

Vergaderjaar 2014–2015

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 555

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 oktober 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 september 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de zorgverzekeringswet.

(De volledige agenda is opgenomen aan het eind 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: Neppérus
Griffier: Teunissen

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

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

Aanvang 13.30 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Wij hebben gisteren in onze procedurevergadering besloten om vandaag niet te spreken over de brieven over de risicoverevening. Dat komt over een paar weken. Dat zit inmiddels in de planning. Wij praten wel over de andere punten. Ik heet de Minister en degenen die haar ondersteunen van harte welkom. Elke fractie krijgt vijf minuten spreektijd en twee interrupties.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Na acht jaar Zorgverzekeringswet is er voor mijn fractie maar één conclusie mogelijk: de ingezette marktwerking is ontspoord. De reden hiervoor is dat dit kabinet de zorgverzekeraar de absolute macht heeft gegeven. Vier grote zorgverzekeraars hebben de markt onderling grotendeels verdeeld en voeren een waar schrikbewind. Ik geef een paar voorbeelden. Kleine zorgaanbieders met een lage omzet worden bij voorbaat niet gecontracteerd. Eerstelijnsaanbieders mogen tekenen bij het kruisje. Ggz-aanbieders moeten werken via de door de zorgverzekeraar ontwikkelde screeninginstrumenten. Patiënten worden met goedkope polissen of doelgroepolissen gelokt en komen bedrogen uit als ze plots zorg nodig hebben die niet gecontracteerd is of als het omzetplafond bereikt is. Wil de Minister de zorgaanbieders tegemoetkomen door onderhandelingen met de zorgverzekeraar via de beroepsverenigingen toe te staan? Dit zou hun positie ten opzichte van de machtige zorgverzekeraars verstevigen. De Minister komt de zorgverzekeraars namelijk wel keer op keer tegemoet met wetgeving en maatregelen. Ik geef een paar voorbeelden. Met het macro-beheersinstrument roomt zij overschrijdingen af bij zorgaanbieders maar niet bij zorgverzekeraars. Ze rekt het medisch beroepsgeheim op zodat zorgverzekeraars meer inzicht in medische gegevens krijgen. Ook schaft zij de vrije artskeuze af waardoor de zorgverzekeraars de leiband waar de patiënten aan lopen, nog strakker kunnen aanhalen. Daar komt bij dat de afgelopen acht jaar is verzuimd om de kwaliteit inzichtelijk te maken zodat zorg niet op basis van kwaliteit gekozen en ingekocht kan worden. Dit verzuim heeft de zorg verschaald en verlaagd tot een optelsommetje, waarbij men alleen oog heeft voor de kosten en niet voor de baten.

Kortom, er is helemaal geen zorgmarkt ontstaan. Er is geen gelijk speelveld, er is geen concurrentie tussen zorgverzekeraars en de Autoriteit Consument & Markt heeft alle fusies toegestaan zodat wij met allerlei monopolistische molochen zitten opgescheept. Een recent voorbeeld hiervan is de beslissing van Zorgverzekeraars Nederland om maar één protonencentrum te contracteren. Na een zorgvuldig proces van jaren op basis waarvan er vier vergunningen zijn verleend, besluiten de zorgverzekeraars opeens gezamenlijk om maar één centrum te contracteren. Ik onderstreep het woord gezamenlijk. Ik hoor graag van de Minister hoe het mogelijk is dat zorgverzekeraars dit gezamenlijk besluiten. Wat zegt dit over de marktwerking en de toezichthouder? En wat betekent dit voor patiënten die op protontherapie zijn aangewezen?

Patiënten zijn toch al de underdog van het oogkleppenbeleid van dit kabinet, want als het merendeel van de artsen en de patiëntenorganisaties het om financiële redenen mijden van zorg constateert en de Minister dit in het geheel niet ziet, dan moet er toch sprake zijn van oogkleppen? Met

opnieuw een verhoging van het eigen risico in het vooruitzicht vind ik het onbegrijpelijk dat de Minister dit probleem niet wil inzien. En omdat ze het niet ziet, blijven maatregelen uit. Dit is heel zorgelijk. Daarom wil ik actie. Laten wij niet eerst gaan wachten totdat patiënten zich wegens complicaties melden op de eerste hulp of nog erger. Is de Minister bekend met de reactie van hoogleraar huisartsgeneeskunde Henriëtte van der Horst? Is de conclusie van de hoogleraar soms onjuist? Is ook de conclusie van de voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Steven van Eijck, onjuist? Waarom negeert de Minister de signalen van de huisartsen en kijkt zij alleen maar naar cijfertjes en statistieken uit het verleden? Tot slot, een markt waarin één partij het voor het zeggen heeft, waarin één partij zijn zakken vult en die partij de andere weet kaal te plukken, is een ongezonde markt. De eerste stap om de zorg beter te maken is dan ook de overtollige buffers die de zorgverzekeraars hebben opgepot, terug te laten vloeien naar de premiebetalers. Vorig jaar hebben de vier grote zorgverzekeraars opnieuw een miljardenwinst gemaakt: 10% meer dan in 2012. Vorig jaar hebben deze zorgverzekeraars zichzelf opnieuw meer salaris uitbetaald. Dit is allemaal premiegeld, dat is bedoeld voor zorg maar dat is overgebleven. Dit geld moet terug naar de burger. Als dat wettelijk niet mogelijk is, dan moet de wet veranderd worden.

De heer **Rutte** (VVD): Dit is een wat bozig verhaal van mevrouw Klever. Dat kan. Het is in de zorg nergens perfect, ook in Nederland niet, maar aangezien mevrouw Klever zo bozig is, heeft zij vast wel een suggestie van een land in Europa waar het veel beter is. Heeft zij daar een mooi voorbeeld van?

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik zit nu al zo'n twee jaar in de Kamer met de heer Rutte. Hij kan ons er niet van beschuldigen dat wij niet continu met constructieve voorstellen komen om de zorg beter en goedkoper te maken. Ook nu kom ik met concrete voorstellen om de zorg beter en goedkoper te maken. Ik wil mijn inbreng nog wel even herhalen. Daar staan een aantal voorstellen in, maar omwille van de tijd zal ik dat niet doen.

De heer **Rutte** (VVD): Dan concludeer ik dat mevrouw Klever op z'n minst vindt dat er heel veel wel deugt. Anders zou zij wel een land kunnen noemen waar men een stelsel of een systeem heeft dat vele malen beter is dan het onze. Maar dan ik heb nog een vervolgvraag. Een van haar voorstellen klinkt heel sympathiek: inkoop via beroepsverenigingen mogelijk maken. Dat lijkt mooi, maar hoe denkt mevrouw Klever bij inkoop via beroepsverenigingen te regelen dat wij op een goede manier omgaan met de hoeveelheid zorg die geboden moet worden met de prijs die daaraan hangt, bijvoorbeeld in een markt als de ggz, waarin sprake is van overaanbod van zorg? Gaat de beroepsvereniging dan onder haar eigen leden uitmaken wie wel zorg mag verlenen en wie niet?

Mevrouw **Klever** (PVV): Het is goed dat de heer Rutte hiernaar vraagt, want dan heb ik de tijd om dat wat meer uit te leggen. In Nederland hebben wij ook vakbonden, die onderhandelen over de lonen voor hun leden, alleen worden de resultaten, de cao's, dan algemeen verbindend verklaard. Nu lijkt mij dat geen goed plan. De beroepsverenigingen onderhandelen alleen voor de leden die zich aangesloten hebben. En laten wij eerlijk zijn: wij hebben een markt waarin vier grote zorgaanbieders 90% van de markt in handen hebben. Vervolgens zeggen die vier grote zorgverzekeraars: wij kunnen niet met al die duizenden zorgaanbieders apart onderhandelen. Dus voor de zorgaanbieders is het in feite een kwestie van tekenen bij het kruisje. Om een beetje meer evenwicht in die markt te krijgen, zou je moeten toestaan dat de zorgaanbieders zich groeperen en met elkaar mogen onderhandelen om een soort tegenmacht

te bieden tegen de grote macht van de zorgverzekeraars. Dan is er meer sprake van een markt, want nu hebben wij geen marktwerking maar machtwerking.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Klever snijdt een terecht punt aan: er zijn vier grote zorgverzekeraars. Daar kun je allerlei kwalificaties aan geven. Is dat nou een oligopolie of niet? Maar het punt dat erachter zit, is dat er vier sterke grote partijen zijn. Er is een aantal grote zorgaanbieders maar ook een aantal heel kleine. Dus de macht en tegenmacht zijn niet heel eerlijk verdeeld. Dus ik vind het terecht als de PVV zich afvraagt: hoe zorg je ervoor dat je de macht eerlijk verdeelt? Maar als je zegt dat zorgaanbieders met elkaar afspraken maken, dan bestaat het risico dat de prijs omhooggaat en dat degene om wie de zorg draait daarvan de dupe wordt, namelijk de patiënt, die echt de zwakste positie heeft. Is mevrouw Klever het met mij erover eens dat artsen hun informatie juist moeten delen met patiënten, zodat die sterk worden en ook tegenwicht kunnen bieden tegen onder andere de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Klever** (PVV): De ideale situatie is natuurlijk dat wij inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg. Het hele idee van de marktwerking was immers dat zorgverzekeraars gingen inkopen op basis van kwaliteit. Nu hebben wij acht jaar de Zorgverzekeringswet en is er nog steeds geen inzicht in de kwaliteit. Er wordt dus alleen maar op prijs ingekocht. Bijvoorbeeld: Achmea contracteert geen kleine zorgaanbieders met een omzet van minder dan € 150.000. Dat heeft helemaal niets met kwaliteit te maken. Daar gaat het natuurlijk om. Nieuwe toetreders worden zo ook belemmerd. Dus het gaat niet alleen om de prijs. Wij willen zorg van goede kwaliteit tegen een lage prijs; die combinatie. Wij willen niet alleen maar een lage prijs.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat zijn we met elkaar eens. We willen de beste zorg voor een eerlijke prijs, maar dat bereik je niet door alleen te zeggen dat de zorgaanbieders met elkaar een vuist mogen maken tegen de zorgverzekeraars, want dan kunnen bijvoorbeeld alle tandartsen zeggen: wij gaan de prijs verhogen. Dan gaan ze vechten met de zorgverzekeraars. Dan is de patiënt de lachende derde. De oplossing is dat je de positie van de patiënt versterkt, zodat die tegenwicht kan bieden en die kan bepalen wat kwaliteit is. De patiënt wordt stelselmatig uitgesloten en bovendien dom gehouden. Die moet je dus in de positie brengen om tegenwicht te kunnen bieden. Volgens mij kunnen wij elkaar op die manier beter vinden dan wanneer wij de macht gaan verplaatsen naar de aanbieders, want dan heeft de patiënt er nog niks aan.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik kan mevrouw Bouwmeester niet helemaal volgen. De zorgverzekeraars hebben te veel macht. Daar zijn wij het over eens. De bedoeling is dus dat er wat meer macht gaat naar de arts en naar de patiënt. Ik kom met een voorstel om de artsen zich te laten groeperen en om ze toe te staan om met elkaar te onderhandelen. Ik zie echter niet waar mevrouw Bouwmeester heen wil gaan als zij zegt de patiënt in te willen zetten. De patiënt heeft geen inzicht in de kwaliteit. Dat is nou juist het grote probleem hier. De kwaliteit is nog steeds niet meetbaar in ons zorgstelsel. Dat is een terecht punt. Wij hebben ook al meerdere keren aangekaart bij de Minister dat wij ervoor moeten zorgen dat de kwaliteit inzichtelijk is, maar de kwaliteit is helaas niet inzichtelijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Gezondheid is ons kostbaarste bezit. Daarom moeten mensen erop kunnen vertrouwen dat ze in geval van ziekte goede zorg krijgen, dat ze op basis van kwaliteit kunnen kiezen en dat de zorg toegankelijk en betaalbaar is. Maar helaas is nog te veel informatie over de kwaliteit van zorg verstopt voor de patiënt

en wordt de patiënt bewust dom gehouden. Er wordt te veel geld verspild en er blijft een risico op beperkte toegang tot de zorg. Over deze onderwerpen wil ik het vandaag hebben.

Ik begin met de kwaliteit. Er is heel veel inzicht in kwaliteit, alleen wordt die niet gedeeld. Er worden wel stappen gezet. De Minister heeft een stappenplan gestuurd over transparantie van kwaliteit, maar er moet nog een marathon worden gelopen om het einddoel te halen. Ik geef twee recente voorbeelden uit de pers. Het eerste komt uit Het Parool. Een onderzoek laat zien dat ziekenhuizen niet investeren in het openbaar maken van de kwaliteit van zorg, maar heel erg bezig zijn met pr en hun imago, waarmee ze de patiënten willen helpen. Ze zijn bezig met marketing, het kwaliteitsimago en zichzelf maar niet met de patiënt. Hoe oordeelt de Minister daarover?

Een ander punt gaat over de brief die de Minister heeft gestuurd naar aanleiding van een artikel in de Groene Amsterdammer: het zorgkosten-debacle. In de brief van de Minister staat tot twee keer toe: de zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken afspraken over de kwaliteit van zorg. Daar maken wij ons grote zorgen over, want wie kan er nou het beste oordelen over de kwaliteit? Dat is de patiënt, maar die wordt weer aan de kant gedrukt, want de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar bepalen het, terwijl de kwaliteit wat ons betreft wordt bepaald door de uitkomst van de behandeling in combinatie met de ervaring van de patiënt, om te voorkomen dat je de situatie krijgt: operatie geslaagd, patiënt overleden. Dat is dus niet goed.

De signalen over zorgmijders als gevolg van de eigen betalingen baren ons grote zorgen. Iedereen heeft recht op goede zorg onafhankelijk van de dikte van de portemonnee. De signalen van huisartsen over zorgmijders nemen wij zeer serieus, maar in de beantwoording van Kamervragen van de PvdA-fractie hierover lijkt het erop dat de Minister dat anders ziet. Wij willen graag dat de Minister in gesprek gaat met zorgaanbieders en huisartsen en dat zij achterhaalt waar het verschil van inzicht in zit, want de een zegt ja en de ander zegt nee. Wij willen ook weten over welke specifieke groepen het gaat. Er loopt ook nog een los onderzoek van de Minister naar zorgmijdingen door eigen betalingen. Wanneer komt dat onderzoek naar de Kamer?

