen. Dat is essentieel voor ons stelsel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We kunnen eerder zeggen dat het vereveningsmodel nu niet functioneert voor langdurige zorg en V&V. Dat is niet raar, omdat het een compleet nieuwe vorm van zorg is die wordt overgedragen aan de Zvw. In de woorden van de heer Rutte hoor ik wel

dat hij met een realistische blik ruimte wil openlaten om het later in te voeren, als we in 2017 volledige risicodragendheid niet halen. Het gaat hier immers om zeer kwetsbare patiënten. Heb ik dit juist gehoord in het betoog van de heer Rutte?

De heer **Rutte** (VVD): Ik steun het streven van het kabinet om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars in 2017 volledig risicodragend zijn. Tegelijkertijd vind ik ook dat het ex-antemodel en de kwaliteit daarvan leidend moeten zijn. Als we het model kwalitatief gezien niet op orde krijgen, moeten we wellicht temporiseren. Ik neem daar nu nog geen voorschot op. Ik vind dat we het doel voor 2017 moeten laten staan en alles op alles moeten zetten om het ex-antemodel op orde te krijgen. Dat is uiteindelijk het doel waarnaar wij streven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Alles op alles zetten kun je vanuit twee perspectieven doen: het perspectief van de rekenmeesters, van het CPB, die alles rond willen hebben, of het perspectief van de patiënt die goede zorg nodig heeft. Voor het tweede perspectief moet je nu al ruimte bieden voor een mogelijke temporisering, als er geen goede oplossingen zijn. Wanneer maakt de heer Rutte de afweging of er temporisatie nodig is?

De heer **Rutte** (VVD): Dat is een valse tegenstelling, want ik heb het niet gehad over het inkopen van minder goede kwaliteit en het feit dat de patiënt hiervan de dupe wordt. Daar is geen sprake van. Als wij de verevening niet op orde krijgen, zijn uiteindelijk bepaalde verzekeraars de dupe en kan risicoselectie dreigen. Dat vind ik een ongewenst effect. Daarom vraag ik de Minister nadrukkelijk ons op de hoogte te houden van de ontwikkeling van het ex-antemodel en de kwaliteit daarvan. Dat vraag ik niet als ik niet geïnteresseerd ben in hoe het eruit ziet en niet bereid ben maatregelen te nemen als dat nodig is.

We hebben vandaag allemaal een brief gekregen van ZN. Het punt over de reserves van verzekeraars, conform het Basel II-akkoord, waarin kennelijk ook de vereveningsbijdrage meetelt, zette mij aan het denken. Die vereveningsbijdrage is verschillend. Op basis van de populatie krijgt de ene verzekeraar iets en moet de andere iets bijdragen. Dat willen we graag, maar het is ongelijk verdeeld. Dit leidt wellicht tot een vreemd speelveld ten aanzien van de reserves. Aangezien over verzekeraars die te hoge reserves willen hebben, continu iets te doen is in de Kamer, wil ik van de Minister weten of het klopt dat de vereveningsbijdrage meetelt voor de reserves en wat zij daarvan vindt.

Mevrouw **Leijten** (SP): In het verleden heeft de SP met de VVD een punt gemaakt van de reclames waarbij de gezonde populatie wordt aangehouden en de niet-gezonde populatie belemmeringen krijgt opgelegd. Wat vindt de heer Rutte van het idee dat zorgverzekeraars in de toekomst flink reclame moeten maken onder de reizende, vitale oudere, omdat die heel veel opbrengt in de verzekerde populatie, en voor chronische zieken en ouderen die chronisch ziek zijn, vooral een zo ongunstig mogelijk beleid moeten voeren om hen buiten de deur te houden? Is dat een onderdeel van het stelsel of is dat ook voor hem een schrikbeeld?

De heer **Rutte** (VVD): Als ik mij ergens aan stoer, dan is het aan reclames van verzekeraars waarin zij speciaal voor hoogopgeleiden een polis aanbieden. Dat riekt aan alle kanten naar risicoselectie. Daar heb ik een bloedhekel aan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wist dat de VVD en de SP dit delen, maar reclame en acquisitie, dus het goed in de markt liggen, is zoveel subtieler dan alleen die reclamespotjes waar we ons aan storen. Het gaat ook om adverteren in blaadjes, waarbij je onder ogen komt bij een gezonde,



bijvoorbeeld oudere populatie, waar je winst op maakt. Mevrouw Bruins Slot heeft de cijfers genoemd waarmee je in de toekomst verlies kunt lopen op de chronisch zieke oudere. De Minister heeft altijd gezegd dat reclame maken en acquireren onderdeel van het stelsel zijn en dat de SP daar niet over mag klagen. Vindt de heer Rutte het een prettig vooruitzicht, dat de gezonde, veel opleverende doelgroep, de goedkope verzekerde, in de toekomst gepaaid gaat worden, en diegene die duur is niet? Of wil hij dat ook niet?

De heer **Rutte** (VVD): Ik accepteer de valse tegenstelling die hier wordt geschetst niet, als ware het dat verzekeraars in de toekomst een populatie hebben die loont of die niet loont. Dat zou betekenen dat ons ex-ante-model niet functioneert. Het is essentieel dat we de verevening zo inrichten dat het ook loont om een chronische patiënt te contacteren. Daar sta ik voor. Kun je dit voor 100% garanderen? Ik denk het niet. Het is nu eenmaal zo, maar het is wel mijn inzet om te komen tot een goed ex-antevereveningsmodel waardoor het loont om goede zorg in te kopen. Als je een chronische patiënt hebt, kun je eraan verdienen als je goede adequate zorg inkoopt. Dat is het doel van het stelsel, goede zorg tegen een zo scherp mogelijke prijs. Reclame is essentieel om ervoor te zorgen dat er dynamiek blijft in de zorgverzekeringsmarkt voor iedere verzekerde, of die nu heel erg ziek is of heel gezond, steenrijk of heel arm. Daar sta ik voor.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. We hebben in Nederland een uniek zorgstelsel, waarbij iedereen voor dezelfde premie verplicht verzekerd is voor basiszorg. Zorgverzekeraars moeten alle verzekerden accepteren en van zorg voorzien. Daarmee is er grote solidariteit tussen ziek en gezond. Er kunnen grote verschillen ontstaan tussen de typen verzekerden die bij verzekeraars onder contract staan. Dit leidt voor verzekeraars tot een ongelijk speelveld met grote kostenverschillen en kan verzekeraars prikkelen tot risicoselectie. Dat willen we voorkomen. Daarom is er een adequaat systeem van risicoverevening noodzakelijk. Daarmee compenseren we verzekeraars voor de verschillen. Voor D66 is daarbij wel het uitgangspunt dat slim en doelmatig inkopen lonend moet blijven.

Op dit moment is er nog geen sprake van een adequate risicoverevening voor de kosten van V&V. Toch streeft de Minister naar volledige risicodragendheid van verzekeraars in 2017. D66 wil daarom dat de Minister alles op alles zet om tot een goed model van risicoverevening vooraf te komen, ex-antorisicoverevening. Hiervoor moeten nieuwe en betere risicokenmerken worden geselecteerd. Daarom wil ik weten hoeveel capaciteit de Minister voor de ontwikkeling van dit model vrijmaakt. Wanneer en hoe bepaalt ze of de ex-postcompensaties inderdaad in 2017 kunnen worden afgeschaft? Dat lijkt ons ook erg snel.

In 2015 en 2016 start de Minister meteen met het afbouwen van de ex-postcompensaties voor V&V. Ze komt volgend jaar met een bandbreedteregeling van € 5 per verzekerde met een nacalculatie van 95%. Dat is meteen een flinke stap richting risicodragendheid, terwijl er helemaal geen goed model is en er nog geen verschillen in inkoopbeleid zijn. We hebben het al gewisseld in het interruptiedebatje. D66 denkt dat dit in 2015 kan leiden tot een ongelijk speelveld en indirecte risicoselectie. Ik hoor graag wat de Minister van deze zorgen vindt en of ze eventueel bereid is om dit besluit te herzien. Wil ze monitoren of risicoselectie bij V&V thuis uitblijft en of dit niet indirect via de aanvullende verzekering plaatsvindt? Wat zijn de gevolgen van deze regeling voor de kleine zorgverzekeraars?

Vervolgens wil de Minister in 2016 de ex-postcompensaties voor V&V fors gaan afbouwen. Ze schrijft in haar brief over een forse stap. Wat verstaat ze daaronder? Die vraag heb ik ook over de langdurige ggz, waarbij de

Minister streeft naar volledige risicodragendheid in 2017. Ook hiervoor is nog geen adequaat vereveningsmodel. Waarom kiest de Minister bij de langdurige ggz dan wel voor 100% nacalculatie in 2015?

