

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 20 juni 2017 inzake Risicoverevening 2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 833).

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>8</b>

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de voorgenomen aanpassingen in de risicoverevening voor de Zorgverzekeringswet. Deze leden zijn van mening dat het risicovereveningsmodel continu verbeterd kan en moet worden om doelmatigheid te bevorderen, prikkels voor risicoselectie verder weg te nemen en een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te behouden. Zij steunen mede daarom de inzet op de verbetering van de compensatie voor chronisch zieken. Genoemde leden hebben echter nog enkele vragen over de voorgenomen aanpassingen.

#### *Voorgenomen verbeteringen risicoverevening per 2018*

De leden van de VVD-fractie lezen in de brief van de Minister dat zij voornemens is om een nieuwe klasse, te weten meerjarig lage kosten, te introduceren om de overcompensatie op gezonde verzekerden verder terug te dringen. Ongeveer 50% van alle verzekerden kan worden aangemerkt als «gezonde verzekerde». Deze leden krijgen signalen dat het om een bedrag oplopend tot 2 miljard euro kan gaan. Zij vragen de Minister of in dit kader is onderzocht wat de effecten van deze verschuiving kan zijn op de nominale premie. Is bijvoorbeeld bekend wat de afname van de prikkel bij zorgverzekeraars om overstapbereide, vaak relatief gezonde verzekerden te werven voor effect kan hebben op de nominale premie? Wat is daarvan het verwachte effect op de concurrentie tussen verzekeraars? Is daarnaast gekeken naar de financiële risico's voor kleinere verzekeraars dan wel zorgverzekeraars die zich richten op een specifieke populatie, waar mee- en tegenvallers meer afwijken van het gemiddelde en aanpassingen een groter effect kunnen hebben? Is in het verlengde hiervan bekend wat het effect is op het bereiken van een gelijk speelveld voor verzekeraars?

Waarop is de verwachting gebaseerd dat er zeer beperkte prikkels aanwezig zijn voor strategisch gedrag van verzekeraars? De werkelijk gemaakte kosten, waarop het kenmerk meerjarig lage kosten wordt gebaseerd, kunnen ook het gevolg zijn van efficiënte zorginkoop of praktijkvariatie. Vindt de Minister het wenselijk dat verzekerden met eenzelfde zorgvraag en gezondheidstoestand een lagere vereveningsbijdrage kunnen krijgen als hun zorgverzekeraar efficiënt inkoop en dus onder het drempelbedrag blijft? Of in het geval dat zij een restitutiepolis hebben en (duurdere) niet-gecontracteerde zorg gebruiken een hogere bijdrage zullen ontvangen?

De Minister is voornemens een wijziging door te voeren met betrekking tot de kosten voor wijkverpleging. Zo zullen verzekeraars meer compensatie krijgen voor kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben. De leden van de VVD-fractie steunen deze verbetering. Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat het op dit moment niet mogelijk is het VGG-kenmerk te vervangen voor een kenmerk gebaseerd op cliëntprofielen waardoor het model nog beter zou kunnen gaan werken. Kan de Minister aangeven welke aanbevelingen zijn gedaan voor vervolgonderzoek? Welke van deze aanbevelingen zullen worden overgenomen? Wanneer verwacht de Minister meer duidelijkheid over eventuele nieuwe kenmerken die de verevende werking verbeteren? Heeft het uitblijven van een geschikt

nieuw (inhoudelijk) kenmerk effecten voor de nominale premie voor het jaar 2018?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot de risicoverevening per 2018. Deze leden onderschrijven het belang van aanpassingen aan het vereveningsmodel maar hebben nog enkele aanvullende vragen. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd in hoeverre verzekerden iets gaan merken van de voorgestelde verbeteringen? Verwacht de Minister een ander aanbod van de zorgverzekeraars of andere vormen van dienstverlening? Deze leden willen weten hoe de Minister dit ziet en willen graag een uitgebreide toelichting.