Mevrouw **Leijten** (SP): Toen het eigen risico verhoogd werd naar € 350 was de Partij van de Arbeid daar faliekant tegenstander van. Dat is terecht in de ogen van de SP, omdat een financiële drempel nooit mag worden opgeworpen voor mensen die zorg nodig hebben. Dat zijn bijna de letterlijke woorden van mevrouw Bouwmeester. De Minister kondigt wel onderzoeken aan naar de gevolgen van het eigen risico en zorgmijding, maar ze levert geen onderzoeken af en houdt de Kamer al meer dan anderhalf jaar aan het lijntje. Zou het een goed idee zijn om het eigen risico niet verder te verhogen, totdat de Minister heeft aangetoond dat er geen causaal verband is?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat voorstel klinkt sympathiek, maar als je niet weet of het zo is, kun je dus nog niets doen. Dat is precies de impasse waar wij in zitten. Huisartsen zeggen: wij maken ons grote zorgen, want wij krijgen bepaalde signalen. De Minister zegt: ik zie dat anders. Wij kunnen hier wel gaan steggelen over de vraag of het wel of niet zo is, maar het is de Partij van de Arbeid een lief ding waard dat de dialoog wordt aangegaan. Waar komen de signalen van de huisartsen vandaan? Over welke mensen gaat het? Wat voor inkomens hebben die mensen? Wat zijn de mogelijke oorzaken? Waar moet specifiek op worden ingezet? Zo kunnen wij heel precies maatwerk leveren en weten wij precies over wie het gaat. Maar dat het onderzoek lang loopt en dat dat heel «vervelend» is, om het netjes te zeggen, ben ik zeer met mevrouw Leijten eens.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het een beetje zorgelijk dat de Partij van de Arbeid daar geen conclusies aan verbindt. In mei 2013 hebben wij een groot debat gevoerd in de Kamer. Daar was de heer Otwin van Dijk bij aanwezig. Toen eiste niet alleen de SP-fractie maar ook die van de Partij van de Arbeid, D66 en de PVV – eigenlijk alleen de VVD-fractie niet – snel een goed onderzoek om besluiten te kunnen nemen. Van de zomer hebben wij geen goed onderzoek gekregen. Wij kunnen dus geen besluiten nemen, maar er zijn wel plannen uitgelekt dat het eigen risico weer omhooggaat. Is het, aangezien wij ons Kamerbreed, minus de VVD, zo veel zorgen maken over de gevolgen van het eigen risico voor de toegang tot de zorg, niet verstandig dat wij het eigen risico in ieder geval niet verhogen totdat de Minister kan aantonen dat er geen causaal verband is? Waarom zegt de Partij van de Arbeid daar niet gewoon ja op?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Met de stijging van het eigen risico en een stijging van de eigen premie, die er wel of niet is, stijgt de zorgtoeslag. Daar wordt dus wel degelijk rekening mee gehouden. Maar ik snap het punt van mevrouw Leijten. Wij hadden dat onderzoek eigenlijk van de zomer willen hebben. Dan hadden wij nu een inhoudelijk debat gehad en nu kunnen antwoorden. Alleen, mevrouw Leijten zegt: wij hebben geen onderzoek, dus wij kunnen geen conclusie trekken, maar wij moeten wel alvast wat doen. Ik zou het graag willen, maar het is niet verstandig. Ik wil dat niet om een inhoudelijke reden. Van de huisartsen die hebben gesignaleerd dat het niet goed gaat, wil ik namelijk weten bij wie het niet goed gaat, waarom het niet goed gaat, wat de gevolgen daarvan zijn en om welke medische behandelingen het dan gaat. Ik wil een gedegen oplossing. Wij balen er net zo van als de SP-fractie dat het onderzoek er nog niet is, maar wij willen wel dat er een goed onderzoek komt en goede maatregelen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik deel met mevrouw Bouwmeester dat er goed onderzoek moet komen en dat er een goede oplossing moet komen, maar tegelijkertijd blijkt er op andere plekken al wel meer informatie beschikbaar te zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert namelijk in haar marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 dat het aantal wanbetalers met bijna 10% gegroeid is, omdat het eigen risico is verhoogd. Zou met die gegevens van de NZa al niet een conclusie kunnen worden getrokken over zorgmijding?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat kan niet, want zorg mijden en wanbetalen zijn twee verschillende dingen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een wanbetaler heeft geen geld om zijn premie te betalen. Een zorgmijder heeft geen geld om zijn zorg te betalen. Zou de kans vrij groot kunnen zijn dat wanbetalers misschien dezelfde mensen zijn die zorg mijden omdat ze gewoon geen geld hebben?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Om de woorden van het CDA te herhalen: het zou zo kunnen zijn dat. Die twijfel en die zorg hebben wij ook, maar daarom moet je heel goed bekijken wie mogelijke zorgmijders zijn. Wie zijn het? Waar komen ze vandaan? Wat is hun achtergrond? Wat is hun inkomen? Hoeveel zorgtoeslag krijgen ze? Hoeveel betalen ze netto? Wat blijft ervan over? Bij de wanbetalers kun je een vergelijkbare reeks vragen stellen. Wat doen mensen bijvoorbeeld met de zorgtoeslag? Wat is de verhouding tot de premie? Wat is hun inkomen? Er zijn ook mensen met een relatief hoog inkomen die wanbetaler zijn. Er zijn ook mensen met een laag inkomen die wanbetaler zijn. Wij willen maatwerk om te voorkomen dat mensen wanbetaler worden. Wij hebben daar, uit mijn hoofd, in februari een debat over gehad. Maar dan moet je wel weten wie ze zijn en wat we daaraan gaan doen. Helaas hebben wij net de

uitvoeringstoets gehad van het College voor zorgverzekeringen. Dat zegt: dat maatwerk is heel ingewikkeld. Daar moeten wij het dus nog eens goed over hebben, maar zorgmijding is onder geen geval acceptabel. Wanbetaling is onder geen geval acceptabel en wel om dezelfde reden: het tast de solidariteit in de zorg aan. Iedereen moet toegang hebben tot zorg, maar iedereen moet het ook netjes betalen. Daar moeten wij maatwerk voor leveren. Ik baal net zo als mevrouw Bruins Slot omdat wij die onderzoeken niet hebben, maar ik kan nu niet uit de losse pols doen wat zij voorstelt «als het zo zou zijn dat» en dan nu alvast een voorstel doen. Dat gaat niet. Laten wij het in één keer goed doen en ervoor zorgen dat wij de problemen verhelpen in plaats van snel maatregelen te nemen die misschien helemaal niet aansluiten op de vraag in de samenleving.

Mevrouw **Klever** (PVV): Mevrouw Bouwmeester heeft heel veel woorden nodig om te zeggen dat het een zorg is maar dat ze voorlopig niets gaat doen. Nu krijgen wij signalen van huisartsen. Er wordt hoog opgegeven over de huisartsen in ons systeem als zijnde de poortwachter in de zorg. Het zijn niet de minsten die hier onderzoek naar hebben gedaan, onder andere de NZa. Als je nou zo veel signalen krijgt, zou het dan niet getuigen van goed bestuur om in ieder geval geen onomkeerbare stappen te zetten door het eigen risico nog meer te verhogen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik zal het kort houden: nee.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dus mevrouw Bouwmeester gebruikt heel veel woorden om te zeggen dat ze het zorgelijk vindt, maar ondertussen geeft ze wel steun aan het verhogen van het eigen risico. Ik kan geen andere conclusie trekken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De conclusie is dat het eigen risico wordt gecompenseerd met een zorgtoeslag. Als de een stijgt, dan stijgt de ander mee. De bedoeling is dat iedereen de zorg kan betalen. Daar wordt ook rekening mee gehouden. Dus ik deel de conclusie van mevrouw Klever op geen enkele manier, maar de zorgen en de signalen uit het veld delen wij wel.

Ik was gebleven bij de acceptatieplicht. De NZa signaleert in een onderzoek naar de acceptatieplicht dat er een risico is op risicoselectie doordat er steeds meer premiedifferentiatie wordt aangebracht. Om dit te voorkomen wordt aanbevolen een expliciete wettelijke regeling te maken waarin verder wordt uitgewerkt welke premiekorting wenselijk is en welke niet om ervoor te zorgen dat risicoselectie wordt voorkomen en dat er gelijke toegang is. Wij zijn het zeer met de NZa eens. Wil de Minister deze wettelijke regeling maken?

Dan kom ik op begrijpelijke en eerlijke informatie over de polis. De afgelopen jaren hebben wij geleerd dat informatie over het zorgaanbod in de polis niet altijd even duidelijk, begrijpelijk en volledig is. Dat geldt overigens ook voor de polisvergelijkingssites. Maar liefst drie toezicht-houders zijn dit het afgelopen jaar gaan onderzoeken. Wat zijn de uitkomsten van het onderzoek van de AFM, de ACM en de NZa? Welke aanbevelingen hebben zij gedaan om ervoor te zorgen dat een en ander het komende jaar, vanaf 19 november, beter gaat verlopen? Welke consequenties zijn er indien zorgverzekeraars maar ook de polisvergelijkingssites zich wederom niet aan de regels houden? En wordt er dit jaar extra toezicht gehouden op de informatie voor verzekerden over het budgetplafond? Oftewel: patiënten moeten niet meer worden misleid. Als er staat dat er zorg is ingekocht, dan moeten patiënten ook weten dat ze daar recht op hebben.

Dan kom ik op de dienstverlening van de zorgverzekeraar aan de consument. Veel consumenten weten niet dat dienstverlening, zoals wachtlijstbemiddeling, hulp bij klachten over zorg, actieve informatiever-

strekking over gespreide betalingsmogelijkheden en nog veel meer, geboden zou moeten worden. Het is al jaren bekend dat zorgverzekeraars dit relatief weinig doen en dat Nederlanders dit massaal niet weten, maar toch komen zorgverzekeraars er alsmaar mee weg. Hoe gaat de Minister als systeemverantwoordelijke van tevoren sturen op een beter resultaat? Dan kom ik op de publieke verantwoording door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de taak om zorgvuldig om te gaan met ons aller premiegeld. Verspilling door fraude, praktijkvariatie, moet met kracht worden bestreden. Wij hebben samen met het CDA een motie (33 750-XVI, nr. 26) ingediend om helder te krijgen of zorgverzekeraars doen wat zij moeten doen en op welke manier de NZa hierop toeziet en handhaaft. Wij hebben hierop geen antwoord gekregen. Wij hebben wel een overzicht met allerlei technische informatie gekregen, maar wij vragen ons af of de zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen, want de klachten zijn er al jarenlang. Dat doen ze dus niet, maar wij zien ook niet dat de NZa actie onderneemt. Dat willen wij dus wel zien. Vandaar dat ik alsnog de vraag stel op welke manier de Minister de motie gaat uitvoeren. Tijdens het vorige AO heeft de Minister toegezegd te laten weten in welke mate er publieksvriendelijke en transparante verantwoording in jaarverslagen is gegeven over onder andere de besteding van premiegeld, winst en – daar komt-ie weer; elk algemeen overleg is-tie d'r – het inkomen van de zorgverzekeraars. Vindt de Minister dat dat nu is gebeurd? Wat vindt zij van de laatste inkomensontwikkelingen van de zorgverzekeraars? Dan heb ik nog een vraag over het kortdurend verblijf in de eerste lijn. De zorgverzekeraars zeggen: dat doen wij niet, want wij kunnen het niet. Ik heb ook nog een heel lijstje met dingen die ik tegen zorgverzekeraars zal zeggen: dit moet u eerst doen voordat u gaat klagen. Maar er dreigen mensen tussen wal en schip te vallen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat dat niet gebeurt? Mijn laatste vraag gaat over de protonen. Die vat ik even heel kort samen.

De **voorzitter**: U bent al ver over uw tijd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er is discussie in het veld. De zorgverzekeraars zeggen eenzijdig de afspraken met de zorgaanbieders op. Wie neemt daarin nu de regie? Wat is de rol van NZa als scheidsrechter hierin?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Dinsdag ontvingen wij een marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wat blijkt? De winst is gestegen van € 78 in 2012 naar € 96 in 2013 per afgesloten verzekering. Daartegenover staat een stijging van 9% van het aantal mensen die de zorgpremie niet meer kunnen betalen. Het zijn nu meer dan 320.000 mensen. Wij weten van de zorgverzekeraars dat 800.000 mensen het eigen risico niet kunnen betalen en een betalingsregeling hebben afgesproken. Tegelijkertijd zien wij, zo'n beetje op dezelfde dag, dat de topsalarissen gewoon nog de spuigaten uit lopen. Hoe verklaart de Minister deze twee verschillende berichten op één dag?

Verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen lopen aan tegen plafondafspraken. Lopende behandelingen tussentijds stopzetten mag niet van de Minister, maar dat betekent dus dat de psycholoog die iemand blijft behandelen, dat voor eigen rekening moet doen. Dat is toch raar? Dat zou toch gewoon vergoed moeten blijven worden, ook als er een inkoopplafond bereikt is? Wat gebeurt er met de persoon die een goede relatie heeft met zijn behandelend arts, psycholoog of psychiater en die, nadat het inkoopplafond is bereikt, graag bij zijn vertrouwde behandelaar in therapie wil omdat het niet meer gaat? Zegt de Minister dan: «Oh, u hebt de verkeerde verzekering gekozen. Ga maar naar een andere. De zorgverzekeraar bemiddelt u wel naar de volgende»? Is dat het zorgstelsel dat deze Minister wil?

Ik heb het nu over de geestelijke gezondheidszorg en de inkoopplafonds, maar een en ander geldt ook voor de logopedisten, fysiotherapeuten en voor heel veel anderen. Die trekken ook bij ons aan de bel omdat de zorgverzekeraars zich doof houden voor gewone werkzaamheden die mensen doen. Sterker, de Minister houdt zich er doof voor. Op verschillende bijeenkomsten over hoe er op een goede manier kan worden samengewerkt in de zorg zonder dat er marktverstoring optreedt, is haar de oren gewassen door onder anderen de fysiotherapeuten over de macht van de zorgverzekeraars. Maar in het verslag daarvan dat zij naar de Kamer heeft gestuurd, staat daar geen woord over. Wij hebben een heel mooi opgepoetst verslag gekregen over hoe goed de overleggen over samenwerking in de zorg wel zijn geweest, maar de fysiotherapeuten hebben ons laten weten – alle Kamerleden hebben een brief gekregen – dat zij zich daar niet in kunnen vinden omdat de kritiek op de zorgverzekeraars er niet in terugkomt.

De Minister weet het tot grote ruzie te schoppen met de huisartsen. De thermometers van de zorg noemen wij ze altijd. Zij weten wat er speelt. Zij zien de mensen in de praktijk. 74% procent van de huisartsen merkt dat het eigen risico een probleem is. Het is een onderwerp in de spreekkamer. Zij maken zich zorgen. Niet het afgelopen jaar maar het jaar daarvoor, in mei 2013, zei de Minister dat zij begin 2014 met een goed onderzoek naar de Kamer zou komen en dat de Kamer naar aanleiding daarvan besluiten zou kunnen nemen. Deze zomer, dus een halfjaar later, kregen wij vier onderzoeken. Drie gaan daar niet over en in een ander onderzoek heeft men een onderzoek gehouden onder een niet-representatieve doelgroep en interpreteert men gegevens wel heel gunstig voor de Minister. Zij zegt: er is geen probleem; de huisartsen hebben misschien een vertekend beeld van de werkelijkheid. Pardon?! Misschien heeft de Minister een vertekend beeld van de werkelijkheid. Zou het niet beter zijn, aangezien de zorgverzekeraars, de huisartsen en iedereen zegt dat het eigen risico een probleem is, als het eigen risico in ieder geval niet wordt verhoogd? Is de Minister bereid dat niet te doen totdat zij de Kamer een fatsoenlijk onderzoek kan laten zien? Dit is een Minister onwaardig. Niet alleen schoffeert zij de huisartsen. Ook zadelt zij de Kamer op met vier onderzoeken die er niet over gaan. Dat kan gewoon niet! Sterker, de Minister had ook kunnen zeggen: ik heb hier vier onderzoeken die iets anders laten zien; ik ga in overleg met de huisartsen; ik ga onderzoeken hoe dat kan. Welke garantie heb ik dat het onderzoek in 2015 wel fatsoenlijk is en wel gaat over zorgmijden naar aanleiding van het eigen risico?