Eerder is in de Kamer gesproken over indirecte risicoselectie, gericht op het binnenhalen van hoger opgeleiden die winstgevend zijn. De heer Rutte had het er al over. Ook mijn fractie vindt dit onacceptabel. In 2013 concludeerde de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) dat opleidingsniveau niet als vereveningscriterium kon worden meegenomen, maar sinds kort heeft de DUO een diplomaregister. Daarom heb ik de volgende vraag. In hoeverre kan dit register, eventueel aangevuld met de informatie van hogescholen en universiteiten, toch een basis bieden voor een vereveningskenmerk «hoger opgeleid»?

De NZa stelt dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht naleven. De NZa constateert wel een aantal risico's, bijvoorbeeld dat verzekeraars verzekerden naar bepaalde polissen leiden door op de website in eerste instantie alleen de restitutiepolis te laten zien, of dat studenten zich via de website kunnen inschrijven terwijl anderen dat schriftelijk moeten doen. Mijn fractie vindt dit onwenselijk. We staan daarom achter de NZa-onderzoeken naar scherpere transparantie- en inschrijvingseisen. Ook ik sluit me aan bij de vraag wanneer deze onderzoeken klaar zijn en de vraag of de aanbevelingen uit die onderzoeken nog in 2015 kunnen worden ingevoerd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Je hebt een soort compensatie nodig voor dure patiënten. Als je die compensatie niet goed regelt, is het risico erg groot dat de zorgverzekeraars diegenen die duur zijn, gaan weren. Het zijn immers private bedrijven, financiële instellingen, met wel degelijk een winstoogmerk. Mevrouw Bouwmeester van de Partij van de Arbeid zei dat al heel goed: ze spreken niet over verzekerden, maar over de schadelastportefeuille.

De heer **Rutte** (VVD): De SP zegt dit steeds en ik blijf erop interrumpen. Kan mevrouw Leijten mij vertellen welke zorgverzekeraars een winstoogmerk hebben? Beweren is gemakkelijk, maar de feiten erbij leveren is buitengewoon ingewikkeld.

Mevrouw **Leijten** (SP): Alle zorgverzekeraars hebben een positief resultaat en potten dat op. Daar kom ik straks op. Dat is winst toeschrijven aan de organisatie. Ze keren het nog niet uit aan aandeelhouders, maar het risico daarop met overnames of opkopers kunnen we met dit private stelsel ook niet uitsluiten. Er is wel degelijk een prikkel voor zorgverzekeraars om winst te maken. De heer Rutte weet heel goed wat we daarmee bedoelen. In essentie maakt het nog niet eens uit voor het principe van een goed werkend stelsel van risicoverevening. Juist als dat wel zo is, is het nóg belangrijker. Dat zei de heer Rutte overigens net ook.

De heer **Rutte** (VVD): Het gebeurt me opnieuw dat mevrouw Leijten geen antwoord geeft op de vraag. Het is een feit dat verzekeraars winst maken. Dat is essentieel om aan reserves te komen en voor een gezonde bedrijfsvoering. Over de benodigde hoeveelheid winst kunnen we van mening verschillen. Maar hier beweren dat zorgverzekeraars winstoogmerk hebben, is gezien de feiten onjuist. Geef dat gewoon toe; het klopt niet. Vrijwel alle verzekeraars hebben geen winstoogmerk, behalve die ene die in overheidshanden is. Dat blijft overigens curieus.

Mevrouw **Leijten** (SP): En toch komt jaar in, jaar uit in de NZa-monitor het resultaat, de winst, per afgesloten verzekering in beeld. Als we bijvoorbeeld naar de NZa-monitor van dit jaar kijken, zien we dat de winst per verzekerde in één jaar is gestegen van € 78 naar € 96. Daar is dus sprake van een winstoogmerk, namelijk het rendement per verzekerde.

Met een rendement per verzekerde en zonder een goed vereveningsstelsel is het gevaar op risicoselectie erg groot. Risicoselectie is dan het uit je portefeuille weren van die mensen die geld kosten. Veel partijen maken zich hierover zorgen, maar ik maak me zorgen over de vraag of dat lippendiensten zijn of echte zorgen. Jaar in, jaar uit krijgen wij te horen dat er geen problemen zijn met de risicoverevening, maar Wynand van de Ven zegt dat uit onderzoek van de Universiteit Leiden blijkt dat het wel degelijk plaatsvindt. De NZa zegt van niet. De Minister volgt de NZa en we hebben het er niet meer over. Ik wil graag dat de Minister ingaat op het onderzoek van de heer Van de Ven en de zorgen die daarbij spelen. Wat de VVD zegt, klopt inderdaad: als we niet goed verevenen, is het gevaar op risicoselectie te groot, hoe we het ook doen en regelen. Het voorspellen van dure patiënten vooraf, ex-ante, is heel erg lastig, zeker als je nieuwe zorgvormen toevoegt aan de portefeuille. De Minister erkent dit. Zij zegt dat de voorspellende waarde onvoldoende is voor de V&V en de ggz. Als de Minister dit erkent, verbaast het me zo dat zij voor 2015 voor V&V wel een bandbreedte afspreekt en niet 100% nacalculeert. Ik vraag de Minister dit toch te doen. Ik gaf net in de interruptie al aan dat de zorgverzekeraars een-op-een moeten uitvoeren wat nu in de AWBZ zit zonder risico. Straks moeten ze het mét risico gaan doen. Ze hebben op geen enkele manier de mogelijkheid om daarin te schipperen, maar er is ook nog geen goed vereveningssysteem. Deze twee elementen maken dat de SP vindt dat we in 2015 een pas op de plaats moeten maken en volledig moeten nacalculeren. Daarna maken we een plan waarmee we de achterafcalculatie, ex-post, kunnen afbouwen. Dan weten we namelijk allemaal onder welke voorwaarden dat gebeurt. Het is dan geen blinde gok, want dat is wat we nu hebben als we niet goed weten hoe we het doen.

Over de risicoverevening en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan met kleine zorgverzekeraars, bestaat nog steeds veel onvrede. Ik vraag de Minister hier serieus naar te kijken. Zij weet dat heel de Kamer, geen partij uitgezonderd, wil dat de kleine zorgverzekeraars blijven bestaan. Iedere keer weer is er echter discussie over het juist inschatten van de risicoverevening voor kleine verzekeraars. Dat heeft te maken met inschattingen van het aantal verzekerden en het in concernverband opereren of als label. Dat is heel ingewikkeld. De Minister weet wel hoe het zit, maar ik vraag haar deze zorgen serieus te nemen. Mevrouw Dijkstra vroeg hier ook al naar.

Dit debat gaat over risicoverevening om ervoor te zorgen dat de dure patiënt niet buiten de boot valt. De risico's zijn uiteindelijk wel voor die patiënt. Je zult maar zo'n dure zijn. We hebben hier verhalen gehoord van mensen die chronisch ziek zijn, die niet durven over te stappen. Je hebt een nieuwe rolstoel nodig; misschien krijg je nieuwe medicijnen. Dat maakt allemaal dat mensen blijven zitten waar ze zitten, omdat ze bang zijn. Maar is dit wel zo terecht in dit stelsel? Ik vraag de Minister hierop in te gaan.

Dan nog de vraag hoe het nu toch kan dat DSW zegt dat de premie door het ministerie weer te hoog is geraamd. Vorig jaar was de belofte dat de winsten aangesproken zouden worden en dat er eindelijk premie terug zou gaan. We hebben deze zomer van de Minister weer de erkenning gekregen dat de premiedaling vorig jaar niet de winsten betrof, maar dat dit het vervallen van de premieopslag was. Nu moet het echt een keer gebeuren, maar weer raamt het ministerie te hoog. Wat gaat daar toch mis?

De heer **Rutte** (VVD): Ik luister naar mevrouw Leijten en ik hoor ineens iets nieuws waarover we het heel erg eens zijn. Vindt mevrouw Leijten het ook heel erg belangrijk dat wij een stelsel hebben waarin iets te kiezen valt en waarin ook een chronische patiënt kan overstappen naar een andere verzekeraar? Vindt zij dat ineens erg belangrijk?

Mevrouw **Leijten** (SP): Mensen die chronisch ziek zijn, kiezen niet per se graag voor een bepaalde zorgverzekeraar. Die moet het gewoon goed regelen. Ze kiezen graag voor degene die hun zorg verleent op het moment dat ze het nodig hebben. Ze willen daarover de regie voeren. Ik geloof niet dat de zorgverzekeraar de partij is die dit voor verzekerden over kan nemen. Het antwoord is dus dat op dat niveau die keuzevrijheid niet wordt gewenst. Als er verschillende zorgverzekeraars zijn die in principe jouw belangen maximaal moeten behartigen, moet je ervoor zorgen dat die zorgverzekeraars jou in ieder geval niet weren als je chronisch patiënt bent. Ik geloof dat we daarin gelijk op gaan. Wil de heer Rutte weten hoe ik het zou inrichten? Ik wil niet op zorgverzekeraarsniveau de keuzevrijheid garanderen, maar vooral op het niveau dat je de gewenste zorg krijgt van de gewenste persoon op het moment dat jij dat graag wilt.