De leden van de PVV-fractie vragen of de aanpassingen geen premie opdrijvend effect hebben aangezien zorgverzekeraars voor grote aantallen verzekerden geconfronteerd gaan worden met onzekerheid over het verwachte vereveningsbudget. Invoering van het criterium meerjarig lage kosten (MLK) betekent een wijziging in de verdeling van het ex ante budget van ongeveer 2 miljard euro. Is onderzocht wat hiervan de gevolgen zijn voor het gelijke speelveld tussen de zorgverzekeraars en is hierbij ook speciaal gekeken naar de gevolgen voor kleine zorgverzekeraars?

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen dat met de invoering van de MLK doelmatig inkopen door de zorgverzekeraars niet langer gestimuleerd wordt. De prikkel om de kosten laag te houden zou kunnen verdwijnen omdat het leidt tot minder vereveningsbudget. Om de MLK-afslag te voorkomen zou het zelfs kunnen lonen om eenmaal in de drie jaar hogere kosten te maken. Hoe verhoudt zich dit tot het algemeen belang om de zorgkosten te beheersen?

De leden van de PVV-fractie maken zich tevens zorgen over het effect van het MLK-criterium op de «gezonde verzekerden». Deze groep wordt hiermee verliesgevend. Wordt het probleem van de verliesgevende ongezonde verzekerden niet gewoon verschoven naar de nieuwe groep van jonge en gezonde verzekerden? Deze leden twifelen of dit wel de juiste oplossing is voor het probleem en willen aandringen op meer onderzoek naar de effecten op de groep gezonde verzekerden voordat het MLK-criterium wordt ingevoerd.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de door de Minister voorgestelde aanpassingen aan de risicoverevening die zij van plan is per 2018 door te voeren. Deze leden hebben hier de volgende vragen bij.

#### *Algemeen*

De leden van de CDA-fractie stellen dat nu zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn geworden, het belang van de voorspellende waarde van het model alleen maar is toegenomen. Deelt de Minister de mening dat kleine zorgverzekeraars per definitie minder marktconforme populaties hebben en daardoor gevoeliger zijn voor aanpassingen in de risicoverevening?

De leden van de CDA-fractie vragen wat de extra onzekerheid rond de wijzigingen in de risicoverevening voor zorgverzekeraars betekent met betrekking tot het vaststellen van de premie voor 2018. Kan de Minister aangeven of deze aanpassing een premie opdrijvend effect heeft?

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre in de aanpassing van de risicoverevening onderzocht wordt wat de impact is van de budgetverschuiving op de zorgverzekeringsmarkt?

Kan de Minister aangeven wat de invoering van de wijzigingen betekent voor een kleine verzekeraar met merendeel gezonde verzekerden?

Genoemde leden vragen bijvoorbeeld wat de impact is bijvoorbeeld een Zekur of een Ditzo? Wat verwacht u dat er zal gebeuren met de prijsstelling van budgetpolissen en het aanbod gericht op gezonde verzekerden?

Voor mensen die langdurig zorg nodig hebben zijn ook kosten van zorg en zorgverzekering belangrijk. Zij kunnen baat hebben bij een (collectieve) verzekering waarin ook aandacht is voor preventie, toegang tot goede beweeg- en mondzorg en compenseren van het eigen risico. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven in hoeverre de voorgestelde verbeteringen het aanbod van deze verzekeringen stimuleren.

Kan de Minister een overzicht geven van de gevolgen op korte-, middellange- en lange termijn voor de verklarende werking van het risicovereveningsmodel op totaalniveau en per individuele zorgverzekeraar?

Tot nu toe herkennen weinig mensen met een langdurige zorgvraag zich in de advertenties van zorgverzekeraars. De leden van de CDA-fractie vragen of we met de voorgestelde verbeteringen mogen verwachten dat zorgverzekeraars zich in de overstapcampagne komend najaar duidelijker profileren op aantrekkelijke zorgverzekeringen en dienstverlening voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.