Ik wil graag nog twee onderwerpen aanstippen.

De **voorzitter**: U hebt nog 40 seconden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ga het proberen in 40 seconden. In een overleg aan het einde van het jaar hebben wij het wel gehad over de acceptatieplicht, maar wij hebben niet aan de Minister gevraagd welke maatregelen zij gaat treffen naar aanleiding van de zorgelijke constatering in het rapport van de NZa. Dat is onterecht, zegt hoogleraar Wybren van de Ven. Hij zegt dat dit kan komen doordat er een wel heel gunstig persbericht werd meegestuurd met het onderzoek naar de acceptatieplicht. Ik zou die vraag hier graag wel willen stellen.

Dan heb ik nog een vraag over de protontherapie. Er is een vergunning afgegeven voor de bouw van vier centra. De zorgverzekeraars fietsen erdoorheen. Zij fietsen ook door afspraken in het zorgveld heen. Zij zeggen: wij gaan er maar één contracteren. Die bouw wordt nu ook vertraagd. Vindt de Minister dit wenselijk? Gaat zij de regie overnemen of laat zij de zorgverzekeraars hierbij weer hun macht tot in het oneindige uitoefenen, terwijl wij hadden gezegd dat het wenselijk is dat er vier centra komen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Leijten snijdt terecht de acceptatieplicht aan. Als de acceptatieplicht in het geding is, wordt de solidariteit in de zorg ondermijnd. Die zorg delen wij dus. De NZa heeft niet alleen op verzoek van de Kamer onderzocht waar het risico zit, maar heeft ook een aanbeveling gedaan. Die aanbeveling is onder andere: kom met een wettelijke regeling over de mate van premiedifferentiatie. Is mevrouw Leijten met ons van mening dat die regeling er moet komen omdat dat een belangrijk middel is om risicoselectie te voorkomen en de acceptatieplicht te versterken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het liefst zou de SP afstappen van zorgverzekeraars die de zorgverzekering risicodragend uitvoeren, want dat leidt tot risicoselectie. Als jij winst wilt maken op een verzekerde, dan is het het gunstigst als je de dure verzekerde niet in je portefeuille hebt. Dat lijkt mij dus de beste maatregel. Maar zolang wij in dit stelsel zitten, waarin wij risicoselectie hebben ingevoerd omdat wij zorgverzekeraars nu eenmaal winst willen laten maken op hun verzekerden, moeten wij alle maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat risicoselectie niet plaatsvindt. Als dit er een is, vind ik dat goed. Maar kijk naar de reclame in de richting van bepaalde doelgroepen en de vindbaarheid van polissen op internet. Daar heeft de Minister vaker iets over gezegd. De opsomming van de NZa in haar overzicht is een goede, maar niet alleen risicoselectie kan de Zorgverzekeringswet ondermijnen, maar ook de hoogte van het eigen risico. Ik had gehoopt dat de Partij van de Arbeid nog steeds een medestander zou zijn in de bestrijding van de hoogte van het eigen risico, maar in tegenstelling tot die hoop is de Partij van de Arbeid nu de verhoger van het eigen risico.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ga de hoop weer een beetje teruggeven, want wij staan uiteraard geheel aan de kant van de SP. Ik denk overigens aan de kant van de hele Kamer. Wij vinden namelijk dat zowel zorgmijding als wanbetaling in de zorg voorkomen moet worden. Laten wij daar met z'n allen de beste maatregel voor zoeken. Dat zijn wij zeer met mevrouw Leijten eens, dus die hoop geef ik haar nu, als cadeautje.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voor woorden koop ik niet zo veel. Het gaat om maatregelen.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Leijten heeft een heel verhaal verteld over zorgverzekeraars die winst maken. Die winsten zijn er ook, maar mijn vraag is: welke zorgverzekeraars in Nederland hebben een winsttoegmerk?

Mevrouw **Leijten** (SP): Als je de winst niet uitkeert omdat je die oppot, is een positief resultaat nog steeds winst. De discussie over wat de definitie is van positief resultaat of van winst voeren wij al jarenlang. Het gaat erom dat er een positief resultaat is, dat opgepot kan worden en dat ook kan worden gestoken in allerlei acquisitieactiviteiten en wellicht in het zogenaamd inkopen van juridisch advies bij de moederorganisatie, zoals bij een van de grote verzekeraars gebeurt. Zorgverzekeraars kunnen wel degelijk worden opgekocht door een ander, misschien wel internationaal bedrijf. Wellicht zijn sommige zorgverzekeraars al onderdeel van een grotere investeringsgroep. Dan kan een positief resultaat of de winst, zo u wilt, wel degelijk worden afgeroomd. De NZa spreekt ook gewoon over: meer winst per hoofd van de verzekerde. Laten wij geen discussie voeren over hoe je iets noemt. Er zit een heel positieve marge op de zorgverzekering. Niet alleen is het risico groot dat die op de plank blijft liggen zonder dat die wordt ingezet, dat die op de spaarrekening blijft staan. Het risico is ook groot dat die wordt uitgekeerd aan derden.

De heer **Rutte** (VVD): Dat zijn heel veel woorden, maar het is geen antwoord op mijn vraag. Dat komt misschien ook omdat het antwoord wat ongelukkig is. De enige zorgverzekeraar met een winsttoegmerk is ASR en die is eigendom van de overheid. Het is heel fijn om daar allemaal heel nare dingen over te zeggen, maar wij moeten wel bij de feiten blijven.

Maar ik heb een tweede vraag. Ik ben anderhalf jaar geleden in debat geweest met een collega van mevrouw Leijten: de heer Van Gerven. Dat was wel extern. Hij wist mij te vertellen dat het belachelijk was dat er maar liefst vier vergunningen waren afgegeven voor protontherapie. Dat was veel te veel. Nu zegt mevrouw Leijten: wij willen vier centra voor protontherapie en die stoute verzekeraars maken daar een eind aan. Wil zij wel even het echte verhaal van de SP vertellen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Allereerst wil ik wat zeggen over het eerste: geen winsttoegmerk. Al schrijf je het niet op, je kunt het toch hebben. Wat de heer Rutte zegt over die protonen klopt inderdaad. Wij hebben ons afgevraagd of het nodig was om die vier te hebben. Wij hebben dat plan later goed bestudeerd. Wij hebben ook goed geluisterd naar de Minister. Wij denken dat dat een zorgvuldig opgesteld plan is. Het is in ieder geval een plan van de zorgsector zelf. Ik vind het nu onwenselijk dat de zorgverzekeraar daardoorheen fietst. Wellicht ligt de waarheid ergens in het midden, maar mij gaat het om de volgende. Er is een zorgvuldige afweging geweest van het zorgveld en de Minister heeft uiteindelijk een vergunning afgegeven, maar uiteindelijk committeert een zorgverzekeraar zich daar niet aan waardoor een hele ontwikkeling stil komt te liggen. Dat vind ik ook onwenselijk. Maar dat er bij de SP gaandeweg een verschil in opvatting is gekomen, is inderdaad juist. Zo ziet u maar: wij staan ook niet stil.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. In het laatste debat met de Minister over de eerstelijnszorg op 3 juli maakten wij ons zorgen over de vele wijzigingen die tegelijkertijd in de Zorgverzekeringswet plaatsvinden. Wij hebben ook zorgen in die zin dat wij niet willen dat het houtje-touwtjewerk wordt. Ik heb de Minister toen gevraagd: gaat het op 1 januari 2015 allemaal wel goed komen? Die vraag stel ik nu nog een keer. Inmiddels krijgt het CDA namelijk de eerste serieuze zorgwekkende signalen binnen dat het allemaal nog niet zo goed loopt. Over de wijkverpleegkundige gaan wij een andere keer praten. Ik wil het nu vooral hebben over de brandbrief die wij vandaag binnenkregen en die is onderschreven door Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ, Verenso, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, V&VN en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Die gaat over het kortdurende eerstelijnsverblijf. Dan hebben wij het over mensen die thuis wonen maar die vanwege medische redenen een kortdurende opname nodig hebben. Dit moet per 1 januari 2015 in de Zorgverzekeringswet komen, maar er is nog geen begin van een flauw idee hoe wij dit gaan regelen en hoe dit er uit moet zien. Zorgverzekeraars Nederland geeft onomwonden aan dat het plan van de Minister onuitvoerbaar is. Straks ontstaan er pingpongpatiënten. Hoe gaat de Minister dit probleem nu, begin september, oplossen? Meerdere collega's hebben al gevraagd waardoor zorgmijding is ontstaan. Wij hebben ook een interessante uitzending van Nieuwsuur daarover gezien. De conclusie daarin van de hoogleraar huisartsengeneeskunde was: de Minister heeft niet de juiste vragen gesteld aan de onderzoeker. Afgelopen anderhalf jaar is de verkeerde vraag gesteld. Kan de Minister de Tweede Kamer en het CDA garanderen dat zij in de lopende onderzoeken wel de juiste vraag stelt en dat daar ook het juiste antwoord op komt?

Ik stel die vraag in het bijzonder omdat wij gisteren de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 hebben gekregen van de Nederlandse

Zorgautoriteit. Zij trekt al wel conclusies over zorgmijding. De NZa schrijft: «In 2013 is het aantal wanbetalers met 9% fors gegroeid tot 323.000. Oorzaken hiervan zijn onder meer de verhoging van het verplicht eigen risico naar 350 euro in 2013». Als de NZa een directe relatie met wanbetalers kan leggen, is er dan ook een directe relatie met zorgmijding te leggen? Het gaat immers in beide gevallen om mensen die hun rekening niet kunnen betalen. Kan dat? Als de Minister dat niet weet, vraag ik haar contact op te nemen met de Nederlandse Zorgautoriteit, natuurlijk binnen de grenzen van wat mag, om te bekijken of de Minister de kennis van de NZa kan gebruiken.

Mevrouw Bouwmeester en ik hebben een motie ingediend met de vraag of zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen, of de Nederlandse Zorgautoriteit hier concreet op toeziet en wanneer zij ingrijpt. Mevrouw Bouwmeester heeft die vraag prima gesteld. De Minister heeft een uitgebreide brief gestuurd, waarvoor dank, maar onze vragen over wanneer de NZa welk instrument inzet en welke norm de NZa daarbij hanteert, zijn niet beantwoord.

Patiënten kiezen graag de arts die ze vertrouwen. Daarbij kijken ze ook steeds meer naar de vraag of bij bepaalde ziekenhuizen is ingekocht door een zorgverzekeraar. Vanaf 1 januari moeten ze dat nog veel scherper doen. Maar zorgverzekeraars kopen slechts beperkt zorg in. Ze hanteren het zogenaamde inkomens- of volumeplafond; het is maar net hoe je het noemt. De Minister zegt ook in antwoord op vragen van mevrouw Bouwmeester dat de zorgverzekeraar, als het plafond bereikt is, ergens anders zorg moet inkopen. Maar hoe weet de patiënt als hij zijn polis afsluit hoeveel zorg de zorgverzekeraar bijvoorbeeld van het Radboud heeft ingekocht en hoe groot het aantal patiënten is die daar een beroep op gaan doen?

De tweede vraag is de volgende. Stel dat een patiënt bij zijn zorgverzekeraar aanklopt en vraagt: u had toch het Radboud ingekocht voor mij? Heeft de zorgverzekeraar dan niet de verantwoordelijkheid om te zeggen: dan ga ik ervoor zorgen dat het Radboud toch nog een plek voor je heeft? Dat antwoord komt niet in de brief van de Minister terug, terwijl de patiënt juist daarvoor dat contract heeft gesloten.

Ik heb nog een laatste vraag aan de Minister.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester wil interrumpen, maar zij heeft haar twee mogelijkheden al gebruikt. Mevrouw Bruins Slot gaat dus verder met haar betoog.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mijn laatste punt is dat je steeds meer discussie ziet over de vraag wie eigenlijk de kwaliteit van de zorg bepaalt. In de Kamer is hierover veel gediscussieerd. Ik deel de opvatting dat patiënten daarbij een belangrijke rol hebben. Beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen hebben daarbij ook een belangrijke rol. Je ziet nu in toenemende mate een discussie over de volumennormen ontstaan. De Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zeggen: wij hebben in de wetenschappelijke vereniging bepaald welke volumennormen er zijn voor bepaalde vormen van zorg om ervoor te zorgen dat er kwaliteit is. Bij de inkoop voor dit jaar zie je dat zorgverzekeraars heel erg boven die normen gaan zitten en dat heeft grote gevolgen voor de manier waarop ziekenhuizen hun zorg kunnen invullen en voor de vraag of ziekenhuizen überhaupt nog wel bepaalde operaties kunnen doen. Mijn vraag aan de Minister is wie hier gelijk heeft. Moeten de normen van de wetenschappelijke verenigingen leidend zijn? Die mensen hebben er immers voor gestudeerd. Of mag uiteindelijk de zorgverzekeraar die bepalen?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. We hebben nu acht jaar de Zorgverzekeringswet. Als je de verhalen zo hoort, ook vandaag hier weer, dan zou je

denken dat het een grote doffe ellende is. Maar laten we eerlijk zijn: zorg leidt tot enorme dilemma's in de totale beschaafde wereld. Er is geen enkel westers of anderszins beschaafd land dat niet aanloopt tegen dezelfde dilemma's in de zorg.

Er kan steeds meer en dat is mooi, want de mensen zitten zo in elkaar. De medische innovatie gaat in een razend tempo voort. Wie vandaag nog niet genezen kan worden, kan dat wellicht over tien jaar wel. Er komen steeds nieuwe mogelijkheden. De protontherapie is net genoemd, maar denk ook aan de enorme uitdagingen door immunotherapie. Therapieën die er zijn, willen mensen ook gebruiken. Er is een onbepaalde vraag naar zorg. Wat geboden zou kunnen worden, willen mensen hebben. Als je daarbij ook nog eens meeneemt dat de technologische ontwikkelingen op het gebied van diagnose razendsnel gaan en dat we mogen verwachten dat diagnose in de toekomst niet alleen bij artsen plaatsvindt maar ook via allerlei technieken, via smartphones en door mensen zelf, waardoor de vraag nog verder wordt aangejaagd, dan begrijp je waarom elk medisch systeem in ieder westers land in zijn voegen kraakt. Medische systemen kraken tussen de dilemma's van «hoe regelen wij de toegang?», «hoe zorgen wij ervoor dat iedereen, ongeacht zijn inkomen, die toegang heeft?», «hoe borgen wij de kwaliteit?» en «hoe zorgen wij ervoor dat het collectief enigszins betaalbaar blijft?».

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat zijn relevante vragen, vragen die we moeten stellen. Deze vragen zijn ook vaak onderwerp van debat. Het is algemeen bekend dat hierover verschillende politieke opvattingen bestaan. Als u zich zulke grote zorgen maakt over de grote vraag die er in de gezondheidszorg kan zijn, waarom pleit u dan zo hartgrondig voor het toelaten van de total bodyscan? Zou het dan niet beter zijn om dit soort preventief onderzoek, dat artsen onnodig vinden omdat het aanzet tot zorgbehoefte die wellicht niet nodig is, niet toe te laten. Waarom wilt u dit toelaten? Waarom vraagt de VVD aan de ene kant om patiënten een boete te geven met het eigen risico en aan de andere kant om de fabrikant de mogelijkheid te geven de total bodyscan aan te bieden?