De heer **Rutte** (VVD): Ik tel mijn zegeningen maar, want dit is voor het eerst dat ik van mevrouw Leijten hoor dat het kennelijk belangrijk is dat mensen kunnen switchen van verzekeraar. Dat vinden wij ook. Het is een essentieel onderdeel van dit stelsel. We moeten de Minister er heel scherp op bevragen als dit voor bepaalde mensen niet lukt. Daar zijn we het heel erg over eens.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is een leuk debattrucje van de heer Rutte. Hij weet hoe wij al langer opereren op dit onderwerp. Wij zeggen bijvoorbeeld altijd dat de kleine zorgverzekeraars overeind moeten blijven en dat wij vinden dat de vier grote zorgverzekeraars veel te veel macht hebben omdat die 90% van de markt hebben. Hij weet dan dat wij ook wel zien dat er in dit huidige stelsel wat te kiezen moet blijven. Als het om het stelsel gaat, zouden wij wel een andere keuze maken.

De **voorzitter**: Daarmee komt een einde aan de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 17:29 uur tot 17:40 uur geschorst.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra is nog niet terug, maar ik stel voor om toch te beginnen. De commissieleden die straks nog naar de plenaire vergadering moeten, meld ik dat deze is geschorst tot 19.45 uur. Daar kunnen we rekening mee houden. We zijn toe aan de beantwoording van de Minister in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Dit is een belangrijk, maar technisch onderwerp. Daarom sturen we de achterliggende technische rapporten niet mee, maar alleen het samenvattende rapport. De achterliggende rapporten zijn openbaar. Die kunnen we de commissie dus toesturen. Dat zeg ik mevrouw Bruins Slot toe.

We hebben twee grote posten overgeheveld, de V&V en de langdurige ggz. Voor de langdurige ggz is de keuze gevallen op 100% nacalculatie. Het ex-antemodel is daar nog heel slecht. Het vormt natuurlijk wel een risico voor de kosten. Je moet een prikkel houden om goed en scherp in te kopen en die heb je niet als je alles nacalculeert. Daarom doen we dat eigenlijk nooit. We hebben het bij de ggz wel gedaan. Als we het komende jaar, de komende periode, geen progressie kunnen boeken met het ex-antemodel, dan hoort de langdurige ggz wat mij betreft niet in de Zvw. Zorgonderdelen waarbij je niet beloond wordt voor scherp inkopen, moeten terug naar de Wlz. Daarom hebben we hier 100% nagecalculeerd. Wij doen er alles aan om te kijken of het toch mogelijk is, anders hadden we deze stap niet genomen. Dat doen we niet in ons eentje. We hebben de capaciteit op het dossier risicoverevening op ons ministerie verdubbeld. Heel veel wordt buiten het ministerie gedaan. We hebben zorgverzeke-

raars en onderzoekers nodig, want we hebben kennis nodig. Daar kan een bottle neck zitten, maar wij betrekken iedereen om hier maximaal aan te trekken: universiteiten, private onderzoekers, zorgverzekeraars en eigen capaciteit. We willen bezien of we daadwerkelijk stappen kunnen maken in het ex-antemodel.

De **voorzitter**: Er is een interruptie. Ik sta maximaal twee interrupties toe in de termijn van de Minister. De Minister is overigens nog bezig met haar inleiding.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is een belangrijke toezegging van de Minister dat de langdurige ggz niet thuishoort in de Zvw als we de risicoverevening van deze zorg niet op orde hebben. De Minister weet dat het CDA de ggz sowieso liever niet in de Zvw ziet. Wat is voor haar het weegmoment waarop zij beslist om de langdurige ggz in de Wlz te houden?

Minister **Schippers**: Het is voor mij geen toezegging, maar een overtuiging. Als je iets niet risicodragend kunt uitvoeren, hoort het niet in de Zvw. We hebben het wel gedaan, omdat er in de ggz een verkeerde beddenproblematiek is door de knip tussen de langdurige en curatieve zorg. We hebben daar een probleem. Dat lossen we op als we het in één domein onderbrengen. Dat is de argumentatie om het over te hevelen. Als dat niet risicodragend kan, dan houdt het op. Ik heb aangegeven dat wij alles op alles zetten om te kijken of er een ex-antevereveningsmodel te ontwikkelen is dat hout snijdt. Ik kom over een jaar terug op de vraag of we al enig licht zien dat het gaat komen, of dat het er al is, of dat we moeten constateren «jammer, maar helaas».

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat het geen toezegging maar een overtuiging is. Het is wel belangrijk om te constateren dat het zeer kwetsbare patiënten zijn in de ggz. Je wilt daar geen negatieve neveneffecten. Als ik de Minister goed hoor, geeft zij volgend jaar om deze tijd uitsluitel aan de Kamer of er een goed risicovereveningsmodel voor de ggz te maken is.

Minister **Schippers**: Ik denk dat wij in een jaar een grote stap verder moeten zijn, omdat je in de Zvw geen onderdeel kunt hebben dat je voor 100% nacalculeert. Volgend jaar hebben we als het aan mij ligt een heel ander gesprek. Daarbij luister ik goed naar hetgeen de deskundigen tot dan toe hebben bereikt.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister maakt de juiste keuze door geen risico's te lopen met deze doelgroep, die wordt toegevoegd aan de Zvw. Iedereen hier weet dat de SP een andere keuze zou hebben gemaakt in de verdeling tussen verschillende doelgroepen. Gaat deze redenering ook niet op voor de V&V? Ook daarbij zegt de Minister dat er nog geen goed ex-antemodel is. Het kan ook zijn dat dit er niet komt. Moet dan de overtuiging van de Minister ook op de V&V van toepassing zijn? Als we V&V niet risicodragend in de Zvw kunnen verzekeren, moet die zorg dus op termijn naar de Wlz.

Minister **Schippers**: Ik wilde via de langdurige ggz naar V&V, om daarbij de verschillen aan te geven. Het verschil is dat ook bij verzekeraars en deskundigen de overtuiging bestaat dat bij V&V wel risico gedragen kan worden. Nu is het ex-antemodel nog niet op orde, maar het is wel zodanig dat een beperkte mate van risico acceptabel is. Daarmee worden verzekeraars toch geprikkeld om het zo efficiënt mogelijk te organiseren en scherp in te kopen. Als je het in representatie doet, kun je in je eigen gebied wel degelijk heel scherp inkopen. Die prikkel wil ik erin houden,

want die hoort bij de Zvw. Omdat het nog niet zodanig op orde is dat we er echt veel risico kunnen lopen, heb ik het heel bescheiden gedaan en het kleinste mogelijke stapje genomen. Men loopt een risico van maximaal € 7 op een persoon, met de bandbreedte en de 95%-nacalculatie. We hebben bij V&V dus een heel klein stapje gezet, omdat we het idee hebben dat je dit risicodragend kunt maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zei net al in een interruptie dat het niet vaak voorkomt dat ik het eens ben met ZN. ZN zegt dat de resultaten met € 90 uiteen kunnen lopen. Ik heb zelf een berekening geprobeerd te maken en ik kwam op € 17. Laten we in het midden houden wat het bedrag is, want het is al technisch genoeg. Mijn vraag betrof meer de overtuiging van de Minister. Stel dat er uitkomt dat er geen goed ex-antevereveningsmodel te maken is voor de V&V thuis, is dan de conclusie van de Minister, volgend jaar of over twee jaar, dat het dus naar de Wlz moet? Of sluit de Minister dit uit?

Minister **Schippers**: Zeker niet. Als het niet kan, kan het niet en dan hoort het niet in de Zvw. Het grote verschil met de langdurige ggz is dat zowel zorgverzekeraars als deskundigen van mening zijn dat V&V wel degelijk risicodragend in de Zvw uitgevoerd kan worden. Bij de langdurige ggz hebben velen daar hun vraagtekens bij en ik dus ook. Bij V&V nemen we nu een kleine, beperkte stap. We laten een klein beetje risico toe, om toch de prikkelwerking van kostenbeheersing erin te houden. Als we echt een grote inspanning plegen ten aanzien van het ex-antemodel, denk ik dat we volgend jaar een grote stap kunnen maken. Ik ben zeker van plan maximaal op het ex-antemodel in te zetten. Hierbij is de kwaliteit leidend. Zo heb ik het eerder ook aan de Kamer geschreven. We hebben onze doelstellingen bepaald. Daar houden we aan vast. We nemen de stappen op basis van kwaliteit.