#### *Meerjarig Lage Kosten (MLK)*

De Minister introduceert een klasse voor gezonde verzekerden om de overcompensatie voor gezonde verzekerden sterk te verminderen. De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat dit een wijziging in de verdeling van het ex ante budget van ongeveer 2 miljard euro betekent. Zo nee, wat is dan de wijziging in de verdeling van het ex ante budget? Zo ja, is in dit kader onderzocht wat de gevolgen zijn voor het gelijke speelveld tussen de negen zorgverzekeraars? Kunt u de resultaten van dat onderzoek geven?

Kan de Minister aangeven hoe de invoering van de meerjarig lage kosten (MLK) bijdraagt aan doelen van de risicoverevening? Kan de Minister aangeven welke prikkels door de invoering van de meerjarig lage kosten (MLK) ontstaan, maar ook welke prikkels worden weggenomen?

Meerjarig lage kosten (MLK) is een vereveningskenmerk gebaseerd op historische kosten. Waar andere kostengerelateerde vereveningskenmerken maximaal 2,5% van de populatie raakten, raakt dit kenmerk ongeveer 50% van de verzekerdenpopulatie. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister in dit verband aankijkt tegen de toepassing van een kostengerelateerd vereveningskenmerk met een dergelijk ongebruikelijk grote reikwijdte.

Onlangs werd de komst van een buitenlandse speler aangekondigd die de Hoger Opgeleiden/Promovendum van Coöperatie VGZ gaat overnemen.<sup>1</sup> De leden van de CDA-fractie vragen of door de introductie van meerjarig lage kosten en de uitbreiding voor het kenmerk van hoger opgeleiden deze verzekeraar wordt geconfronteerd met hogere toetredingsdrempels. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven op welke wijze binnen het risicovereveningsmodel de MLK correctie gaat plaatsvinden? Kunnen de gevolgen voor het budgetresultaat van de introductie van het kenmerk «gezonde verzekerden» voor de individuele verzekeraars

<sup>1</sup> Financieel Dagblad, «Voor het eerst in ruim tien jaar een nieuwe zorgverzekeraar in Nederland» (6 juli 2017).

(anoniem) worden aangegeven en een verklaring worden gegeven voor ontstane verschillen?

Omdat meerjarig lage kosten een kenmerk is dat gebaseerd is op werkelijk gemaakte kosten, spelen aanbodfactoren als polistype, efficiënte zorginkoop en praktijkvariatie een rol in de toekenning van het budget.

Immers, een populatie die meer kosten maakt, zal minder vaak te maken krijgen met de MLK-afslag. De leden van de CDA-fractie vragen of het terecht en wenselijk is dat verzekerden met eenzelfde zorgvraag en gezondheidstoestand een lagere vereveningsbijdrage zouden krijgen, bijvoorbeeld als hun zorgverzekeraar efficiënt zorg inkoop? Of juist meer als zij bijvoorbeeld een restitutiepolis hebben en duurdere niet-gecontracteerde zorg gebruiken? Graag een reactie van de Minister.

De afgelopen jaren is er door zorgverzekeraars en overheid veel inspanning gepleegd om zorgaanbieders te stimuleren om doelmatig en rechtmatig te declareren. Wat zijn de verwachtingen van de Minister ten aanzien van de inspanningen voor doelmatig en rechtmatig declareren, als dat kan leiden tot minder vereveningsbudget, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De introductie van MLK en de daarbij voorgestelde drempel maakt het (financieel) aantrekkelijk als bepaalde grote groepen verzekerden meer kosten maken. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit zich verhoudt tot het algemeen belang om zorgkosten te beheersen.