De heer **Rutte** (VVD): Bij de total bodyscan speelt voor mij maar één ding: hij wordt al aangeboden, alleen niet in ons land. Wij hebben er geen controle over. Mensen gaan er toch naartoe. Je kunt dan wel proberen om het buiten de deur te houden, maar dat is onbegonnen werk. Is het in zijn algemeenheid wenselijk dat mensen zich op alles en nog wat laten diagnosticeren? Nee, daar ben ik ook kritisch over. Misschien zijn mevrouw Leijten en ik het wel meer eens, dan zij van tevoren dacht.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan ga ik ervan uit dat het verzoek van de VVD om de mogelijkheid te openen dat de total bodyscan in Nederland wordt aangeboden, bij dezen is komen te vervallen. Vindt de VVD het verder niet zorgelijk dat de Minister, een Minister die zegt pragmatisch te werk te willen gaan, niet luistert naar zorgelijke signalen van huisartsen over zorgmijding? Sterker nog: de Minister stuurt rapporten naar de Kamer die er niet over gaan of niet representatief zijn. Vindt de heer Rutte het niet gevaarlijk dat de Minister zich doof houdt voor geluiden van de huisartsen?

De heer **Rutte** (VVD): Over de total bodyscan heb ik gezegd dat dit ding er al is. Mensen gaan massaal naar Duitsland en dan heeft het geen zin om het hier buiten de deur te proberen te houden. Ik zie dan liever dat het hier ook kan, want dan hebben we er nog enigszins controle op. Mevrouw Leijten weet dat de VVD geen tegenstander is van het eigen risico, omdat wij het belangrijk vinden dat er zinnig en zuinig wordt omgegaan met zorg. Ik merk dat momenteel in mijn eigen kring. Een vriend van mij kreeg van zijn arts te horen: «Zullen we eens even een scan

laten maken? Wellicht toont dat iets aan.» Mijn vriend stelde toen voor het eerst de vraag: maar wat kost mij dat? Ik vind dat een relevante vraag. Het is iets anders dat mensen de keuze maken om überhaupt noodzakelijke zorg niet te doen. Dat is zorgmijding. Daar ben ik niet enthousiast over. Hoezeer ik ook geen tegenstander ben van een eigen risico, ik ben wel een heel groot voorstander van een beter model. Ik hoop dan ook ooit steun te krijgen voor mijn voorstel voor een eigen betaling per verrichting. Dat wil zeggen: niet een hele grote klont in één keer, maar gewoon iedere keer opnieuw de bewustwording dat zorg geld kost, zonder dat je in één keer dat hele grote bedrag aftikt. Als we het daarover eens kunnen worden, kunnen we wellicht meters maken.

Voorzitter. Ik heb de dilemma's geschetst. Als je die dilemma's bekijkt, dilemma's waar ieder westers land mee worstelt, dan doen we het in ons land eigenlijk hartstikke goed. Zorg is beschikbaar voor iedereen, welk inkomen hij of zij ook heeft. We maken daarbij geen onderscheid tussen de kwaliteit van zorg voor iemand met een hoog of een laag inkomen. Je ziet dat wel in heel veel landen waar zorg in principe wel voor iedereen beschikbaar is. Daar gaat de beste arts in een privékliniek werken en die is dan niet langer beschikbaar voor iemand met een bijstandsuitkering. Wij hebben dat geregeld. De kwaliteit van de zorg in ons land is hartstikke hoog en de betaalbaarheid is ook in internationaal perspectief in orde. Maar is het perfect? Het is lang nog niet perfect. Het is echt lang niet perfect. Het zal altijd work in progress blijven. De VVD is een partij die hecht aan dit stelsel en juist zo'n partij moet kritisch zijn op het functioneren ervan.

Ik kom elke keer opnieuw terug op het onderdeel risicoselectie. Over verevening gaan we het binnenkort in een apart overleg hebben. Ik vind het signaal van de NZa dat er indirect aan risicoselectie wordt gedaan, buitengewoon ernstig. Het valt allemaal nog net binnen de wettelijke kaders, maar ik vind dat zorgverzekeraars die zichzelf als branche serieus nemen, elkaar veel harder moeten aanspreken op dit soort gedrag. Het mag niet zo zijn dat iemand met een bijstandsuitkering een moeilijkere weg heeft naar de basisverzekering dan iemand met een hoog inkomen. Dat is maatschappelijk gezien onacceptabel, ook al voldoet het aan de wet. De branche zal moeten beseffen dat er geen duurzaam bedrijfsmodel mogelijk is als men tolereert dat dit soort dingen gebeurt.

Ik heb van een aantal collega's gehoord dat zij zich zorgen maken over de inkoop en dan met name de inkoop van kleine zorgaanbieders. Mevrouw Klever zei er iets over, maar ik heb het ook van anderen gehoord. Ik krijg daar ook signalen over en ik maak me daarover zorgen vanuit het kader van innovatie. Ik snap dat het voor een zorgverzekeraar lastig is om met kleine aanbieders in gesprek te gaan, maar het mag niet zo zijn dat je als kleine aanbieder in de praktijk geen kans hebt. Daardoor zouden we namelijk innovatie tegenhouden. Ik vind dat iemand op zijn minst een gesprek zou moeten kunnen hebben of een onderbouwde afwijzing zou moeten krijgen op het moment dat hij een aanbod doet. Ik krijg signalen dat dit niet gebeurt en ik ben benieuwd naar de reactie van de Minister daarop.

De Minister heeft een vergunning afgeven voor vier protonentherapiecentra. Zorgverzekeraars Nederland heeft besloten dat één centrum voor Nederland voldoende is. We hebben bij de transgenderproblematiek gemerkt dat er grote problemen kunnen ontstaan met wachtlijsten als je maar één aanbieder hebt van een reguliere vorm van zorg. De VVD maakt zich daar zorgen over. Wij denken verder dat het de vraag is of de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen als er slechts één aanbieder van de protonentherapie in ons land zou zijn. Ik hoor graag een reactie van de Minister op dit punt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik heb deze zomer, net als veel van mijn collega's, gebruikt om op werkbezoek te gaan bij zorgaanbieders

en verzekeraars. Als je spreekt met patiënten en professionals, kun je alleen maar concluderen dat wij in Nederland zorg van hoog niveau hebben en dat die wordt uitgevoerd door een heel bevolgen groep medewerkers. Het is echt een heel bevolgen beroepsgroep. Tegelijkertijd hoor je natuurlijk ook dat er veel te verbeteren is. Zo komt de inkoop op kwaliteit door zorgverzekeraars onvoldoende van de grond. Afspraken over service, innovatie en preventie worden er eigenlijk nauwelijks gemaakt. Ik zou de Minister dan ook willen vragen om met de zorgverzekeraars om de tafel te gaan en hier wat meer druk achter te zetten. Aan de andere kant weten we van 50% van de behandelingen nog steeds niet of ze werken en welke kwaliteit die behandelingen bieden. Dat betekent dat het Zorginstituut Nederland en de beroepsverenigingen ten aanzien van de medische richtlijnen meer moeten bepalen en vaker moeten onderzoeken wat zinnige kwalitatieve zorg is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat mevrouw Dijkstra zegt klopt. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in haar inkoopmonitor inderdaad geconcludeerd dat zorgverzekeraars primair op prijs inkopen en dat kwaliteit voor hen van ondergeschikt belang is. Het CDA heeft de Minister gevraagd of er actie ondernomen kan worden als de zorgaanbieder daarover in conflict is met de zorgverzekeraar. Het antwoord van de Minister was vrij helder: nee, daar hebben we de civiele rechter voor; iedereen moet daar maar gewoon een rechtszaak over voeren. D66 vraagt nu om actie. Dat steun ik, maar D66 vindt toch zeker niet dat men maar naar de rechter moet om dat uit te vechten?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb veel gesprekken gevoerd en ik ben op werkbezoek geweest. Ik merk dat er bij iedereen veel behoefte is aan meer uitwisseling met de zorgverzekeraars over de kwaliteit van de zorg en over de vraag wat je moet doen om te voldoen aan de verwachtingen en de eisen van de verzekeraars. Ik sprak een cardioloog in een academisch ziekenhuis en die zei mij: «Wij zijn met iets nieuws bezig en dat werkt heel goed, maar ik krijg eigenlijk niet de kans om dat aan de zorgverzekeraar uit te leggen. Als we dit zouden kunnen invoeren, dan zijn we echter wel goedkoper met hogere kwaliteit.» Het gebrek aan mogelijkheden om dat met elkaar te wisselen vind ik zorgelijk, want dit zou nu echt eens van de grond moeten komen. Daar draait het immers om. Ik vraag de Minister dan ook eigenlijk: praat met de zorgverzekeraars! Zij is natuurlijk voortdurend met zorgverzekeraars en het veld in gesprek, maar zorg er nou eens voor dat dit beter van de grond komt. Volgens mij wil niemand dat je het uiteindelijk civielrechtelijk moet afhandelen. Iedereen is namelijk op hetzelfde uit: kwalitatief goede zorg van hoge kwaliteit tegen een lagere prijs. Daar zijn we met zijn allen op weg naartoe.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ja, maar een ziekenhuis is nog een makkelijker voorbeeld. Er komen nu de eerste berichten van de logopedisten. Die krijgen een contract onder de neus gewreven waarover niet gebeld of onderhandeld kan worden, want het zijn er te veel. Als dan «ga maar naar de rechter» het antwoord is, juridiseren we eigenlijk de zorg. Volgens mij willen we dat geen van allen. Ziekenhuizen zitten in een wat luxere positie want dat zijn veel grotere spelers. Maar hoe regelen we het voor de kleinere zorgaanbieders?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is precies waar ik de Minister op aanspreek. Als de Minister zegt «dat moet je maar civielrechtelijk regelen», dan vraag ik haar om daar op een andere manier naar te kijken. Voorzitter. Ik sprak over de kwaliteit van zorg en de richtlijnen. In dat verband heb ik twee vragen. Is de Minister bereid om een streefcijfer te formuleren om het gebrek in inzicht in kwaliteit terug te dringen en om te onderzoeken hoe de academische component hiervoor kan worden

ingezet? Mevrouw Bouwmeester zei het al: er is veel te weinig inzicht in de kwaliteit voor patiënten en daar draait het uiteindelijk natuurlijk wel om. De ziekenhuizen hebben met het kwaliteitsvenster stappen gezet, maar is de Minister bereid om ook met branches als de ggz, de eerste lijn en de mondzorg om de tafel te gaan om te kijken wat daar de mogelijkheden zijn?

Uit de NZa-inkoopmonitor blijkt dat er flinke verbeterlagen nodig zijn op het gebied van het contracteren van kleine en innovatieve aanbieders. Ik wisselde er zojuist enige woorden over met mevrouw Bruins Slot. Mijn fractie vindt dat nieuwe aanbieders, die met innovatieve zorg komen, goede toegang moeten hebben tot een contract. Bij het debat over de wijziging van artikel 13 heb ik een amendement ingediend om die toegang te verbeteren, maar de NZa signaleerde dat voor deze aanbieders nu soms erg hoge eisen gelden. Wil de Minister in kaart brengen waar de knelpunten zitten en daarbij aangeven hoe ze die denkt aan te pakken? Naast inzicht in de kwaliteit van de zorg, is ook inzicht in de kwaliteit van de polis heel belangrijk voor patiënten en verzekeren. De NZa constateert in de laatste marktscan dat verzekeren de verstrekte informatie onvoldoende vinden. In het vorige debat gaf de Minister aan dat de AFM een onderzoek naar een vergelijkingssite zal starten en dat de ACM zou kijken naar de overstapdrempels. Ik hoor heel graag van de Minister hoe het staat met deze onderzoeken en of er inmiddels gesprekken zijn geweest met zorgverzekeraars en de vergelijkingssites.

Na lang aandringen van de Kamer is de Minister gestart met een communicatietraject rond kostenbewustzijn. Het stimuleert dat er zinnig en zuinig gebruik van zorg wordt gemaakt. Sinds kort kunnen mensen voor inzicht in de prijzen van behandelingen terecht op de website open DIS-data. Ik heb ernaar gekeken en ik zag dat het een heel technische website is. Ik vraag me dan ook af wie op de gedachte is gekomen dat je naar de website open DIS-data moet gaan als je op zoek bent naar de prijzen van behandelingen. Kan de Minister mij zeggen wanneer deze zaken op orde zijn?

Er zijn ook signalen dat patiënten zorg mijden, vanwege het eigen risico. Het is hier al uitvoerig gewisseld. Die signalen moeten we uiterst serieus nemen. Ik vind het verder belangrijk dat we goed begrijpen wat er aan de hand is bij zorg mijden. Als patiënten zeggen dat dit met het eigen risico te maken heeft, wat ligt er dan nog meer aan ten grondslag? Hoe gaat de Minister de voorlichting over dit onderwerp meenemen in de communicatiecampagne? Ik vraag dat, omdat ik in de gesprekken met de zorgaanbieders van wie ik deze signalen kreeg, hoorde dat mensen vaak heel verkeerde beelden hebben bij het eigen risico. Is de Minister bereid om te onderzoeken of we het aanbieden van betalingstermijnen en betalingsregelingen door zorgverzekeraars wettelijk kunnen vastleggen?

De protontherapie is een nieuwe bestralingstherapie tegen kanker die minder schade aanricht en complicaties kan voorkomen. De Minister heeft besloten dat er in Nederland ruimte is voor vier protoncentra. De zorgverzekeraars willen er maar één. Volgens hen is het te duur en zijn er voldoende alternatieven in het buitenland. Ik zet daar grote vraagtekens bij, want voldoet die zorg bijvoorbeeld wel aan de Nederlandse kwaliteitsnormen? Dat weet je niet. Worden de normen voor de wachttijden daar wel gehaald? Ik concludeer in elk geval dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen lijnrecht tegenover elkaar staan op basis van een regeling die door de Minister is vastgesteld. Ik vraag haar daarom of zij met het veld om de tafel wil gaan om ervoor te zorgen dat dit naar wens verloopt. Daar speelt natuurlijk ook het Zorginstituut Nederland een belangrijke rol bij. Zorg is niet alleen een kostenpost. Mijn fractie wil daarom dat de Minister het zorgveld beter gaat ondersteunen bij de export van zorg. Ik heb daarom overigens vorig jaar al om een exporttop gevraagd. Ik hoor graag van de Minister of de datum van die top al bekend is en of zij meer

economische diplomatie gaat inzetten met haar collega voor Buitenlandse Handel. Hoeveel economische zorgmissies heeft het kabinet in zijn agenda staan?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is goed om vandaag met elkaar te spreken over een aantal thema's rond de zorg. Ik zal mijn bijdrage beperken tot vier punten: zorgmijding, sturende zorgverzekeraars, de inzichtelijke zorgnota en de rol van verzekeren.

Allereerst de zorgmijding. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effecten van het eigen risico en het risico van zorgmijding, maar ik vind de resultaten nog onduidelijk. Is de Minister dat met mij eens? Bijna de helft van de huisartsen maakt weleens mee dat patiënten doorverwijzingen niet opvolgen, medicijnen niet ophalen of een laboratoriumonderzoek niet laten uitvoeren, zo bleek onlangs uit onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging. De Minister heeft al kanttekeningen bij deze resultaten geplaatst in haar reactie op de schriftelijke vragen van de Partij van de Arbeid. Ik hoop dat ze daarmee niet het signaal negeert dat de huisartsen afgeven.