Ik kom bij de vragen van de verschillende partijen. Voor de kwaliteit van het model in zijn algemeenheid worden een aantal maten gehanteerd op verzekeraars-, verzekerden- en subgroepniveau. Deskundigen van zorgverzekeraars, het Zorginstituut Nederland, ZN en VWS maken deel uit van de WOR en oordelen over de kwaliteit van het model. De ontwikkeling van de kwaliteit van het ex-antemodel wordt nauwgezet in de gaten gehouden. In juni informeer ik de Tweede Kamer standaard jaarlijks per brief over de vormgeving en kwaliteit van de ex-antemodellen. In september informeer ik de Kamer per brief over de inzet van de ex-postcompensaties. Dit zal het komende jaar ook gebeuren. Per jaar nemen we een besluit.

De heer **Rutte** (VVD): We hebben dit jaar het besluit voorliggen met de conclusie van de Minister dat het ex-antesysteem onvoldoende verevent. Zij neemt dus in september het besluit om met een deel ex-post te komen, met de bandbreedte. Kunnen we volgend jaar in juni van gedachten wisselen over de kwaliteit van het model en de noodzaak die er wellicht is om te kijken naar ex-postcompensaties? Of is dat geen begaanbare weg? Lopen we dan in juni al te veel op zaken vooruit?

Minister **Schippers**: We hebben dit een paar jaar geleden expliciet afgesproken. De ex-anteonderzoeken en -berekeningen zijn in juni beschikbaar. Dan kunnen we in de zomer doorgaan met de ex-post. In september nemen we daar een besluit over. Je kunt aan de ex-antemodellen al een beetje zien wat je in september al dan niet kunt doen aan de ex-post. Deze twee fasen hebben we afgesproken. Dat zijn ook de momenten dat het klaar is. Wij sturen de informatie meteen naar de Kamer. Het is niet zo dat ik het veel langer weet, dat ik in juni al weet hoe het zit met de ex-post. Dat is altijd een kabinetsbesluit en de ex-post ligt standaard voor in september.



De heer **Rutte** (VVD): Ik vraag het niet voor niets. Het is een worsteling, ook voor de Minister. Ook nu zitten we in een tijds-klem en moet er een besluit worden genomen om zekerheid te hebben voor volgend jaar. Ik snap wel dat je in juni niet exact weet wat je in september gaat doen, dat je daar nog over na moet denken. Ik kan me wel voorstellen dat de Kamer in juni een technische briefing krijgt om te doorgronden wat er ligt, of bij een ander algemeen overleg van gedachten wisselt om in ieder geval een idee te krijgen wat de kwaliteit van het model is en waar we rekening mee kunnen houden.

Minister **Schippers**: Wij zijn altijd bereid tot een technische briefing. Als de ex-ante er in juni is, kunnen we een technische briefing doen. We kunnen bezien welke betekenis de informatie heeft voor het besluit in september.

Ik heb natuurlijk geen plan B, omdat altijd sprake is van een fasering. Als we dit jaar bij de langdurige ggz alles op alles zetten en tot de conclusie komen dat het niet te regelen is in de ex-ante, dan is de conclusie wel helder. Bij V&V hangt de precieze omvang van de stap die we in 2016 maken, af van wat we in het ex-antesysteem kunnen verbeteren. Hoe minder we kunnen verbeteren, hoe kleiner de stap is. Hoe meer we kunnen verbeteren, hoe groter de stap zal zijn. De doelstelling is dat we in 2017 volledige risicodragendheid hebben, maar kwaliteit is leidend. Als we het niet kunnen halen, halen we het niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat de Minister dit zo zegt, want uit de brief haal ik dat 2017 een harde deadline is. Alle cijfers, de ingewikkeldheid van de materie en de ontwikkeling van de nieuwe categorieën wijzen er echter op dat er problemen kunnen ontstaan, als je blind voor 2017 gaat. Hoor ik goed dat 2017 geen verplichte stip op de horizon is en dat de Minister bereid is langer door te ontwikkelen om de zekerheid te hebben dat het goed is geregeld?

Minister **Schippers**: Het jaar 2017 is een stip op de horizon. Ik heb in de brief ook aangegeven dat de kwaliteit leidend is. Het jaar 2017 komt niet uit de lucht vallen. Dat jaartal staat in het regeerakkoord. Ik houd mij aan het regeerakkoord, maar ik heb er wel aan toegevoegd dat de kwaliteit leidend is. Zodra ik het kwalitatief niet voor mijn kap kan nemen, kom ik terug. Het regeerakkoord is niet zomaar een afspraak, maar dan kom ik terug omdat op basis van kwaliteitsoverwegingen bijvoorbeeld fasering nodig is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Met alle respect voor het regeerakkoord: het is een weinig logische datum. Dit jaar gaat de risicoverevening voor de langdurige ggz en V&V voor het eerst in. Halverwege 2018 is er pas goed zicht op de effecten daarvan voor degenen die zich gecontracteerd hebben en voor de verzekeraars. Als de Minister hierover op 1 januari 2017 wil beslissen, heeft ze niet de juiste cijfers voorhanden. Daarom dring ik er zo hard op aan dat ze zichzelf de ruimte geeft om over 1 januari 2017 heen te gaan. Straks blijkt het een historische vergissing te zijn.

Minister **Schippers**: In het vorige regeerakkoord was de deadline voor de somatische zorg 2015. Toen moest ik me ook aan de afspraak houden. Dat was verantwoord; dat heb ik dus kunnen doen. We doen per 2015 geen nacalculatie meer. Deze deadline ligt twee jaar verder; het regeerakkoord werd ook twee jaar later gesloten. Ik zeg erbij dat de kwaliteit leidend is. Dat heb ik ook in de brief aan de Kamer geschreven. Mevrouw Bruins Slot en ik denken daar helemaal niet zo verschillend over. Als het kwalitatief niet verantwoord is om het volledig risicodragend te maken, moeten we het niet doen. Als het wel verantwoord is, moeten we vooral niet treuzelen en kan ik me netjes aan de afspraken uit het regeerakkoord houden.

We hebben een geloofwaardig perspectief op een effectieve risicoverevening voor V&V. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd, maar er zullen de komende jaren ook nog onderzoeken volgen. Ook het artikel van iBMG «Risicoverevening voor de ouderenzorg» in de Economisch Statische Berichten (ESB) geeft aanleiding om te denken dat het kan. Daarom houd ik er vooralsnog aan vast, tenzij we tot de conclusie komen dat het anders uitpakt. Ik heb bij de V&V een zorgvuldige afweging gemaakt en geconstateerd dat het ex-antemodel nog niet op orde is voor een grote afbouw van de ex-post. Daarom doe ik een klein stapje; € 5 met 95% nacalculeren is echt een van de kleinste stappen waarin we dingen hebben overgeheveld.

Deel ik de zorgen over de risicoselectie bij de V&V? Ik zie zeker risico's op risicoselectie. Het berekende verlies geeft daartoe ook aanleiding. Daarom hanteer ik een grote mate van risicoloosheid voor V&V. Daarnaast zetten wij de komende jaren vol in op verbetering van het model en zal de NZa risicoselectie in de monitor opnemen.

De bedragen die mevrouw Bruins Slot noemde voor de ggz, zijn vóór de ex-post. Die worden gemitigeerd door de ex-post. Dan blijft er van de € 3.100 nog € 850 over. Dat is overigens ook nog een behoorlijk bedrag, maar daar zit nog een groot deel «onvoorspelbaar» in. Dat zijn bijvoorbeeld de kosten die je maakt in een laatste levensjaar. Die kun je niet vooraf voorspellen, want die kosten gaan omhoog. Wij hebben een heel goed risicovereveningssysteem, men zegt wel eens het beste van de wereld. Dat wil niet zeggen dat we alles eruit gehaald hebben. Het ideale ex-antesysteem zonder verschillen bestaat niet. Dat kun je niet ontwikkelen. Het zal altijd een bepaalde marge houden. Wij volgen dit heel precies. Ik denk dat het twee jaar geleden is dat de commissie-Don hiernaar heeft gekeken. Het is goed om het op een gegeven moment te herhalen, zodat je er strak op blijft zitten en je je extern scherp laat houden over hetgeen nog meer nodig is.