Grote aantallen verzekerden zullen straks net boven of net onder de drempelwaarde van de MLK-afslag kosten hebben gemaakt. Verwacht de Minister dat de premies extra zullen stijgen als zorgverzekeraars voor grote aantallen verzekerden worden geconfronteerd met onzekerheid over het verwachte vereveningsbudget?

De Minister benoemt in haar brief dat een betere compensatie van chronisch zieken een wens is om zodoende voor hen het polisaanbod, en waar mogelijk de zorg, te verbeteren. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister in dit kader het verdwijnen van de prikkel om de kosten voor (groepen van) chronisch zieken laag te houden (onder de drempelwaarde) beoordeelt? Kan het zijn dat deze prikkel omdraait? Immers, (tenminste) eenmaal in de drie jaar hogere kosten maken voorkomt dat een MLK-afslag wordt toegepast.

#### *Resultaten onderzoeken risicoverevening*

Het criterium meerjarig lage kosten (MLK) staat niet genoemd in het onderzoeksprogramma 2016 – 2017. Wel wordt in speerpunt D (Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd) een onderzoek naar «gezonde verzekerden» genoemd. De leden van de CDA-fractie vragen of het criterium MLK voortkomt uit dit onderzoek naar «gezonde verzekerden»? Kan de Minister aangeven welk deel van de voorgenomen onderzoeken in het onderzoeksprogramma 2016 – 2017 zijn afgerond? Welke onderzoeken zijn nog niet afgerond?

Het onderzoek spreekt over veel heterogeniteit in de groep verzekerden met een MLK-afslag, waarmee geïndiceerd wordt dat er straks nieuwe verliesgevendende groepen ontstaan binnen de groep «hele gezonde verzekerden». De leden van de CDA-fractie vragen of we dit effect moeten beschouwen als een verschuiving van het (mogelijke) probleem van een te lage vereveningsbijdrage van ongezonde naar gezonde verzekerden. Kan het zijn dat een dergelijke verschuiving een groter probleem oplevert dan het oorspronkelijke probleem waar het voorstel een oplossing voor beoogt te bieden?

De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) adviseert om nader onderzoek te doen naar het effect op specifieke groepen verzekerden dat invoering van het nieuwe kenmerk zou hebben. Zou het niet zorgvuldiger zijn om nader onderzoek te doen voordat tot invoering kan worden besloten?

### *Overige aanpassingen risicoverevening*

De Minister geeft aan dat één onorthodox verdeelcriterium, gebruik van geriatrie revalidatiezorg in het voorgaande jaar, vervalt. De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken is bij de overige onorthodoxe verdeelcriteria.

Bij de genoemde verbeteringen ontbreekt toelichting op wat mensen met een langdurige zorgvraag bij het kiezen van een zorgverzekering en bij het regelen van hun zorg zullen merken van de verbeteringen. Kan de Minister toelichten hoe de voorgestelde verbeteringen zorgverzekeraars stimuleren tot het aantoonbaar inkopen van goede zorg en het bieden van goede dienstverlening aan mensen die langdurig zorg nodig hebben? Hoe gaat de Minister dit monitoren?

### **Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de verbeteringen risicoverevening 2018. Deze leden zijn blij met de beoogde verbeteringen die ten goede komen voor verzekerden met chronische ziekte(n). Zij hebben daar nog de volgende vragen en opmerkingen bij.

#### *Achtergrond en het proces*

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat zorgverzekeraars zoveel mogelijk rekening moeten houden met het inkopen van de kwalitatief beste zorg voor hun verzekerden. Daarbij vinden zij het van groot belang dat verzekerden met chronische aandoeningen worden betrokken bij de zorginkoop om zo de kwalitatief beste zorg te garanderen. Daarom vragen zij of onderzocht kan worden wat de effecten zijn van risicoverevening als er nog meer wordt gecompenseerd voor het binnenhalen van chronisch zieken in plaats van gezonde verzekerden. De leden van de GroenLinks-fractie erkennen dat er vorig jaar goede stappen zijn gezet om compensatie van chronisch zieken te verhogen, maar zij vragen of dit nog verder kan worden doorgezet. Worden verzekeraars nu bijvoorbeeld geprikkeld om gezonde verzekerden in plaats van chronisch zieken binnen te halen?