Uit het rapport van Vektis blijkt dat de kosten per verzekerde in de eerstelijnszorg gemiddeld genomen zijn gedaald. Het probleem is dat we niet precies kunnen doorgronden wat de motieven zijn van verzekeren om minder zorg af te nemen. Is dat het gevolg van effectief preventiebeleid? Is het een afname van onnodig zorggebruik of blijven mensen rondlopen met kwalen die eigenlijk verholpen moeten worden? We weten zo weinig meer dan we weten uit het rapport uit oktober 2013 van Intomart, een rapport dat inzicht geeft in de ervaringen van verzekeren. Ik vind dat eigenlijk heel onbevredigend. Vindt de Minister dat ook en, zo ja, wat gaat zij dan doen om meer inzicht te krijgen in het risico van zorgmijding?

Dit voorjaar heb ik schriftelijke vragen gesteld over sturend gedrag door zorgverzekeraars. Vandaag bespreken we de reactie van de Minister op het rapport van de NZa. Van directe sturing is geen sprake, maar in het rapport wordt wel vastgesteld dat er sprake is van acties van zorgverzekeraars die een sterk sturend karakter hebben. Dat schuurt met de acceptatieplicht en daarom vind ik dit zorgelijk. Ons zorgstelsel moet voor iedereen betaalbaar en toegankelijk blijven. Vindt de Minister de vormen van sturing die de NZa noemt, net als de ChristenUnie-fractie, onwenselijk? De Minister spreekt in haar reactie over mogelijke risico's en constateert dat er geen juridische grenzen zijn overschreden. Dat moge waar zijn, maar wat zegt het over de wenselijkheid van sturend gedrag door verzekeraars? Ik neem aan dat de Minister het met de NZa eens is dat er sprake is van indirecte risicoselectie. Vindt zij dat ook onwenselijk? De NZa geeft duidelijk aan dat het handelen van zorgverzekeraars in sommige gevallen en op sommige onderdelen sterk sturend van karakter is en de ChristenUnie vindt dat niet goed.

Ik ben blij dat sturing door zorgverzekeraars goed in de gaten wordt gehouden en dat er maatregelen worden genomen, maar ik verbaas me er wel over dat de NZa niet weet of zij binnen de huidige regelgeving en de verplichte uniforme inschrijfwijze voor zorgverzekeringen kan afdwingen. Waarom moet daar tot juni 2015 onderzoek naar worden gedaan? Vindt de Minister het verder wenselijk dat er een uniforme wijze van inschrijving komt? Graag een reactie. Ik zou graag zien dat zo'n uniforme inschrijving, voor zover mogelijk, ook voor aanvullende verzekeringen gaat gelden en dat er meer uniformiteit komt in de informatievoorziening door zorgverzekeraars. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat het de consument duidelijk is uit welke aanvullende verzekeringen hij kan kiezen en hij kan deze alleen goed vergelijken als ze inzichtelijk zijn opgesteld. Ik vind dat de zorgverzekeraars hier een verantwoordelijkheid hebben ten opzichte van de consument. Is de Minister bereid om daarover met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan?

Ik zeg kort iets over de inzichtelijke zorgnota. Ook hierover heb ik al eerder vragen gesteld. Ik heb er begrip voor dat het een ingewikkeld proces is, maar ik herinner me dat ons steeds is voorgehouden dat de nota per juni 2014 een stuk inzichtelijker zou zijn, met begrijpelijke taal voor de verzekerde, voor de patiënt. Is dat inmiddels ook zo?

Tot slot de meerjarige zorgverzekeringspolissen. De Minister zegt op grond van de notitie van de NZa dat we dat voorlopig niet gaan doen. Ik denk dat dat een verstandige conclusie is, maar tegelijkertijd zou ik ook wel willen zoeken naar manieren om een meer duurzame relatie tussen verzekeraar en verzekerden te ontwikkelen. Dan gaat preventie lonen en wordt participatie door de verzekerde beter mogelijk. Hoe ziet de Minister de meerjarige zorgverzekering als de zorgverzekeraars werkelijk werk zouden gaan maken van invloed van verzekerden op het beleid van de verzekeraar? Dit raakt ook de discussie over de kwaliteit van zorg en transparantie. Ik verwijs in dit verband naar de motie-Slob c.s. (33 362, nr. 25) over de invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar en de wettelijk omschreven coöperatieve aard van zorgverzekeraars. Is de Minister eigenlijk al in gesprek met zorgverzekeraars over dit onderwerp en, zo nee, wanneer kan ze ons daar dan wel over informeren?

De vergadering wordt van 14.36 uur tot 14.49 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het parlement is ook weleens het huis van de problemen genoemd. Dat is logisch, want je hebt het hier over dingen die nog niet zo goed lopen of dingen waarvan je vindt dat ze beter moeten. Ik sluit me wel aan bij de inbreng van de heer Rutte dat een heleboel dilemma's waar wij tegenaan lopen, dilemma's zijn die ik ook met mijn collega's uit andere landen bespreek. Hun en onze dilemma's zijn hetzelfde. Dat geldt overigens niet alleen voor de landen binnen Europa, want het maakt niet uit of ik met mijn Chinese, mijn Engelse of mijn Russische collega spreek: iedereen loopt tegen problemen aan als gevolg van de technologische vooruitgang. We investeren daar allemaal in, omdat we die vooruitgang graag willen. Hierdoor worden dodelijke ziekten gelukkig chronische ziekten, maar het betekent ook dat mensen langer leven met behulp van behandelingen en medicijnen en dat de vraag enorm toeneemt. Dat de vraag toeneemt doordat de mogelijkheden toenemen, is een gewenste ontwikkeling, maar die ontwikkeling stelt ons wel voor dilemma's. Het betekent dus dat we allemaal oog moeten hebben voor kosten-batenafwegingen rond nieuwe technologieën. Los van de specifieke vragen daarover, wil ik in dit verband om te beginnen iets zeggen over de protontherapie. We hebben de Wet bijzondere medische verrichtingen en die wet is bedoeld om innovatieve ontwikkelingen geleidelijk in te voeren op basis van kwaliteit. Heel veel mensen, zowel in de Kamer als in het veld, hebben mij gevraagd of we die wet kunnen gebruiken om het volume te beheersen als er iets nieuws beschikbaar komt. Als dat zou kunnen, zouden we een nieuwe techniek geleidelijk kunnen introduceren en voorkomen dat iedereen ermee begint. Als het een heel dure nieuwe technologie is, geven we daaraan nu onmiddellijk heel veel geld uit, terwijl we achteraf misschien wel moeten concluderen: eigenlijk is het helemaal niet zo veel beter dan we dachten. Ook omdat er in het hoofdlijnenakkoord een passage over is opgenomen en we hierover in deze zin ongeveer tegelijkertijd in de Kamer spraken, hebben we goed bekeken of we de Wet op de bijzondere medische verrichtingen zouden kunnen gebruiken om niet alleen naar de kwaliteit te kijken maar ook naar de geleidelijke introductie van nieuwe therapieën. Daar bleek die wet ongeschikt voor. Als we dat willen, zullen we moeten kijken hoe we dat wel kunnen doen. Voorlopig gaat het zo dat ik nieuwe zaken die bij mij worden aangemeld, toets op basis van kwaliteit. Ik heb bij die vier vergunningen voor de protontherapie dus niet afgewogen of wij wel vier centra nodig hebben en of we het niet met drie, twee of één

centrum afkunnen. Daar biedt de wet mij namelijk helemaal geen handvatten voor. Het is weleens geprobeerd om de Wbmv te gebruiken om bepaalde behandelingen in minder ziekenhuizen te laten doen, maar dat is voor de rechter niet houdbaar gebleven. Als een ziekenhuis zich aanmeldt met «ik kan het ook en ik heb dezelfde kwaliteit», kan ik als Minister niet zeggen: «we hebben u niet nodig». Zo werkt het niet. Zo werkt het bij de protontherapie ook niet. Die vier centra heb ik dan ook op basis van hun kwaliteit toegelaten. Vervolgens werkt ons systeem zo dat de verzekeraars op basis van behoefte moeten inkopen. Zij hebben inmiddels bij de ACM de vraag neergelegd of ze dat gezamenlijk kunnen doen. Onze marktmeester zal daarover oordelen en het is dan ook niet aan mij om dat nu te doen. Het systeem is dus zo ingericht dat ik mij bij toelatingen op kwaliteit moet baseren en niet op de vraag of wij een nieuwe dure therapie beter geleidelijk kunnen introduceren omdat het ook van de premiebetaler nog al wat vraagt. We bekijken op dit moment wel of dit via een wettelijk instrumentarium mogelijk gemaakt zou kunnen worden.

Ik heb de Kamer recentelijk een stuk gestuurd over de Nederlandse gezondheidszorg en de omvang van ons pakket, onze eigen betalingen, de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. In dat stuk concludeer ik dat wat we in Nederland gelukkig een heel mooie zorgsector hebben die heel goede prestaties levert. Ik ben daar ook ontzettend trots op. Dat neemt niet weg dat wij met problemen kampen en dat sommige zaken beter kunnen. Daarvoor zijn dit soort overleggen.

De heer **Rutte** (VVD): Een procedurele vraag: is de Minister klaar met het onderdeel protontherapie of komt ze daar later nog op terug? Als zij hiermee klaar is, dan wil ik daarover nu graag een vraag stellen.

Minister **Schippers**: Het zit nog in mijn stukken, maar wat ik nu heb gezegd, is volgens mij wel ongeveer wat ik wilde zeggen.

De heer **Rutte** (VVD): Dan stel ik hierover nu toch maar een paar vragen. Ik begrijp dat de Minister over een beperkt instrumentarium beschikt. We moeten daarom inderdaad in de toekomst nadenken over de vraag of het anders kan. Onder de protontherapie ligt echter een behoorlijke businesscase. We weten dat het reguliere zorg is, want het Zorginstituut Nederland heeft gezegd dat het gewoon geïnitieerd en toegepast kan worden. Het is de vraag of één centrum dan wel genoeg is. We hebben bij de gendertherapie immers ook grote problemen gehad, omdat we daarvoor maar één centrum hebben. Verder weten we dat het ontwikkelen van zo'n centrum buitengewoon ingewikkeld is en een grote investering vergt. Op dit moment lopen de projectsubsidies af bij de centra die hiermee bezig zijn. Hierover zal duidelijkheid moeten komen. Als de Minister kijkt naar de zorgplicht van de verzekeraar, denkt zij dan ook niet dat één centrum te krap is? Deelt zij die zorg? Zo ja, is zij dan bereid om die zorg in het bestuurlijk overleg bij de verzekeraars aan te kaarten?

Minister **Schippers**: Dan gaat de heer Rutte er dus van uit dat de overheid een soort planning maakt van wat er nodig is en wat het aanbod zou moeten zijn. Dat ligt echter niet bij de overheid, maar bij de verzekeraars. De verzekeraars hebben op het basispakket een zorgplicht. Zij zullen er dus voor moeten zorgen dat ze voldoende zorg inkopen. Daar zullen ze rekening mee moeten houden. Nu gaan onze patiënten naar het buitenland. De ons omringende landen krijgen nu onze patiënten, want wij hebben het nu nog niet; het moet in Nederland nog geïntroduceerd worden.

De heer **Rutte** (VVD): De dilemma's van de Minister deel ik. Het is ook logisch. Ik kan me ook heel goed voorstellen dat je ervoor kiest om niet in

een keer heel veel op te bouwen voor een nieuwe dure therapie. In dit geval ligt er echter wel degelijk een businesscase onder de voor Nederland gevraagde capaciteit. Ik kan me voorstellen dat je daarbij aan de onderkant gaat zitten, maar dat laat onverlet dat de zorg dat één centrum te krap is, begrijpelijk is. Daarbij komt dat je niet zomaar een nieuw centrum kunt ontwikkelen. Sterker nog, de investeringsmogelijkheden daarvoor vallen weg als het nu niet op gang komt. Is dit alles niet een reden voor de Minister om binnen haar mogelijkheden in het bestuurlijke overleg met de verzekeraars in ieder geval de vraag over de zorgplicht nadrukkelijk op tafel te leggen?

Minister **Schippers**: Dit is niet iets waarover nooit gesproken is. Er is juist heel veel over gesproken. Ik kan in een overleg met de zorgverzekeraars natuurlijk vragen of ze goed hebben nagedacht over de vraag of ze het met één centrum kunnen doen. Ik weet overigens helemaal niet of ze daarover gezamenlijk kunnen onderhandelen. Het ligt nog voor bij de ACM en ik kan dus geen uitspraak doen over de vraag of ze het gezamenlijk kunnen doen. Ik kan die vraag wel op tafel leggen, maar zoals de heer Rutte weet heb ik in het huidige stelsel geen enkele bevoegdheid om te bepalen wie wat inkoopt. De verantwoordelijkheid voor wat er wordt ingekocht en voor de vraag of er voldoende wordt ingekocht, ligt bij de verzekeraars en niet bij de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De bevoegdheid ligt bij de verzekeraars en niet bij de Minister. Dat is feitelijk waar, maar dat is ook precies het probleem. Mijnheer Rutte noemt het een businesscase, maar volgens mij heeft het kwaliteitsinstituut hier gewoon onderzoek naar gedaan en heeft dit onderzoek het volgende uitgewezen: dit is nodig volgens de berekeningen en zo gaan we het doen. Er was met andere woorden een akkoord. De Minister had het over de spelregels in de zorg, maar de zorgverzekeraars hebben ondanks dit akkoord eenzijdig gezegd: pech voor u, maar toch maar niet, wij halen onze handtekening eronderuit. Als je de onderhandelingen eerlijk speelt, waar is dan de scheidsrechter? Het kwaliteitsinstituut heeft de kwaliteit beoordeeld en waar is dan nu de scheidsrechter? Ik zou denken dat de NZa ten minste zou moeten nagaan of de zorgverzekeraars hun bevoegdheden niet op een oneigenlijke manier hebben gebruikt. Met het oog hierop zou ik graag zien dat de Minister nagaat hoe de verhoudingen liggen. Als de Minister zegt dat de zorgverzekeraars eenzijdig hun handtekening eronderuit mogen halen, ook al hebben die partijen jarenlang onderhandeld en gesproken over de kwaliteit, dan is het misschien wel noodzakelijk dat er een nieuwe wet komt om die bevoegdheden te regelen. De zorgverzekeraars maken dan immers gewoon misbruik van hun macht. De transgenders kregen vijf maanden geen zorg, omdat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieder er niet uitkwamen en de NZa niets deed. Het lijkt er nu op dat dit weer gaat gebeuren.

Minister **Schippers**: De ACM beoordeelt of je gemeenschappelijk mag besluiten om bij één iemand in te kopen en of dat oneigenlijk is of niet. We hoeven dus niet af te wachten hoe zich dat verder ontwikkelt, omdat het al bij de ACM ligt. Ik ben nooit bij enig akkoord betrokken geweest. Er zijn alleen adviezen uitgebracht en de basis voor die adviezen was altijd de kwaliteit.