Wat ga ik doen om het V&V-model te verbeteren en te voorkomen dat verzekeraars chronische zieken weren, bijvoorbeeld door internetpolisjes? Er ligt een grote uitdaging om de voorspelbare kosten via de verevening te compenseren. Het bedrag van € 850 is niet geheel voorspelbaar. Er zit een aanzienlijk deel «onvoorspelbaar» in, wat misschien meer onderscheid naar leeftijd, comorbiditeit en gezinssamenstelling betekent. Op dit moment geldt een bandbreedteregeling, die zo fors is dat risicoselectie niet lonend is. Dat moeten we ook niet lonend laten worden.

Ik zal een analyse maken van de VWS-ramingen voor de risicoverevening en de realisatie per deelbijdrage voor de eerstelijns- en ziekenhuiszorg en ggz. De realisatiecijfers lopen achter vanwege de lange doorloop. Dit jaar vindt de kwantitatieve analyse 2010 plaats, maar ik zal die uitbreiden naar recentere jaren met voorlopige cijfers. Ik kom daarmee in het voorjaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Volgens mij hoor ik de toezegging dat de Minister evalueert wat in 2012 en 2013 de effecten waren van de afschaffing van de macro-nacalculatie, waarbij ze per jaarlaag per deelbijdrage in ieder geval de voorlopige vaststelling geeft.

Minister **Schippers**: Met voorlopige cijfers. Ik kom daar in het voorjaar mee naar de Kamer.

De heer Rutte sprak over Basel II. Het is Solvency II. Deze richtlijn gaat over de smalle of de brede grondslag. De brede grondslag is nominale premie plus een vereveningsbijdrage. Die vraagt een hogere solvabiliteitseis dan de smallere nominale premie. DNB beslist daarover, niet ik. DNB heeft aangegeven dat de smalle grondslag niet prudentieel verantwoord is. De verantwoordelijkheid om dit vast te stellen, ligt bij de DNB. Wel heeft Nederland om rekening te houden met de risicomitigerende werking van het vereveningssysteem in Europa geijverd voor een afslag

voor de verzekeringstechnische risico's. Dat leidt tot een lagere gemiddelde solvabiliteitseis dan de rest van Europa en komt globaal uit op 15% tot 17% van de schade.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb een verduidelijkende vraag. Begrijp ik goed dat verzekeraars een lagere solvabiliteit mogen aanhouden, omdat dankzij verevening de risico's lager zijn en mijn zorg dat die vereveningsbijdragen tot scheve verhoudingen leiden, misschien niet zo heel erg groot hoeft te zijn en er ook voordelen tegenover staan?

Minister **Schippers**: Die constatering klopt. DNB vindt de smalle grondslag niet prudentieel verantwoord en gaat uit van de brede grondslag.

De heer **Rutte** (VVD): Ik ga dit bespreken met de financieel deskundige in mijn fractie, om te doorgronden wat het precies betekent en wat ik ervan vind. Ik snap dat DNB erover gaat, maar ik kan niet helemaal doorgronden welke consequenties het heeft. Daarom parkeer ik de vraag even.

Minister **Schippers**: Voor V&V koopt men in 2015 in representatie in. Het is niet zo dat men dan helemaal geen invloed heeft. De grote zorgverzekeraar in een regio, meestal de verzekeraar die de zorgkantoorfunctie heeft, onderhandelt met een andere verzekeraar over prijsvolume en kwaliteit. De verzekeraars hebben dus collectief invloed op volume, prijs en kwaliteit. Het is niet iets wat een natuurlijke gang van zaken is in de Zvw. Daarin koopt iedere verzekeraar voor zichzelf in. Wij doen dit omdat het een overgangsjaar is. We willen het ook als zodanig beschouwen. Daarom is er representatie, met een kleine bandbreedte en forse nacalculatie. Zo kan de overgang rustig en zorgvuldig verlopen. Het vereveningscriterium «opleidingsniveau» is heel complex. We hebben daarover al eerder gesproken. Er is nog geen volledige registratie van opleidingsniveau voor alle verzekerden. Vooral voor oudere verzekerden lijkt het opleidingsniveau minder voorspellend. Er is een sterke relatie tussen inkomen, sociaaleconomische status en opleidingsniveau. Inkomen en sociaaleconomische status zitten al wel in het model. Zodra je het opleidingsniveau gemakkelijker kunt vaststellen, kan ik me voorstellen dat het criterium wordt opgenomen. Dat is nog niet het geval. We hebben hier nog niet zo lang geleden op verzoek van de Kamer naar gekeken. Wat zijn de consequenties voor kleine verzekeraars? Het ex-antevereveningsresultaat voor de kleine verzekeraars bedraagt – € 6 per verzekerde. «Klein» is hierbij minder dan 150.000 verzekerden. Het gemiddelde ex-antevereveningsresultaat voor zelfstandige verzekeraars, die niet in een concern zitten, is + € 12 per verzekerde. Na ex-postcompensatie bedraagt het gemiddelde vereveningsresultaat voor V&V gemiddeld – € 1 per verzekerde voor de kleine verzekeraars en + € 3 voor de zelfstandige kleine verzekeraars die niet in een concern zitten. Ik heb dus geen aanwijzingen dat het model voor V&V negatiever uitpakt voor kleine of kleine zelfstandige verzekeraars dan voor andere verzekeraars.

Ik heb in het eerste deel van dit overleg, de tweede termijn van de Zvw, aangegeven dat de raming heel complex is. Ik raam niet opzettelijk hoger; ik heb er zelf niets over te zeggen. De raming wordt gedaan in een technische exercitie. Het CPB doet die technische exercitie ook. Beide resultaten komen bij elkaar. Het CPB komt met een bepaald getal waarvan onze deskundigen vragen of dat niet wat hoog is, gezien bijvoorbeeld de reserves bij verzekeraars. Daarom komen we eerst met een voorlopige raming en vervolgens met een definitieve. Soms wijken die nog een beetje af. Ik vind het ook lastig. Het is moeilijk voor het voetlicht te brengen als je over de IAB moet uitleggen dat die het ene jaar door concurrentie lager is vastgesteld, maar dat er nu een plus zit. Dat is een

eindeloos verhaal. Ik bezie of we dit beter kunnen doen. We zien dat de premie na afschaffing van de nacalculatie door de concurrentie naar beneden gaat. Eerst raamde VWS lager en werd de premie hoger vastgesteld, nu zie je dat men eronder zit doordat de afbouw van de ex-post de concurrentie aanjaagt. We moeten scherp bezien of we dit voldoende meenemen.

Over het onderzoek van de heer Van de Ven over het gevaar van risicoselectie hebben we al van gedachten gewisseld. Ik heb op 23 april een brief gestuurd, waarin ik op het rapport van iBMG ben ingegaan. Ik onderhoud het risicovereveningssysteem ook op basis van signalen over indirecte risicoselectie. De suggesties van de onderzoekers neem ik mee als input voor verder onderzoek. We blijven onderzoek doen. iBMG is daarin een van de partijen, naast commerciële partijen en universiteiten. We betrekken iedereen daarbij. Naar aanleiding van het iBMG-onderzoek hebben we expliciet naar de ondercompensatie van ouderen gekeken. Ik kom terug op de onder- en overcompensatie.

Er is in detail gekeken naar de resultaten van de kleine en kleine zelfstandige zorgverzekeraars. Die laten een wisselend beeld zien. Ik heb net aangegeven waar dat zich ongeveer bevindt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister is voorbij het punt waarover ik haar nog wat wil vragen. Dat is de V&V die het komende jaar overgaat naar de Zvw. Kan de Minister aangeven wat zij kan doen als bepaalde zorgverzekeraars onevenredig zwaar getroffen worden door bijvoorbeeld de populatie die zij verzekeren, om te voorkomen dat een ongelijk speelveld ontstaat?

Minister **Schippers**: Wij hebben hier natuurlijk naar gekeken voordat we het vaststelden. We hebben bekeken hoe het speelveld er in Nederland uitziet en wat we met het ex-antemodel al kunnen doen. Er zitten een aantal dingen in die effect hebben op V&V. Wij hebben op basis daarvan geconstateerd dat wij een heel kleine stap zetten in de risico's, € 5 en 95% daarbuiten. Het is een heel klein stapje risicodragendheid. We nemen heel veel risico weg, omdat we zien hoe het speelveld is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Vreest de Minister niet voor een situatie waarbij toch risicoselectie ontstaat, omdat het voor anderen minder interessant is en deze dure verzekerden alleen bij bepaalde verzekeraars terecht kunnen?