#### *Voorgenomen verbeteringen risicoverevening per 2018*

De leden van de GroenLinks-fractie zijn verheugd over de voorgenomen verbeteringen voor verzekerden met (meerdere) chronische aandoeningen en voor kinderen met een intensieve zorgvraag. Kan de Minister daarbij nader toelichten hoe deze groepen profiteren van de voorgestelde verbeteringen? Worden zorgverzekeraars gestimuleerd tot het aantoonbaar inkopen van goede zorg en het bieden van goede dienstverlening aan mensen die langdurig zorg nodig hebben? Hoe gaat de Minister dit monitoren? Kan de Minister daarbij aangeven welke risico's kleine verzekeraars gaan lopen door de invoering van meerjarig lage kosten (MLK)? Wat wordt de plek van de Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) als de MLK niet doorgaat?

Voorts vragen deze leden of deze beoogde verbeteringen leiden tot een breder aanbod van polissen en aanvullende verzekeringen voor chronisch zieken. Kan de Minister toelichten of gemeenten en verzekeraars hierdoor meer zogenaamde gemeentepolissen aan kunnen bieden, waar verzekerden met lage inkomens gebruik van kunnen maken? Daarbij vragen deze leden welke zorg er mogelijk gecontracteerd kan worden voor hen. De leden van de GroenLinks-fractie vinden het onwenselijk dat zorgverzekeraars voornamelijk adverteren voor gezonde verzekeraars. Zij wijzen daarbij op de prikkel die er nog steeds is voor zorgverzekeraars om zoveel

mogelijk gezonde verzekerden binnen te halen. Zullen met deze beoogde verbeteringen advertenties en reclames voor het binnenhalen van verzekerden zich meer richten op chronisch zieken en verzekerden met een langdurige zorgvraag? In hoeverre betekent deze wijziging een verbetering voor ouderen en chronisch zieken?

Tot slot vragen genoemde leden of met deze beoogde verbeteringen zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn in 2018. Welke verbeteringen zijn er volgens de Minister nog nodig om het risicovereveningsmodel volledig te laten werken? Is daarbij het label «gezond» en «on gezond» niet te rigide? Zijn er nog andere onderscheidingsgronden te bedenken? Hoe gaan de verschillen tussen gezonde verzekerden beter in kaart worden gebracht en vervolgens geplaatst in de risicoverevening? Wat is het effect van de modelaanpassingen op kleine zorgverzekeraars en zorgverzekeraars met een specifieke populatie? Welke onderzoeken hebben nog invloed op de voltooiing van het risicovereveningsmodel? Wat zijn de gevolgen op korte-, middellange- en lange termijn voor de verklarende werking van het risicovereveningsmodel op totaalniveau en per individuele zorgverzekeraar? Zijn er verschillen tussen grote en kleine zorgverzekeraars hierbij? Welke aanpassingen in de toekomst ziet de Minister nog voor zich? Daarnaast constateren de leden van de GroenLinks-fractie dat lage kosten worden meegenomen in het risicovereveningsmodel. Zij vragen waarom het nu wel wenselijk is, in tegenstelling tot eerdere jaren?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van de brief van de Minister over risicoverevening 2018. De leden benadrukken dat zij risicoverevening zien als een noodzakelijk lapmiddel om in het huidige stelsel, waarin marktwerking en concurrentie leidend zijn, te voorkomen dat zorgverzekeraars alleen gezonde mensen willen verzekeren. De leden van de SP-fractie benadrukken dat risicoselectie effectiever vermeden kan worden door de perverse prikkels die uitgaan van marktwerking en de bijbehorende concurrentie tussen zorgverzekeraars, te elimineren uit de zorg. Echter, zo lang het huidige stelsel er nog is, achten deze leden de verbeteringen in de ex-ante risicoverevening van belang om te voorkomen dat zorgverzekeraars mensen die vaak ziek zijn zullen weren. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat ex post compensatie niet verder kan worden afgebouwd en moet blijven bestaan om de tekortkomingen van de ex ante vergoeding te compenseren. Zij constateren dat er ondanks de verbeteringen nog steeds geen vereveningsmodel is dat risico's uitsluit. Genoemde leden hebben daaromtrent de volgende vragen.