De heer Van Gerven heeft in het vorige debat pregnant de vraag naar voren gebracht of de resultaten wel of niet zo hard zijn. Het ligt dus allemaal niet zo zwart-wit. Wij hebben in het geval van deze casus alleen naar de kwaliteit gekeken. Wij zijn niet op vier uitgekomen, omdat wij dachten dat er vier nodig waren. Of één genoeg is, is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Mag het? Die vraag ligt nu voor bij de

toezichthouder die wij hiervoor hebben aangewezen. De toezichthouder moet uiteindelijk beoordelen of het mag of niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het oordeel van de ACM is een ander onderdeel van dit vraagstuk. Er is berekend hoeveel er ingekocht moet worden. De zorgverzekeraars zijn voornemens minder in te kopen dan er volgens die berekening nodig is. Dat leidt tot een discussie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars, een discussie waar ik als Kamerlid niet over ga. We hebben daarvoor een scheidsrechter in het leven geroepen en dat is de NZa. Welke rol speelt de NZa hierbij? Of doet de NZa niks? Zo ja, dan zou dat betekenen dat de zorgverzekeraars «helaas pindakaas» tegen ons zeggen, ook al laten de berekeningen gewoon zien dat het nodig is. Die berekeningen laten immers precies zien hoeveel mensen deze zorg nodig hebben.

Minister **Schippers**: Zo zwart-wit ligt het niet. Het ligt helemaal niet op één aandoening. De effectiviteit en de kwaliteit van deze nieuwe therapie is bij de ene aandoening veel duidelijker dan bij de andere. Je hebt dus heel smalle en heel brede manieren om ernaar te kijken. De protonentherapie wordt nu ook ingekocht, maar niet in Nederland. Het is dus niet gezegd dat wij in Nederland afhankelijk zijn van dat ene centrum en dat je nergens heen kunt als het misgaat bij dat ene centrum. Nee, er wordt nu ingekocht, alleen niet binnen Nederland.

Het is een financieel intensieve investering waaraan de nodige risico's kleven. Ik vind dat de verzekeraars – die taak hebben wij hun ook gegeven – moeten afwegen wat zij waar inkopen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat nog steeds niet helemaal duidelijk is hoe het zit met die behandeling. Er wordt echter al sinds 2005 aan gewerkt. Verder hebben de Gezondheidsraad en het zorginstituut hierover geadviseerd. Volgens conservatieve schattingen zouden we nu moeten beginnen met twee centra. Er zijn twee centra in Nederland klaar om te beginnen en als die niet op tijd het groene licht krijgen, dan is hun investering weg. Ik heb verder begrepen dat het maar voor weinig mensen opgaat dat je die therapie ook in het buitenland kunt doen, omdat zo'n behandeling een paar weken duurt en je het verblijf zelf moet bekostigen. Overigens is het vooral voor kinderen een belangrijke behandeling. Het is dus helemaal niet zo makkelijk om even naar het buitenland te gaan. Daarbij komt dat het dossier overgebracht moet worden en in het buitenland beoordeeld moet worden, terwijl je meestal de volgende dag al met die therapie moet beginnen. Zo urgent kan het zijn.

We leggen vandaag de vinger op de zere plek. De zorgverzekeraars bedenken met elkaar dat ze het niet willen vergoeden, ook al stellen de instanties die de Minister adviseren over de kwaliteit van dit soort zorg, dat het een goede therapie is die we moeten invoeren. Het is het plan om hiermee voorzichtig te beginnen en ik vind dan ook dat er sprake is van een lacune die we moeten opvullen. Ik verwacht van de Minister dat ze hier iets voor bedenkt.

Minister **Schippers**: Laten we nou wel de rollen zoals die in de wet zijn vastgelegd, scherp in het oog houden. De wet waarover ik sprak, is niet bedoeld om de planning van meer zorg tot stand te brengen, maar van minder. Dat is één. Twee, ik heb mijn rol vervuld door onderzoek te laten doen naar de kwaliteit van de ingediende plannen. Uiteindelijk ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij de zorgverzekeraars. Zij hebben een verzoek hiertoe bij de ACM neergelegd, maar ik weet nog helemaal niet of zij gezamenlijk mogen inkopen. Misschien mogen ze dat helemaal niet en als ze dat niet mogen, dan mogen ze het ook niet doen. Zo is het.

Ook al gaat het om heel dure zorg, ik heb op geen enkel gebied planningsbeleid. Ik bepaal dus niet welke therapie in welk ziekenhuis beschikbaar komt. Zo hebben we het nu eenmaal georganiseerd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is precies wat ik zeg. Als we het zo niet georganiseerd hebben, dan stuiten we nu op iets wat we niet goed georganiseerd hebben. De belangrijkste adviesorganen van de Minister zeggen namelijk over deze innovatieve behandelingen dat die zo belangrijk zijn dat ze er echt moeten komen. Laten we dan gaan kijken naar hoe we dit kunnen oplossen.

Minister **Schippers**: Zo zwart-wit als het hier wordt geschetst, ligt het gewoon niet. Protonentherapie wordt namelijk ingezet bij patiënten met verschillende aandoeningen en bij de ene patiënt is men verder met de bewijsvoering dat het kwalitatieve meerwaarde heeft dan bij de andere. Is één centrum genoeg? Ik kan het u niet zeggen, omdat wij dat niet berekenen. Dat moeten de verzekeraars zelf doen. Ik heb alleen naar de kwaliteit gekeken. We draaien nu een beetje in rondjes, want we hebben het niet en ik zou ook niet weten hoe we het zouden moeten doen. U zegt nu eigenlijk dat ambtenaren zouden moeten bepalen of en waar een nieuwe innovatieve therapie moet worden geplaatst. De businesscase kun je dan overigens helemaal niet hard maken, want de overheid koopt zelf geen zorg in. Hoe zorg je er dan met andere woorden eigenlijk voor dat de klandizie naar zo'n instelling gaat?

We hebben het zo dus niet geregeld en daarom past het niet in ons systeem. Het zou heel raar zijn als we opeens een uitzondering maken voor deze therapie en dat ik ga beslissen hoeveel centra er moeten komen en waar die moeten komen. In het geval van andere therapieën legt de overheid dat namelijk ook niet vast.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik proef bij alle partijen zorg over de protonencentra. Ik deel die zorgen. Er is jarenlang onderzoek naar gedaan, zowel door de Gezondheidsraad als door het CVZ. Die zijn op bepaalde aantallen uitgekomen, namelijk op een ondergrens van 2.200 patiënten per jaar. Dat onderzoek is samen met wetenschappers gedaan en ik vraag me daarom af waarom de zorgverzekeraars die zorg niet willen inkopen. De Minister zegt dat zij hier niet over gaat, maar de ACM. Kan de Minister aangeven wat zij daarvan vindt? Vindt zij het wenselijk dat de zorgverzekeraars in dezen gezamenlijk optrekken?

Minister **Schippers**: Ik heb het over een onafhankelijke toezichthouder. Laten we die politiek niet voor de voeten lopen zolang die geen uitspraak heeft gedaan. De toezichthouder toetst namelijk de zaken waarvoor die ingesteld is. Het is niet aan mij om er een oordeel over te hebben voordat de toezichthouder een uitspraak heeft gedaan over dit onderwerp. Mevrouw Klever zegt dat zorgverzekeraars zomaar kunnen beslissen om zorg niet in te kopen, maar dat kunnen ze niet omdat ze een zorgplicht hebben. Zorgverzekeraars kun je daaraan houden. Zij zullen die zorg moeten inkopen voor de patiënten die recht hebben op die zorg. Omdat het medisch noodzakelijk is, moeten ze die zorg inkopen en leveren.

Mevrouw **Klever** (PVV): En dan komen we weer bij het verhaal dat ze dat in het buitenland inkopen, zoals mevrouw Dijkstra zei. Dat is voor heel veel patiënten niet haalbaar vanwege het dure verblijf daar, dat ze zelf moeten bekostigen. De ACM is een onafhankelijke toezichthouder. Daar moet de Minister zeker niet in gaan wroeten. De ACM toetst aan wet- en regelgeving, waar de Minister wel over gaat. Is het dan wenselijk dat de zorgverzekeraars gezamenlijk bepalen dat die vier protonencentra er niet komen? Ik proef bij veel partijen dat ze het niet wenselijk vinden dat de

zorgverzekeraars dat bepalen. Dan moeten we toch iets doen aan de wet- en regelgeving, waaraan de onafhankelijke toezichthouder kan toetsen?

Minister **Schippers**: De ACM toetst aan de Mededingingswet. Die is vanuit Europa naar Nederland vertaald. Daar zit heel weinig ruimte in, kan ik alvast melden. Ik weet helemaal niet of het er doorheen komt en wil daar niet op vooruitlopen. Als een zorgverzekeraar dicht bij de grens zit, kan hij denken: niet al te ver hier vandaan kan het; ik kan het in het buitenland doen. Zij moeten inkopen op basis van de verwachting dat ze de zorg kunnen leveren. Zij denken dat ze dat bij minder dan vier kunnen. Daar gaat het om.

Voordat ik naar de individuele vragen van de fracties ga, wil ik het hebben over zorgmijding, want daar heeft iedereen over gesproken. Er is veel gerefereerd aan de verschillende onderzoeken door de LHV en door VWS en aan de onderlinge afwijkingen daartussen. Dat is op zich niet gek omdat die onderzoeken een wezenlijk andere opzet hebben, en dus andere uitkomsten. Op zich verbaast dat niet. De Vektisonderzoeken betreffen de ontwikkelingen van het feitelijk zorggebruik in 2013 ten opzichte van 2012 in de eerste lijn. De gegevens over de tweede lijn krijgen wij pas in het voorjaar van 2015. Die onderzoeken omvatten alle verzekerden. Er is bijvoorbeeld geen groep die zich aanmeldt, waardoor op een bepaalde manier wordt gemeten. Bij het onderzoek van de LHV is dat wel het geval, want de huisartsen hebben gereageerd op een verzoek. Daar kan een vertekening in zitten, maar dat hoeft helemaal niet. Dat kunnen we zien als we de uitkomsten van het laatste onderzoek, waarin alle verzekerden zitten, op een rijtje hebben. Dat dit onderzoek in 2015 komt, kan niet verbazen. Bij de begrotingsbehandeling hebben we hierover namelijk uitgebreid gesproken. Ik meldde toen al dat ik de eerstelijns cijfers altijd sneller krijg en dat de tweedelijns cijfers pas beschikbaar zijn als de dbc's gesloten zijn. Dat is een nadeel, maar het is nu eenmaal zo. Er gaat dus meer tijd overheen. De Kamer heeft toen gezegd: wij vinden dat te lang; kunt u daarom in plaats van het kwantitatieve onderzoek geen kwalitatief onderzoek erbij doen, waarbij wordt geënquêteerd? Dat heb ik gedaan. Dat is het extra onderzoek. Dat is relatief zachter dan wanneer je daadwerkelijk naar hardere gegevens kijkt. Als je wilt weten of er sprake is van zorgmijding, dan moet je gegevens hebben over de ontwikkeling van het daadwerkelijk zorggebruik. Over de eerste lijn zijn die wel bekend en bij de tweede lijn komen die nog. Uit representatief onderzoek dat werd uitgevoerd door Intomart en dat ik in 2013 aan de Kamer heb gestuurd, blijkt dat veel mensen ook om andere redenen afzien van zorg. We hebben dat onderzoek al besproken in de Kamer. Een van de redenen die mij opviel, was een gebrek aan tijd. Er zijn ook andere redenen. De LHV heeft naar financiële redenen gevraagd, maar wij vroegen breder. Daaruit blijkt dat er een heel palet van redenen is waarom men bijvoorbeeld een doorverwijzing niet heeft geëffectueerd. Ik wil zeker een gesprek met de LHV toezeggen, zoals de Partij van de Arbeid vroeg. Ik zal dat doen. In afwachting van de cijfers over de tweede lijn, die harde gegevens, zal ik kwalitatief onderzoek doen naar de achtergrond van mensen. Dat extra onderzoek is eind van het jaar klaar en zal ik in de tussentijd doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb gevraagd of de Minister ervan overtuigd is dat het huidige onderzoek daadwerkelijk het antwoord gaat leveren op de vraag of er sprake is van zorgmijding en, zo ja, wat de oorzaken daarvan zijn. Daarnaast stelde ik nog een vraag. De NZa trekt al de conclusie dat het aantal wanbetalers toeneemt doordat het eigen risico verhoogd is. Zijn er parallele verbanden te trekken met zorgmijding? Beide zaken gaan over mensen die geen geld hebben om zorg te betalen.

Minister **Schippers**: Dat kun je niet een-op-een naar elkaar omzetten. Daarom doen we onderzoek naar zorgmijding. Dat is nog iets anders dan bijvoorbeeld het eigen risico gespreid betalen of wanbetaler zijn. Wij zullen zeker op twee aspecten heel goed letten. Het eerste aspect is dat je harde gegevens nodig hebt. Die hebben we al van de eerste lijn en die krijgen we nog van de tweede lijn. Daarin kun je daadwerkelijk zien of er verschuivingen zijn en waar die vandaan komen. Het tweede aspect is dat ik meer wil weten over de achtergrond van mensen die zeggen zorg te mijden. Het is helemaal niet gezegd dat dit mensen zijn met een bijstands-uitkering en weinig geld. Het kunnen ook mensen zijn met veel meer geld, maar die er toch geen gevolg aan geven. Dat onderzoek zal ik doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Nog los van de vraag of je als Minister van Volksgezondheid een voorzorgsprincipe zou moeten hanteren voor iedereen op het moment dat huisartsen aan de bel trekken dat er wel degelijk een groot probleem is met de toegang, heb ik nog een andere vraag aan de Minister. Van wie is het volgende citaat? De uitspraak is gedaan op 30 mei 2013, meer dan een jaar en vier maanden geleden. «Ik wil dat op een serieuze manier aanpakken, eigenlijk net zo breed als de vorige onderzoeken zijn aangepakt. Als wij dat doen, kunnen wij pas na de zomer starten. Dan zijn pas begin volgend jaar de resultaten beschikbaar.»

Minister **Schippers**: Er zijn verschillende onderzoeken gedaan. U refereert aan mijn uitspraken. Ik heb een reeks van onderzoeken achter elkaar gezet, maar gegevens moet je eerst hebben, wil je ze kunnen onderzoeken. In de loop van de tijd heb ik stapsgewijs, op basis van de gegevens die we hadden, onderzoek gedaan. In de onderzoeksperiode die het betreft, sluit een dbc pas na een jaar. Inmiddels is die periode verkort.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het debat op 30 mei 2013 vond plaats naar aanleiding van de geluiden van de huisartsen: hoe vaak volgen mensen een indicatie van de huisarts niet op omdat ze financieel geremd worden? Als de Kamer toen had geweten dat de Minister enkel onderzoek zou doen naar de vraag hoe vaak er zorg is gebruikt, dan had zij dat niet serieus genomen en niet geaccepteerd. Als de Kamer had geweten dat het zou gaan om een steekproef onder een gezonde populatie naar het mogelijk betalen van het eigen risico als men ziek wordt, waarvan je je kunt afvragen of dat onderzoek überhaupt te maken heeft met de zorgen van de huisartsen, dan had de Kamer dat niet geaccepteerd. Dat weet de Minister ook. Nog los van de verschillen in onze mening over het eigen risico en hoe je een financiële drempel opwerpt voor mensen, vraag ik de Minister waarom zij de Kamer niet heeft laten weten dat ze geen onderzoek doet, waarom zij geen gesprek is aangegaan met de huisartsen, die al anderhalf jaar aan de bel trekken over dit onderwerp. Waarom neemt zij de Kamer en de huisartsen niet serieus? Op die vraag van mij in eerste termijn wil ik graag antwoord.