Minister **Schippers**: Niet met deze ex-post. Daarom hebben we de ex-post zo vastgesteld. Als het niet nodig was geweest, had ik een veel grotere stap genomen. Juist omdat dat niet kan en ik ook niet een of twee verzekeraars een bepaalde compensatie kan geven, moeten we in de ex-post heel voorzichtig zijn. Bij de langdurige ggz hebben we niets gedaan en bij V&V hebben we een minimaal stapje gedaan, juist omdat het een overgangsjaar is, juist omdat het zo verschillend ligt in het land. Uiteindelijk moet de verzekeraar in zijn inkoop en in zijn doelmatigheid het been bijtrekken als we verder in de jaren komen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt een heel klein stapje zetten, maar als dat voor bepaalde verzekeraars net de stap in de afgrond is, is een stapje toch funest. Ik vind het nogal wat dat de Minister zegt dat het allemaal wel meevalt, terwijl we van ZN horen dat resultaatverschillen tussen verzekeraars naar verwachting met maar liefst € 90 per verzekerde uiteen kunnen lopen. ZN zegt dat de beperkte risicodragendheid van de wijkverpleging niet verantwoord is. Dat zegt nogal wat, want ZN heeft de Minister helemaal niet geremd in allerlei beleidskeuzes in de afgelopen jaren. Sterker nog, ZN was altijd een grote schrager van de keuzes die de Minister wilde maken. Ik vind het dus nogal wat dat de Minister dit «een

klein stapje» noemt. Kan dat kleine of grote stapje niet leiden tot enorme gevolgen die we nu niet kunnen overzien, zoals mevrouw Dijkstra ook zegt?

Minister **Schippers**: Het bedrag van € 90 is het resultaat na de ex-ante-verevening. Daar doen wij een ex-post overheen. Met de ex-post is het meest negatieve resultaat ongeveer € 7 per verzekerde. Ik vind dat een verantwoord risico. Overigens hebben verzekeraars en ik ten aanzien van de ex-post nog nooit op een lijn gezeten. Ik ben nu vier jaar Minister en heb vier jaar dezelfde gesprekken. Zij willen geen of een heel klein beetje afbouw en ik wil veel verder afbouwen. Ik zei toevallig dit jaar dat het echt een déjà vu leek. Die gesprekken kun je eigenlijk copy-paste voor het volgende jaar doen. Ik wil het niet te veel ridiculiseren, want het gaat wel degelijk ergens om. We trekken op dit terrein altijd aan een andere kant van het touw. De € 90 vond ik ook te veel. Daarom hebben we de ex-post vastgesteld zoals die is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik blijf het toch gek vinden dat de Minister laat heeft besloten om de wijkverpleging naar de zorgverzekeraars te doen. Het is pas vorig jaar rond deze tijd besloten. We zien nu dat er geen ex-antemodel is. Dat erkent de Minister. Zij zegt zelf dat 2015 een overgangsjaar is. Er moet via representatie worden ingekocht. Ik blijf het gek vinden dat we geen volledige nacalculatie doen, ervoor zorgen dat er in de loop van 2015 een goede ex ante ligt en pas per 2016 de ex-post afbouwen. Ik snap het echt niet.

Minister **Schippers**: De overgang van V&V naar de Zvw is met steun van de zorgverzekeraars gemaakt. Wij hebben niet iets bedacht en dat over iedereen uitgestort. Zij hebben er hun steun aan verleend in de conventanten die zijn afgesloten. Ik zeg niet dat er geen ex-ante is. Er is wel degelijk ex-ante; het is alleen nog niet op orde. Er zijn zeker elementen die hierin meetellen, maar omdat we het onvoldoende op orde vinden en van die € 90 af willen, hebben we juist dat kleine stapje genomen van de ex-post. Het bedrag is daarmee omlaag gebracht naar € 7. We nemen geen onverantwoorde stappen; nee, wij nemen een verantwoord klein stapje op weg naar een veel grotere stap die volgens verzekeraars in de komende jaren mogelijk moet zijn. In de Zvw moeten geen onderdelen zitten met 100% nacalculatie. Het is een uitzonderingspositie voor de langdurige ggz, omdat daar het ex-antemodel totaal niet voldoet. Bij V&V ligt dat echt anders. We zetten een minimaal stapje. Er wordt net gedaan of we een enorm grote stap nemen, maar het is echt een heel klein stapje.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister heeft gezegd dat ze maximaal wil inzetten op het ex-antemodel op basis van kwaliteit. Als de kwaliteit op orde is, kunnen we verder. Kan de Minister definiëren wanneer de kwaliteit op orde is? Waaraan moet het model dan voldoen?

Minister **Schippers**: Dat is het geval als je enigszins objectief kunt uitrekenen dat de voorspelbare verliezen klein zijn. Een ex-antemodel dat alles weghaalt, is er niet. Dat heeft geen enkel land; dat kunnen wij ook niet hebben. Het blijft altijd een kwestie van smaak of je het goed genoeg vindt. Laten we eerlijk zijn: op de eerstelijns- en ziekenhuiszorg zit ook € 700 voor voorzien en onvoorzien. Ook daar waar we nu voor 100% risicodragendheid hebben, zitten we toch niet met een ex-antesysteem dat alles weghaalt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat vraag ik ook niet van de Minister. Ze zegt dat het een kwestie van smaak is. Ik vraag haar of ze iets concreter kan omschrijven wat het moment is dat zij het in orde vindt, dat ze accepteert dat er nog zoveel niet bij hoort. Dan kunnen we volgend jaar

kijken of we op de goede weg zijn en weten wij een beetje wanneer de Minister eraan toe is. Wij kunnen voor onszelf dan uitmaken of we dat ook vinden.

Minister **Schippers**: Het gaat precies hetzelfde als bij de somatische zorg. Daar hebben we op een gegeven moment ook de macro-nacalculatie en de laatste bandbreedte eraf gehaald. Dat doen we nu met de curatieve ggz, waarbij we stapsgewijs de bandbreedtes groter maken en de nacalculatie buiten die bandbreedtes afbouwen. Het is geen exacte wetenschap, waarbij bepaalde punten een duidelijke grens zijn. Het is een politieke keuze, waarbij je je afvraagt wat verantwoord is. Omdat een ideale situatie niet bestaat, blijft het een kwestie van smaak. Dat was het in het verleden zo met de afbouwstappen van de ex-post en dat zal in de toekomst ook zo zijn. Sterker nog, eigenlijk gaat de ex-postafbouw veel langzamer dan bij de Zvw bedacht is. Ik kan me een motie herinneren van de heer Omzigt en mevrouw Schippers, waarin stond dat dit binnen heel korte termijn moest. We hadden het toen echt niet over acht jaar; we dachten dat het in een paar jaar gebeurd zou zijn. Het blijkt veel complexer te zijn. Daarom kun je op voorhand wel doelstellingen bepalen, maar moet kwaliteit leidend zijn. Het is een kwestie van het politieke debat en de afweging wat verantwoord is om te doen.

Dan kom ik bij de vraag over de termijn waarop de onderzoeken worden afgerond en of de aanbevelingen daaruit al in 2015 kunnen worden ingevoerd, ook ten aanzien van de zorgplicht. De NZa komt met het rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2013. Dat gaat in op de acceptatieplicht, dus het risicoselectieverbod, premiedifferentiatie en de zorgplicht. Dit verwacht ik in oktober. Afhankelijk van eventuele aanbevelingen moeten we bekijken of die kunnen worden ingevoerd. Dit antwoord had ik ook in het vorige debat kunnen geven. Toen hadden we het ook over de zorgplicht. We kunnen in oktober bezien wat we op basis van dat rapport beslissen.

De **voorzitter**: Daarmee is de Minister aan het einde van haar beantwoording in eerste termijn. Is er behoefte aan een tweede termijn? Dat is het geval. Ik hanteer een spreektijd van maximaal twee minuten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar toezegging beide rapporten alsnog aan de Kamer toe te sturen. Bij sommige onderwerpen is het goed om achtergrondinformatie te hebben, zeker als ze zo technisch zijn. Verder dank ik haar voor het feit dat ze een evaluatie wil uitvoeren van het afschaffen van de macro-nacalculatie over 2012 en 2013. Het CDA vindt dit belangrijk, omdat we dan eindelijk meer zicht krijgen op wat de Minister raamt en wat er uiteindelijk is uitgegeven. De verzekeraars hebben de afgelopen jaar best veel winst gemaakt. Ik ben heel benieuwd of een van de factoren daarbij misschien in het afschaffen van de macro-nacalculatie ligt. Dat zou ik graag boven water krijgen. Een tweede punt is dat de Minister zegt dat het afbouwen van de somatische zorg in 2015 een afspraak van het vorige kabinet is. Het is goed dat ze daarbij aangaf dat het proces zes, zeven jaar heeft geduurd. Ik herinner me dat het een proces van voortschrijdend inzicht was, waarbij we steeds zeiden dat het niet goed en niet betrouwbaar genoeg was. Het CDA vraagt van de Minister om bij dit proces met dezelfde bril te kijken. Beslis pas op het moment dat je de zekerheid hebt dat het goed is. Dit is namelijk andere zorg dan somatische zorg; dit is zorg die veel complexer is, waarin veel meer multimorbiditeit zit. Je ziet bij multimorbiditeit dat het lastiger is om een goede compensatie te regelen. Ik noem een voorbeeld dat we nu in het systeem hebben en dat al buitengewoon lastig is: je wordt voor mensen met meer dan een keer een positieve DKG, FKG, HKG en MHK steeds slechter gecompenseerd. Dergelijke trajecten wil je niet voor de langdurige ggz en voor V&V. Ik heb geen tijd om uit te leggen