#### *Voorgenomen verbeteringen risicoverevening per 2018, somatisch model*

De leden van de SP-fractie constateren dat de Minister ervoor kiest om gezonde verzekerden met meerdere jaren relatief lage kosten (MLK) als een nieuwe klasse in het meerdere jaren hoge kosten (MHK)-criterium mee te nemen. De achterliggende gedachte is dat verzekeraars op dit moment overgecompenseerd worden voor gezonde verzekerden. Het is de leden van de SP-fractie niet duidelijk wat de effecten van deze aanpassing zullen zijn en daarover hebben zij de volgende vragen. Kan de Minister uiteenzetten waarom juist nu gekozen wordt voor een verschuiving van ongeveer 2 miljard euro in het ex ante budget voor risicoverevening? De leden van de SP-fractie vragen de Minister naar de gevolgen van de verschuiving van het ex ante budget voor de verzekeraars. Zijn de verzekeraars goed ingelicht over de effecten van deze verschuiving? Behouden grote en kleine verzekeraars een gelijke uitgangspositie na deze budgettaire verschuiving? Zijn de effecten van deze budgettaire wijziging hetzelfde voor grote en voor kleine verzeke-

raars? Zo ja, kan de Minister dit toelichten en zo nee, kan de zij uiteenzetten wat het verschil in effect is? Heeft de budgettaire verschuiving effect op de hoogte van de premie?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de Minister de onorthodoxe verdeelcriteria niet per 1 januari 2019 voor de wijkverpleging en de ggz moeten laten vervallen, zolang er nog geen goede inhoudelijke criteria voor risicoverevening zijn ontwikkeld. Kan de Minister aantonen wat de stand van zaken is ten aanzien van de ontwikkeling van deze goede inhoudelijke criteria voor risicoverevening?

Voorts constateren de leden van de SP-fractie dat sinds zorgverzekeraars per 1 januari 2017 volledig risicodragend zijn voor de wijkverpleging, er nog geen adequate manier is ontwikkeld om dit mee te nemen in het risicovereveningsmodel. De Minister stelt dat een meer zorginhoudelijk kenmerk tot op heden niet ontwikkeld is, wegens een gebrek aan consensus over het voorspellen van wijkverpleging. Wat gaat de Minister er tot die tijd aan doen om risicoselectie te voorkomen? Deelt de Minister de zorgen van de SP-fractie over de tekortkomingen van het ex ante model voor de wijkverpleging? Betekent dit dat wijkverpleging niet goed geregeld kan worden in de verevening en daarmee niet thuis hoort in de zorgverzekeringswet?

#### *Verbetering GGZ model*

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat het uitstel van het besluit over de overheveling van mensen met een psychische stoornis naar de Wlz betekent voor de voorgestelde verbeteringen van het GGZ model.

#### *Bijlage 1: resultaten onderzoek risicoverevening, evaluatie van het representatief maken van de gegevens*

De Minister stelt dat uit onderzoek blijkt dat de ex ante en ex post geschatte modellen goed overeenkomen en dat de toepassing van de ex post herschatte modellen nauwelijks tot betere resultaten leidt. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij bij de evaluatie en monitoring van de huidige modellen onderscheid kan maken in het effect op de grote en voor de kleine zorgverzekeraars.

## **II. Reactie van de Minister**