Minister **Schippers**: De SP doet alsof er daarna nooit meer over gesproken is. Dat is natuurlijk volstrekt flauwekul. Het citaat dat mevrouw Leijten aanhaalde, ging over het onderzoek van Intomart, uit oktober 2013 wel te verstaan, dat ongeveer een halfjaar later is opgeleverd. Maar in diezelfde periode hebben we uitgebreid bij de begrotingsbehandelingen over die onderzoeken gesproken, ook over de termijn waarop die onderzoeken opgeleverd zouden kunnen worden. De heer Otwin van Dijk zei te begrijpen dat de harde cijfers later zouden komen en vroeg mij of ik de Kamer voor die tijd daarover informatie kon geven, ook al zouden die cijfers minder hard zijn en kwalitatief in plaats van kwantitatief. Dat heb ik gedaan. Mevrouw Leijten zegt dat het onderzoek niet op keiharde cijfers is gebaseerd, maar dat heb ik van tevoren al gezegd. Het LHV-onderzoek is dat ook niet, want daar zit ook

een selectiviteit in, namelijk de huisartsen die zich aangemeld hebben. Daarnaast werd daarin gevraagd of het een financiële oorzaak was in plaats van wélke oorzaak het was. Daar zitten ook allerlei dingen in. Het is behelpen tot je harde gegevens hebt. Als je die hebt, en dat is begin volgend jaar het geval, kun je daadwerkelijk conclusies trekken. Dat punt is vorig jaar uitgebreid aan de orde geweest bij de begrotingsbehandeling.

De **voorzitter**: Vooruit, mevrouw Leijten, u mag nog één korte vraag stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als dit me mijn tweede interruptie kost, vind ik dat ook goed, maar ik wil echt zeggen dat ik een beetje gallisch word van een Minister die met onderzoeken doen en onderzoeken doen haar verantwoordelijkheid voor zich uit schuift. Als zij zegt dat de huisartsen een steekproef hebben gedaan waaruit een zorgelijk signaal komt, maar dat zij de vraagstelling te sturend vindt en dat zij het over doet met een meer open vraagstelling, dan had ze serieus onderzoek gedaan. Dan had ze ook de zorgen van de Kamer serieus genomen. Zorggebruik en de effecten van het eigen risico hebben zeker op macroniveau helemaal niet zo'n grote correlatie. Het gaat om het effect van mensen in gedrag. Dat kun je niet macro zien op zorggebruik. Ik vraag de Minister niet alleen om de Kamer serieus te nemen, maar ook de huisartsen. Dat doet zij niet. Dat staat nog los van de vraag of zij niet het voorzorgsprincipe zou moeten hanteren, waarbij zij, als er ernstige signalen zijn in de samenleving over de gevolgen van het eigen risico – niet alleen de huisartsen trokken aan de bel, maar ook de zorgverzekeraars – het eigen risico voorlopig niet verhoogt. Is zij bereid om het eigen risico voorlopig niet te verhogen totdat zij zeker weet dat er geen negatieve effecten zijn in het door laten verwijzen van patiënten naar medisch noodzakelijke zorg?

Minister **Schippers**: Ik heb een onderzoekstraject met de Kamer afgesproken. We hebben uitgebreid besproken dat de Kamer meent dat er een te groot gat is. We hebben afgesproken dat we tussentijds kwalitatief onderzoek doen om meer grip te krijgen op wat er gebeurt. Je kunt aan dat onderzoek echter duidelijk geen grote conclusies verbinden. Ook uit de cijfers over de eerste lijn blijkt dat het daadwerkelijke zorggebruik in de eerste lijn op sommige gebieden daalt, maar op andere weer stijgt. Je kunt daar dan niet zulke grote conclusies uit trekken. U kunt dan niet zeggen dat ik dit niet serieus neem als ik dit onderzoekstraject al verschillende malen in de Kamer heb besproken en met de Kamer zelf heb afgesproken.

Ik ga in op de kwestie van het verhogen van het eigen risico. Er komen volgend jaar overhevelingen aan. De wijkverpleegkundige zorg is er daar een van. We weten allemaal dat het eigen risico wordt berekend op het beslag van alles wat in het pakket zit. Met de wijkverpleegkundige zorg neemt het pakket substantieel toe. Natuurlijk gaat het eigen risico conform de onderliggende afspraak omhoog. Daarbij is ook sprake van een indexatie. Het is echter niet zo hoog als vooraf geraamd was. De kosten zijn namelijk minder gestegen omdat we een continu programma hebben om de kosten te drukken. Daarbij is het cruciaal dat de wijkverpleegkundige zorg eigen bijdragen kent die op kunnen lopen tot honderden euro's. Een eigen bijdrage kan zo € 700 zijn. Die bijdragen vervallen. Voor de wijkverpleegkundige zorg komt geen eigen risico; die valt daarbuiten. De mensen die nu wijkverpleegkundige zorg hebben en daarvoor hoge eigen betalingen doen, hebben als de wijkverpleegkundige zorg straks in het pakket zit, geen eigen betalingen meer en hoeven geen eigen risico daarover te betalen. Het zijn wel mensen die veel zorg gebruiken, dus voor heel veel mensen zal het eigen risico toch opgaan. Dit zijn heel belangrijke noties die je mee moet nemen als je het hebt over het

verhogen van het eigen risico en vervallen betalingen. Het pakket wordt er veel groter van.

We weten allemaal dat het eigen risico wordt gecompenseerd in de zorgtoeslag. In 2014 is er maximaal € 73 aan eigen risico betaald door de laagstbetaalden met een zorgtoeslag. Dat wordt gemitigeerd. Toen het eigen risico indertijd verhoogd werd, werd dat tegelijk in de zorgtoeslag erbij gedaan. De € 360 waarover we het hebben, betekent voor de laagstbetaalden in de samenleving € 73. Ik vind dat je ook de compensatie moet meenemen als je het hierover hebt.

Mevrouw **Leijten** (SP): 800.000 mensen hebben een probleem met het in een keer betalen van het eigen risico, maar de Minister zegt: ja, maar eigenlijk wordt het gemitigeerd met de zorgtoeslag. De zorgtoeslag zal worden verlaagd en is er alleen voor de laagste inkomens, maar de problemen zitten ook bij middeninkomens. Denkt de Minister echt dat als er nu een probleem is met het in een keer of gespreid betalen van de € 360, dit minder zal worden als dat volgend jaar € 390 of € 400 wordt? Dat was de vraag natuurlijk niet. Deze zomer hebben we een zogenaamde evaluatie van de gevolgen van het eigen risico op de zorgmijding gekregen. Dat waren vier onderzoeken. Drie daarvan waren oud en gingen er niet over, en het vierde was een onderzoek dat gedaan is onder een groep die je niet representatief kunt noemen. Dat is een Minister onwaardig. Als een Minister van Volksgezondheid de geluiden serieus neemt – nogmaals, die komen niet alleen van de huisartsen, maar ook van de zorgverzekeraars – dat er wel degelijk een groot probleem is met het eigen risico, dan geeft het geen pas om deze onderzoeken te presenteren als goed onderzoek naar de gevolgen van het eigen risico. Als je dan nog geen onderzoek hebt, zou het passen voor een Minister van Volksgezondheid voor iedereen in Nederland dat zij zou zeggen: omdat ik niet weet wat de gevolgen zijn, ga ik voorlopig het eigen risico niet verhogen. Het eigen risico was te verhogen bij wet, dan kan het ook bij wet op dezelfde hoogte worden gehouden, ondanks allerlei smoesjes over indicatie en groter beslag. Het is gewoon een politieke keuze om dat te laten gebeuren. En deze Minister vindt dat blijkbaar prima.

Minister **Schippers**: Ten eerste is het onderzoek van Intomart wel degelijk representatief; het is een representatieve enquête. Ten tweede zien de zorgverzekeraars meer problemen met het eigen risico. Dat begrijp ik wel, want we hebben een economische crisis achter de kiezen. Hetzelfde zal gelden bij de huur, de elektriciteit en de zorg. Overal zie je dat mensen een klap krijgen van de economische crisis. In die zin verbaast het mij niet, maar je kunt niet alles daarop gooien. Het is immers niet zo dat er geen geld bij moet als je het eigen risico afschaft. Als je het eigen risico afschaft, gaat de premie omhoog, want het moet wel ergens uit betaald worden. Er is geen free lunch. Als je als politiek besluit dat het eigen risico omhooggaat – dat besluit werd indertijd genomen in het lenteakkoord – maar dat dit een-op-een gecompenseerd wordt in de zorgtoeslag, is het netjes om dat te noemen. Dat wil niet zeggen dat mensen geen financiële problemen kunnen krijgen als ze werkloos raken en er een crisis is. Dat is een ander verhaal. Mevrouw Leijten is tegen het principe van een eigen risico, maar het principe is wel dat een eigen risico aan twee kanten werkt. Je houdt de solidariteit voor een verzekering als jonge, gezonde mensen een premie betalen die heel hoog is omdat wij van hen grote solidariteit vragen en er wel een deel is – in dat geval is dat € 360 – waarvan we zeggen dat de gebruiker betaalt. Iedereen weet dat die € 360 het maximum is. Ongeacht welke dure ziektes je hebt die je uit eigen zak moet betalen, heb je toegang tot zorg die behoort tot de beste van de wereld. Daar kun je politiek gezien verschillend over denken. Ik werp wat mevrouw Leijten zegt echter verre van mij. We hebben afspraken gemaakt in de Kamer over welk onderzoek wanneer wordt gedaan en opgeleverd.

Ik houd mij daar netjes aan. Ik heb een onderzoeksopdracht gegeven aan Intomart, dat komt met uitslagen en gegevens die representatief zijn en geen aanleiding geven tot wilde dingen. Ik wacht gewoon af wat er uit de volgende stap komt die ik met de Kamer heb afgesproken. Daarbij zeg ik toe dat ik er, gezien de zorgen in het veld en in de politiek, een extra onderzoek tussen zet dat ik voor het eind van het jaar oplever. Mij kan niet verweten worden dat ik de signalen niet serieus neem, want die neem ik wel degelijk serieus en daar handel ik wel degelijk op. Als de onderzoeken een bepaalde conclusie hebben, dan moeten we bespreken hoe we die conclusie wegen en wat we daarmee doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De conclusie uit het rapport van Intomart is dat er niet feitelijk kan worden vastgesteld dat de verhoging van het eigen risico tot zorgmijding leidt. Er kan echter niet worden vastgesteld dat de verhoging van het eigen risico níet tot zorgmijding leidt. Er is geen definitieve conclusie te geven. Daarom hebben we als Kamer nog steeds grote zorgen, met het CDA voorop, dat de verhoging van het hoge eigen risico tot ongewenste zorgmijding leidt. We zien dat dit tot duurdere zorg leidt. De Minister zegt dat er harde gegevens komen, maar de echte vraag is of zij uit die harde gegevens een conclusie zal kunnen trekken, een conclusie waarbij definitief een antwoord kan worden gegeven op de vraag of de verhoging van het eigen risico tot extra ongewenste zorgmijding leidt.

Minister **Schippers**: Dat hangt natuurlijk af van de resultaten. Daar kan ik niet op vooruitlopen. Misschien is het beeld wel heel diffuus. Dan is het moeilijker om conclusies te trekken dan wanneer het een heel helder beeld is. Ik wil mevrouw Bruins Slot eraan helpen herinneren dat er in de tegenbegroting van het CDA nog € 25 eigen bijdrage extra zat. Ik hoor wat mevrouw Bruins Slot buiten de microfoon zegt, maar ik heb er een hekel aan als er nu zo gekeken wordt. Het CDA heeft dus ook een eigen bijdrage in de tegenbegroting gehad, die misschien het probleem groter had gemaakt. We hebben die immers niet overgenomen. De conclusies uit het onderzoek kunnen helder zijn, maar dan is de volgende vraag wat we daarmee doen: bouwen we het af of niet? Dat is ook weer een politiek besluit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister kiest de vlucht naar voren. Dat mag zij natuurlijk doen, maar laten we ons tot de inhoud wenden: zorgmijding. Het interessante is dat er in het rapport van de NZa wel een relatie wordt gelegd tussen wanbetaling en de verhoging van het eigen risico. Het interessante aan de wanbetalers is dat het niet alleen gaat om mensen met weinig inkomen. Als je in de staatjes kijkt van het CBS, StatLine, betreft het mensen uit verschillende inkomensgroepen en met verschillende achtergronden. Zij hebben dus ergens een systeem waarmee deze directe relaties kunnen worden gelegd. Mijn vraag was er niet op gericht om de Minister de zwartepiet in de schoenen te schuiven, maar om een mogelijk probleem op te lossen. Het lijkt erop dat de NZa bepaalde gegevens heeft die wellicht voor de Minister ook nuttig zijn. De enige suggestie die ik heb gedaan is of het handig is om eens na te vragen of het Ministerie van die gegevens of de methode gebruik kan maken, zodat we wel een goed antwoord op een vraag krijgen die ons allemaal bezighoudt. Overigens hoef ik de Minister niet te herinneren aan het verkiezingsprogramma van de VVD.

Minister **Schippers**: Ik ben nu bewindspersoon en er is een regeerakkoord. Alles draait om keuzes. Als u zegt dat er politieke keuzes gemaakt worden, dan loopt u toch ook niet weg voor uw politieke keuze om de eigen bijdrage met € 25 te verhogen? We hebben keuzes gemaakt waar we ook voor moeten staan. Dat gaat in eerste instantie met een extra

verhoging, want er is vorig jaar niets anders gedaan dan een indexatie. Er is geen extra geld op het eigen risico gegooid. Op basis van die keuzes doe ik onderzoek, want ik vind het met de Kamer belangrijk om te weten hoe zich dat ontwikkelt, ook ten aanzien van zorgmijding. Dat onderzoek levert gegevens op. Als we de tweedelijnsgegevens hebben, hoop ik dat daar iets uitkomt. Het kan een diffuus, maar ook een helder beeld geven. Daarna ga je kijken naar de gevolgen. Die volgorde wil ik aanhouden. De NZa heeft met name naar wanbetaling gekeken en niet naar zorgmijding. Met het gespreid betalen van het eigen risico worden geen schulden opgebouwd. Het is een extra service aan mensen om te kunnen kiezen voor een gespreide betaling. Het aantal wanbetalers loopt wel op, dus je ziet wel dat de crisis heeft ingehakt op de Nederlandse samenleving. Dat zie je niet alleen bij de wanbetalers in de zorg, maar ook bij huren en gas, water en elektriciteit.

Mevrouw **Klever** (PVV): We hebben het over allerlei extra onderzoeken, maar intussen gaan de besluitvorming en de begroting door en verhoogt het kabinet het eigen risico met weer € 10. En er liggen al zo veel onderzoeken. Ik ga even terug naar het onderzoek van de LHV. De Minister heeft de huisartsen een heel belangrijke rol in ons zorgstelsel gegeven. Ze zijn de poortwachter in de zorg en krijgen heel veel taken toebedeeld. Als ze dan eens aan de bel trekken, als er dan eens een onderzoek is waarin 90% van de huisartsen zegt dat ze regelmatig meemaken dat om financiële redenen wordt afgezien van noodzakelijke zorg, waarom neemt ze dat dan niet serieus?