hoe het precies in elkaar steekt, maar ik zie mensen aan de overkant van de tafel die dagelijks met dit bijltje hakken. Het CDA doet de oproep aan de Minister 2017 niet als een vast gegeven te hanteren, maar om te kijken naar de inhoud en de kwaliteit en daarop te beslissen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het dilemma is duidelijk. Je wilt een prikkel voor een zorgverzekeraar om zinnige en zuinige zorg in te kopen, maar je wilt ook een compensatie om te voorkomen dat alle mogelijke nadelige effecten van risicoselectie en premiestijging – laat ik het zo even samenvatten – zich voordoen. Daarom is de volgende uitspraak van de Minister heel belangrijk: 2017 is een stip op de horizon, maar de kwaliteit van verevening is leidend. Wij gaan die prikkel geven, maar wel op kwaliteit. Dat vind ik een belangrijke toezegging. Ik heb nog een vraag over het onderzoek naar risicoselectie. Ik begon daar al over in het debat hiervoor, dat formeel het algemeen overleg over de Zvw was. Op allerlei manieren komt hier het risico op risicoselectie terug. Het kan door minder goede inkoop voor bepaalde groepen waar je verlies op lijdt of door aan de voorkant reclame te maken. Er zijn vele vormen en iBMG heeft daarover verschillende rapporten uitgebracht. De discussie geeft des te meer aan hoe belangrijk het is dat alle risico's op een rijtje worden gezet en dat wordt bezien wat nodig is in combinatie met de toezegging dat de NZa onderzoekt of er een nieuwe wettelijke regeling nodig is. De Partij van de Arbeid wil dat bij dit onderzoek wordt meegenomen welk extra risico op risicoselectie het risicodragend maken van zorgverzekeraars oplevert. Ik zie een aantal mensen ingewikkeld kijken, maar het punt is duidelijk. Als je het stelsel risicodragend maakt, moet je nog meer maatregelen nemen om te voorkomen dat na heel veel ingewikkelde woorden degene om wie de zorg draait, de patiënt, de dupe wordt.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Dit debat kenmerkt zich door het zoeken naar de juiste balans. Kun je op een verantwoorde wijze nieuwe zorg overdragen naar de Zvw, in de wetenschap dat je in het systeem waarmee je de kosten en de bijbehorende risico's verevent, nog niet optimaal compenseert? De VVD heeft de stukken gelezen en de antwoorden van de Minister goed gehoord. We zien dat er in 2015 maatregelen worden genomen om de risico's klein te maken. Dat is goed en daar zijn we blij mee. Het is essentieel dat de kwaliteit van het ex-antemodel voor de komende jaren heel scherp wordt bekeken. Ik ben blij dat de Minister dit toezegt. Ik ben ook blij met de toezegging dat ze bereid is een technische briefing te verzorgen als volgend jaar de herziening van het ex-antemodel bekend wordt. Het is complexe materie, maar ik wil het snappen. De Kamer heeft hierin een verantwoordelijkheid om nog veel beter te doorgronden wat er speelt, zonder dat we allemaal beleidsmedewerker worden. Ik hoor dat mijn collega minder geïnteresseerd is, maar ik maak er graag gebruik van. Dan kunnen we samen een oordeel vellen, eerst in juni en vervolgens in september als er definitieve besluitvorming over plaatsvindt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik heb al aangegeven dat D66 het heel belangrijk vindt dat er een gelijk speelveld is en dat we ons zorgen maken over het feit dat er in 2015 nog geen goed model is. Daardoor kan er juist een ongelijk speelveld ontstaan en sprake zijn van indirecte risicoselectie. Hoe weet de Minister zo zeker dat dit niet gaat gebeuren? Je kunt je voorstellen dat er verzekeraars zijn die oudjes en chronisch zieken niet willen hebben. Het kan zijn dat ze hen uit de aanvullende verzekering duwen, zodat ze ook voor de basisverzekering op zoek gaan naar een andere verzekeraar. Dat gevaar is niet weggenomen. Ik hoor daar graag het antwoord van de Minister op.

Verder heb ik ook goed gehoord dat de Minister met ons beziet of de kwaliteit van het systeem in orde is en dat 2017 een streven is. Als het niet op orde is, gaat het nog niet gebeuren. Daar zullen we haar aan houden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Risico is goed, meer risico is beter, maar ik ben niet van die school. Toch moet ik meedoen aan het debat, omdat het hebben van risico op schadelast risico's op selectie met zich meebrengt. Daar maak ik me enorm veel zorgen over. Mevrouw Dijkstra gaf het voorbeeld al: mensen die chronisch ziek zijn worden niet meer geaccepteerd voor de aanvullende verzekering. Als ze wel aanvullend verzekerd willen zijn, kun je daarvoor in principe naar een andere verzekeraar, maar die moet je wel accepteren. We hebben de discussie gehad over mensen met reuma die nergens meer werden geaccepteerd. Dit willen we niet. Mevrouw Bouwmeester vroeg om een toets op het risico op risicoselectie. Dat is helemaal niet zo'n gek idee, alleen wel een beetje laat als je heel veel extra risico gaat introduceren. Daar waar de Minister behoedzaam is bij de langdurige psychiatrie, is ze dat niet met de ouderen. Laten we wel wezen, de wijkverpleging is immers ouderenzorg. Ik vind dat echt onverstandig. Wat de Minister «een kleine stap» noemt, kan een grote stap zijn voor wat betreft de gevolgen. Ik vraag haar nogmaals dit in te voeren met 100% nacalculatie. Zorg dat het er volgend jaar uitziet alsof het kan. Dan kunnen we ook nog beslissen of we, net als bij de langdurige psychiatrie, teruggaan naar een ander wettelijk regime voor dit soort zorg, omdat we het risico niet willen lopen dat heel veel ouderen die wijkverpleging nodig hebben, volgend jaar in de kou staan. De Minister zei snel dat de nieuwe regels voor de brede en de smalle grondslag voor de solvabiliteit vanuit Solvency II zouden uitkomen op 15% tot 17%. Dat is een forse stijging van bijna 50% voor het moeten houden van buffers. Kan de Minister ons een overzicht geven van de financiële gevolgen in bedragen? Ik vind dit heel belangrijk, want ook het moeten aanhouden van hogere buffers is een gevolg van het neerleggen van meer risico bij de zorgverzekeraars. We weten allemaal dat dit duur premiegeld is. Als de cijfers er vandaag niet zijn, dan ontvang ik die graag voor de begrotingsbehandeling. Dan kunnen we die informatie meenemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dit een zeer terechte vraag van mevrouw Leijten. Moet bij die vraag ook niet horen dat DNB bovenop de percentages van Solvency II een bepaald behoedzaamheidspercentage aanhoudt? Het komt dus nog hoger uit dan die 15% tot 17%. Is mevrouw Leijten het met me eens dat dit ook in de berekening moet worden meegenomen, zodat we het complete overzicht en de complete effecten hebben?

Mevrouw **Leijten** (SP): In ingewikkelde materie volg ik graag mevrouw Bruins Slot. Alle gekheid op een stokje: dat moet zeker worden meegenomen. Als er door DNB aanvullende eisen worden gesteld die we nu al kunnen voorzien, dan moeten die erbij zitten. Dan hebben we volledig inzicht in de manier waarop het werkt.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb een vraag over een punt iets eerder in het betoog van mevrouw Leijten. Ik moest het even tot mij laten doordringen. Zei ze nu werkelijk dat volgend jaar dreigt dat sommige mensen die V&V nodig hebben, die zorg niet krijgen? Als ze dat zei, is dat pure bangmakerij en hoop ik dat ze die uitspraak ter plekke terugneemt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Nee, dat heb ik niet gezegd, al maak ik mij best zorgen over de toekomst van bijvoorbeeld de wijkverpleging. Zal dat niet heel snel in een aanvullend pakket komen, dus dat het uit de basisverzekering wordt overgeheveld? We zullen zien waar het kabinet nog mee gaat

komen. Het is wel mogelijk, als je het nu onderbrengt in de Zvw. Ik denk dat mensen die thuiszorg hebben, wijkverpleging, die volgend jaar ook zullen krijgen. De vraag is wel of dat met de overgang van 1 maart op 2 maart ook dezelfde thuiszorg zal zijn. De heer Rutte begrijpt dat de SP dit heel goed zal volgen en direct aan de bel zal trekken als dit niet zo is. We hebben namelijk afgesproken dat 2015 een overgangsjaar is. Dat jaar is volledig zoals het was in de AWBZ. Ik zou het heel erg vinden als oudere mensen volgend jaar al geconfronteerd worden met een ander regime dan dat ze nu hebben, met minutzorg en meer mensen over de vloer. Het zijn immers over het algemeen oudere mensen met wijkverpleging. Dan gaan we een kant op waarvan in de commissie over de langdurige zorg is gezegd dat dit niet het gevolg mag zijn.

**De voorzitter:** Daarmee zijn we aan het einde van de tweede termijn van de Kamer en komen we aan de beantwoording van de Minister in tweede termijn.

**Minister Schippers:** Voorzitter. Ik begin met de laatste vraag van mevrouw Leijten. Ik heb de informatie voor me. Ik begrijp het heel goed. We verschuiven honderden pagina's papier naar elkaar. In het Verslag van het Schriftelijk Overleg (VSO) dat ik op 4 september aan de Kamer heb gestuurd, zijn Solvency I en Solvency II op 15 en 17% per verzekeraar doorgerekend. De commissieleden kunnen de cijfers in dat verslag opzoeken. Als er nog vragen zijn, komen we daar later op terug. Mevrouw Bruins Slot vroeg of in het onderzoek wordt meegenomen of een van de factoren in de resultaten de afschaffing van de macro-nacalculatie is. Dat wordt meegenomen, maar wel op basis van voorlopige cijfers. Ik wil dat benadrukken. Ik vraag me overigens af of die macro-nacalculatie niet heeft gezorgd voor lagere premies, maar dat kunnen we misschien dan zien.

Een les uit de afgelopen jaren is dat je met de afschaffing van de ex-post niet te snel maar ook niet te langzaam moet zijn. Je neemt de prikkel weg om je te onderscheiden, omdat je toch wel meebetaalt voor je buurman. Dat is eigenlijk het systeem van de ex-post.

Mevrouw Bouwmeester vroeg of wij het risico op risicoselectie kunnen meenemen in het onderzoek naar extra risico's van het risicodragend maken van zorgverzekeraars. Ik doe het onderzoek niet zelf; dat doet de NZa. Ik vraag of de NZa daar rekening mee kan houden. Dan hoor ik wel of het kan en zo niet, waarom niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor de toezegging dat de Minister het gaat vragen. Het is natuurlijk een zelfstandig bestuursorgaan (zbo). Zonder gekheid: wanneer kan de Kamer de uitkomsten van het onderzoek verwachten, stel dat de NZa het meeneemt?

**Minister Schippers:** Het rapport van de NZa komt in mei.

Mevrouw Dijkstra vroeg hoe ik weet dat er geen indirecte risicoselectie plaatsvindt, bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering. We zijn het eens over het feit dat er geen gelijk speelveld is. Daarom heb ik gekozen voor een forse nacalculatie en heb ik maar een klein stapje gezet. Het is niet zo dat ex-ante helemaal niets doet, maar het doet onvoldoende. De NZa monitort of er op basis daarvan risicoselectie plaatsvindt. Ik heb al eerder toegezegd dat de NZa ook kijkt naar indirecte risicoselectie en dit zal monitoren.

De ene vraag van mevrouw Leijten heb ik al beantwoord. De andere was of ik bij V&V niet ook 100% moet nacalculeren. Ik vind dit in tegenspraak met de Zvw. Je hevelt iets over naar de Zvw, omdat je denkt dat zorgverzekeraars in hun inkoop scherp op kwaliteit en prijs letten. Als je 100% nacalculatie doet, heb je de prikkel daartoe weggenomen. Ik vind dat je dit alleen moet doen in situaties waarin je niet anders kunt. Dat is bij V&V

niet het geval. Daar kunnen we het wel een klein beetje. We doen in mijn ogen ook niet meer dan een klein beetje.

De **voorzitter**: Dank voor de beantwoording van de Minister in tweede termijn. Ik heb een aantal toezeggingen genoteerd. Op voorhand verwijs ik daarbij naar het verslag. Ik vat de toezeggingen samen op de wijze zoals ik ze heb gehoord, maar het verslag is leidend met hetgeen door de Minister is aangegeven. Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd:

- De Kamer ontvangt de achterliggende technische rapporten.
- Het ex-antevereveningsmodel voor de ggz komt binnen een jaar naar de Kamer.

Minister **Schippers**: Nee, ieder jaar in juni komen alle ex-antemodellen naar de Kamer. Dat is standaard.

De **voorzitter**:

- Het ex-antevereveningsmodel komt zoals ieder jaar in juni naar de Kamer.
- In het voorjaar ontvangt de Kamer een evaluatie van het afschaffen van de macro-nacalculatie in de jaren 2012 en 2013, waarbij de Minister heeft benadrukt dat het de voorlopige cijfers betreft. Het is een uitgebreide toezegging, waarvoor ik graag naar het verslag verwijs.
- De Kamer ontvangt de evaluatie waarnaar mevrouw Bouwmeester vroeg. Deze wordt in mei 2015 verwacht.

Dit zijn de toezeggingen zoals ik ze heb gehoord en genoteerd. Ik kijk naar de Kamer of er behoefte is aan een VAO. We zouden bezien in hoeverre dat gecombineerd kan worden met het vorige algemeen overleg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil een VAO aanvragen, onder andere over de nacalculatie op de wijkverpleging en over het eerdere algemeen overleg over de Zvw. Mijn voorstel is deze twee samen te voegen. Mijn fractie wil een motie indienen over zorgmijders. Die had ik al eerder aangekondigd.

De **voorzitter**: Dat klopt. Daar heb ik het vorige debat mee afgesloten. We vragen een VAO aan met een gecombineerde titel, met als eerste spreker mevrouw Leijten. Ik dank de Minister voor de beantwoording en de ambtenaren voor de ondersteuning daarbij. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng, iedereen op de publieke tribune en degenen die op een andere wijze dit debat gevolgd hebben.

Sluiting 18:38 uur.

## **Volledige agenda**

1. *Toezegging over een gesprek met huisartsen over selectieve inkoop.  
Kamerstuk 29 689-497 – Brief regering d.d. 12 maart 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
2. *Antwoorden op vragen van de commissie over de reactie op een brief over het niet meer vergoeden van dyslexiezorg via remedial teacher met Master Special Educational Needs (MSEN) per 2014.  
Kamerstuk 31 765-87 – Brief van regering d.d. 27 maart 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
3. *Transparantie bij publicatie van de premie 2014.  
Kamerstuk 29 689-504 – Brief regering d.d. 25 maart 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
4. *Reactie op verzoek van het lid Kuzu over het onder druk zetten van zorginstellingen door het verplichten van een screeningsinstrument door zorgverzekeraars.  
Kamerstuk 29 689-500 – Brief regering d.d. 18 maart 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
5. *Aanbieding van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de naleving van de acceptatieplicht.  
Kamerstuk 29 689-511 – Brief regering d.d. 1 mei 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
6. *Nadere informatie over recht op gecontracteerde zorg.  
Kamerstuk 32 620- 120 – Brief regering d.d. 2 juni 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
7. *Reactie op het rapport van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) over de Acceptatieplicht.  
Kamerstuk 29 689-517 – Brief regering d.d. 27 mei 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
8. *Antwoorden op vragen van de commissie over de monitor Zorginkoop 2014 van de NZa.  
Kamerstuk 29 689-520 – Brief regering d.d. 3 juni 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
9. *Kabinetsreactie op het IBO-rapport «Grensoverschrijdende zorg».  
Kamerstuk 29 689-530 – Brief regering d.d. 27 juni 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
10. *Toezicht- en handhavinginstrumentarium Nederlandse Zorgautoriteit en reactie op de motie van de leden Bouwmeester en Bruins Slot over de inzet van dit instrumentarium van NZa en ACM.  
Kamerstuk 28 828-71 – Brief regering d.d. 10 juli 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
11. *Stand van zaken kostenbewustzijn.  
Kamerstuk 29 689-534 – Brief regering d.d. 2 juli 2014 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*12. Onderzoeken naar verhoging eigen risico en zorgmijding.  
Kamerstuk 29 689-533 – Brief regering d.d. 2 juli 2014 Minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers*

*13. Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014  
Kamerstuk 29 689-539 – Brief regering d.d. 3 september 2014 Minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*14. Informatie over de uitspraak van de voorzieningenrechter m.b.t. het  
Europees aanbesteden van zorginkoop  
Kamerstuk 32 805-31 – Brief regering d.d. 18-09-2014 Minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*