Minister **Schippers**: Het is niet gezegd dat ik dat niet serieus neem. Ik zeg dat het verschillende onderzoeken zijn met een verschillende opzet. Ik krijg dus ook verschillende gegevens. Uit het onderzoek van Intomart blijkt dat weer niet zo helder, of eigenlijk niet. Uit de eerstelijnscijfers, waarin we concreet kunnen zien wat er daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, blijkt dat er hier en daar een daling is, terwijl er tegelijk op andere vlakken een stijging van zorggebruik is. Het is ontzettend belangrijk om meer te weten, op basis waarvan we conclusies trekken. Ik vind het vervelend, maar de dbc-gegevens kunnen we pas krijgen als de dbc's zijn afgesloten. Dat is een nadeel, maar dat probeer ik met een ander programma te versnellen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik blijf er toch bij dat als de huisartsen, de poortwachters in de zorg, massaal aan de bel trekken, de Minister op zijn minst de huisartsen het voordeel van de twijfel moet geven en zij geen verdere onomkeerbare stappen moeten nemen. De Minister zou minstens moeten zeggen: ik neem het serieus, ik wil toch mijn eigen onderzoek doen en in de tussentijd verhoog ik het eigen risico niet nog meer. Het is toch de enige fatsoenlijke reactie om het eigen risico niet nog meer te verhogen totdat duidelijk is of de huisartsen gelijk hebben of dat het toch iets anders is?

Minister **Schippers**: We vallen in herhaling. Het eigen risico gaat omhoog, maar tegelijkertijd vervallen betalingen voor de wijkverpleegkundige zorg. Mensen die nu heel veel geld kwijt zijn omdat ze verzorgd worden door een wijkverpleegkundige, zullen na 1 januari 2015 financieel veel beter af zijn. Er zitten plussen en minnen in het stelsel. De afschaffing van de Cer wordt gecompenseerd in de zorgtoeslag. Zo kun je iedere keer het negatieve noemen, maar er zit altijd een andere kant aan.

Mevrouw Klever deed het voorstel om beroepsverenigingen te laten contracteren. Ik meen, zoals hier al is gezegd, dat het niet het antwoord is om steeds grotere kolossen te krijgen in de zorg die met elkaar aan de slag gaan. Uiteindelijk is er daar één de dupe van: de patiënt. Dat zou ik

niet willen. De onderhandelingen verdienen duidelijk verbetering, zeker waar het kleine aanbieders betreft, beroepsbeoefenaren, zoals een vrijgevestigde psychotherapeut. We hebben een rondgang gedaan door Nederland en daarbij zijn daadwerkelijk knelpunten naar boven gekomen. Niet alleen psychotherapeuten, maar ook fysiotherapeuten hebben ons heel veel voorbeelden gegeven waarvan zij zeiden: wij kunnen over kwaliteit niet individueel onderhandelen met een zorgverzekeraar omdat er duizenden beroepsbeoefenaren zijn, wat fysiek heel lastig vorm is te geven voor een zorgverzekeraar. Dat is ook de reden waarom ik in de stukken die ik aan de Kamer heb gestuurd, heb geschreven dat er heel goede voorbeelden zijn waarin een beroepsvereniging wel met een verzekeraar praat over de gehanteerde kwaliteitsnormen. Daarover worden afspraken gemaakt en op basis daarvan contracteert de zorgverzekeraar. Dat zijn heel goede bewegingen, want dan is het niet alleen de zorgverzekeraar die de kwaliteit bepaalt, maar ook de beroepsvereniging. Bijvoorbeeld de beroepsvereniging van fysiotherapeuten heeft heel veel gedaan aan het inzichtelijk maken van kwaliteit. Daarop hebben ze ontzettend grote stappen gezet. Een zorgverzekeraar en een beroepsvereniging hebben daar dan een gesprek over. Daarin wordt de basis gelegd op basis waarvan gecontracteerd wordt. Vervolgens gaat dat van start. Beroepsbeoefenaren kunnen met elkaar de krachten bundelen om een zorgverzekeraar te contracteren. Ook daarvan zijn voorbeelden naar voren gekomen die veel breder verspreid moeten worden, waarin groepen van individuele zorgverleners veel beter contracten kunnen afsluiten met zorgverzekeraars. Die ervaringen moeten echt worden verspreid. In de Eerste Kamer ligt een wetsvoorstel over artikel 13, waarin staat dat de zorgverzekeraar zijn inkoopbeleid publiek moet maken. Als zorgaanbieder krijg je daardoor daadwerkelijk inzicht in de criteria op basis waarvan een zorgverzekeraar inkoop. Dat inzicht is er nu niet. Zo kan men achterhalen of men daaraan voldoet of dat men een tandje bij moet zetten om er alsnog aan te voldoen. Dat zijn allemaal ontwikkelingen waaraan je ziet dat de positie van de beroepsbeoefenaren sterker wordt. Ik vind ook dat dit moet gebeuren. De verspreiding van de best practices, waarover ik heb toegezegd die veel actiever te gaan verspreiden in Nederland, moet beter gaan gebeuren in de toekomst.

Er is gezegd dat de buffers van de zorgverzekeraars terug moeten naar de premiebetalers. Het debat daarover hebben we vaker gevoerd. De reserves van de zorgverzekeraars zijn noodzakelijk voor een gezonde financiële positie. Als het slecht gaat met een zorgverzekeraar en hij in zwaar weer verkeert, kan hij wel zijn zorgplicht nakomen aan zijn verzekerden. Dat vinden we ontzettend belangrijk. Sterker nog, de politiek heeft de eisen aan de reserves van zorgverzekeraars aangescherpt naar aanleiding van de bankencrisis. In Solvency II worden de eisen aan de reserves van verzekeraars aangescherpt. De Nederlandsche Bank heeft het signaal afgegeven dat die percentages omhooggaan. Ik kan mij goed voorstellen dat zorgverzekeraars er enigszins op anticiperen gezien de overheveling van vele miljarden naar de Zorgverzekeringswet en de komst van Solvency II, waardoor de buffers omhoog moeten. Dat hebben ze ook gedaan, zelfs zo goed dat ze volgens mij niet veel meer hoeven te doen om aan alles te kunnen voldoen. Het zal niet voor iedere individuele zorgverzekeraar gelden, maar wel voor de zorgverzekeraars in den brede.

Mevrouw **Klever** (PVV): De Minister zegt terecht dat we deze discussie al eerder hebben gevoerd. Het valt mij op dat er vaak een verkeerd beeld wordt geschetst. De PVV wil absoluut niet komen aan de buffers die zorgverzekeraars door de Nederlandsche Bank verplicht worden aan te houden om aan hun betalingsverplichtingen te voldoen. Laten we dat even helder hebben. Maar boven op de door de Nederlandsche Bank vereiste buffers zitten de zorgverzekeraars gezamenlijk nog op 4 miljard euro. Dat is 4 miljard euro aan premiegeld als overtollige buffer. Dat moet

teruggegeven worden aan de premiebetaler. Wat vindt de Minister daarvan?

Minister **Schippers**: Eigenlijk heb ik dat al gezegd. De zorgverzekeraars weten dat er volgend jaar voor miljarden extra in het pakket komt waarvoor zij reserves moeten aanhouden. Daarnaast weten ze dat Solvency II eraan komt, waarbij de Nederlandsche Bank hogere buffers van hen gaat vragen. Dat zij daarop geanticipeerd hebben, vind ik niet gek. Wel heb ik altijd gezegd dat ik vind dat als er overwinsten zijn en als er daarboven reserves zijn, die teruggegeven moeten worden aan de premiebetaler. Dat hebben zorgverzekeraars vorig jaar overigens ook fors gedaan, zo fors zelfs dat zij onder de raming uitkwamen die VWS had gemaakt voor de premie. Er zijn al delen teruggegeven. Hoe het dit jaar zit, kan ik niet zien. Dat zal ook zeker per zorgverzekeraar verschillen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ondanks dat een deel van de winst is teruggegeven aan de premiebetaler, hebben de zorgverzekeraars weer een recordwinst behaald: 10% meer dan vorig jaar. Dat is goed nieuws, mits dat teruggaat naar de premiebetaler. De Nederlandsche Bank heeft al voorgesorteerd op strengere eisen en heeft haar eisen aan de buffers van de zorgverzekeraars al aangescherpt. Daarbovenop zit nog steeds die 4 miljard. Bij mijn weten wordt er slechts voor 3 miljard in totaal overgeheveld. Ik kan mij niet voorstellen dat de buffer hoger moet zijn dan het totaal over te hevelen bedrag. Het zijn allemaal prachtige verhalen van de Minister, maar de zorgverzekeraars hebben gewoon 4 miljard euro aan overtollig geld, dat terug zou moeten naar de premiebetaler. Is de Minister bereid om met de zorgverzekeraars te praten om ze ertoe aan te zetten om dit terug te geven in de vorm van premieverlaging?

Minister **Schippers**: Het is een misvatting dat de Nederlandsche Bank het percentage heeft verhoogd. Dat heeft de bank niet gedaan, al een paar jaar achter elkaar niet, maar hij gaat dat wel doen. Het is 11 voor komend jaar, maar het gaat wel omhoog. Dat is Solvency II. Dat is nu juist de essentie. Als het omhooggaat – als zorgverzekeraar zul je daaraan moeten voldoen – en er meer in het pakket komt, dan kan ik het begrijpen als een zorgverzekeraar meer aanhoudt. Ik ben het eens met mevrouw Klever dat gelden daarboven terug moeten naar de premiebetaler. Ik ga ervan dat dit in een concurrerende markt ook gebeurt. Vorig jaar is er meer teruggegeven door zorgverzekeraars dan wij hadden geprognosticeerd. Laten we daarover eerlijk zijn. Wij hadden in onze cijfers een veel lager bedrag zitten. Zij zijn daar overheen gegaan. Dat vind ik een goed teken, aan de hand waarvan ik constateer dat de concurrentie op prijs tussen de zorgverzekeraars wel goed zit.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): We praten over heel grote bedragen, namelijk in totaal 4 miljard. Die bedragen klinken enorm indrukwekkend. Als verzekeraars dat geld zouden teruggeven in de premie over alle verzekerden, vraag ik mij af over welk bedrag per verzekerde we praten. Dat is eenmalig. Je geeft het een keer uit en dan is het op. Heeft de Minister daar een beeld van?

Minister **Schippers**: Als ik een tientje premieverlaging wil, moet ik 300 miljoen bezuinigen. Die rekensom kan ik 's nachts nog opdreunen omdat ik daar heel hard aan gewerkt heb. Daaraan zie je hoe de verhoudingen liggen: 300 miljoen ten opzichte van een tientje. Ik weet niet wat mevrouw Dijkstra van mij vraagt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vroeg of u daar een beeld van hebt. Het gaat om een eenmalig bedrag, dat volgend jaar weer weg is. We voeren heel vaak de discussie hier, maar waar gaat die eigenlijk over? Die vraag

leg ik bij de Minister neer. Als je het over zulke grote bedragen hebt, denk je dat het heel veel geld is waardoor heel veel mensen heel veel krijgen, of dat het heel veel goedkoper wordt. Maar is dat ook zo? Die vraag stel ik. De Minister heeft daarover alle gegevens paraat.

Minister **Schippers**: Ik heb verzekeraars gezien die hebben voorgerekend hoe lang zij het kunnen volhouden met die buffers als het slecht met ze gaat. Voor de begrotingsbehandeling zal ik de Kamer een A4'tje aanleveren over de proporties. Het lijkt mij goed om die helder te hebben. Onder verwijzing naar een artikel in De Groene Amsterdammer wordt gesteld dat kwaliteit bepaald wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars omdat zij afspraken maken. Ik vind dat te kort door de bocht, zeg ik tegen mevrouw Bouwmeester, die dat zelf niet zegt maar refereert aan dat artikel. We hebben hier wettelijk vastgelegd dat patiënten een positie hebben binnen het Kwaliteitsinstituut. Die hebben zij nooit gehad. In het afspreken van de richtlijnen – de richtlijnen bevatten de definitie van kwaliteit; dat is ook waarop de inspectie het veld controleert – hebben de patiënten een veel steviger positie dan ze ooit hebben gehad. Dat is ook terecht, maar dat aspect ontbrak. Patiëntenvereniging zijn betrokken bij het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, maar de directe onderhandelingen gaan inderdaad tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. Als je de patiënt sterker wilt kunnen laten kiezen op kwaliteit, dan zal hij daarvan meer moeten weten. Ik heb gisteren bij een zorgverzekeraar meege luisterd aan de telefoon om te horen welke vragen zij binnenkrijgen. Het viel mij op dat dit veel vragen zijn. Dat werd bevestigd door de mensen die aan de telefoon zaten. Er is een verschuiving van vragen over de wachtlijsten naar expertise. Toen ik er gisteren was, belde iemand met de ziekte van Lyme om te vragen waar de expertise in Nederland zit over deze ziekte. De zorgverzekeraar meldde waar de expertisecentra zijn. Daarnaast gaf hij de wachtlijst per centrum en verwees hij door. Zo zien we het graag. Het is prettig dat een patiënt dat bij zijn zorgverzekeraar kan vragen en dat de verzekeraar daar een steeds actievere rol in vervult, maar ook dat wij dat zelf kunnen opzoeken op internet. Daar is het Kwaliteitsinstituut mee bezig. Dat heeft een aantal trajecten. Als je bij het Kwaliteitsinstituut bij diabetes kijkt – het adres is www.kiesbeter.nl – kun je zien welke kwaliteitsaspecten daarbij een rol spelen en hoe je daar als patiënt veel beter beslagen ten ijs kunt komen. Het Kwaliteitsinstituut is bezig met een traject op die site om patiënten daar veel beter te informeren. We zijn er nog niet. We zien dat ziekenhuizen dat veel meer inzichtelijk maken. Die zijn een paar maanden geleden gestart met het Kwaliteitsvenster. Ook daarin kun je het als patiënt veel beter zien per ziekenhuis. Je ziet het op gang komen. Dat is ook nodig omdat wij willen dat de patiënt die de emancipatie allang heeft doorgemaakt, de instrumenten krijgt om daadwerkelijk dat kwaliteitsaspect veel explicieter een rol te laten spelen.

Mevrouw Bouwmeester vroeg ook om een expliciete wettelijke regeling waarin wordt uitgewerkt welke premiekorting wel en niet wenselijk is om risicoselectie te voorkomen. De NZa heeft een hele rij mogelijkheden opgesteld om indirecte risicoselectie te voorkomen. Ik heb de tabel hier voor me. Dat is momenteel in uitvoering. Er wordt bekeken welke websites niet-verzekerden automatisch naar bepaalde polissen leiden. Er wordt gekeken naar praktische drempels voor het afsluiten van een polis voor mensen buiten de doelgroep. Hetzelfde geldt voor sturing via een aanvullende verzekering, het gebruiken van volmachten, de mogelijkheid om via collectiviteiten toegangsvoorwaarden te stellen en toetsing van het acceptatiebeleid bij sommige verzekeraars omdat dat onvoldoende structureel geborgd zou zijn. Mijn voorstel is om te bekijken waarin de onderzoeken waarmee de NZa bezig is – ze spreken verzekeraars erop aan en onderzoeken situaties, bijvoorbeeld die rond de inschrijfmogelijkheden – resulteren voordat wij overgaan tot een wettelijke maatregel. Aan het

huidige collectiviteitensysteem zitten immers ook voordelen. Als een verzekeraar met een grote diabetescollectiviteit diabeteszorg strakker en beter kan inkopen, heeft die daar ook voordeel van. Ik wil voorstellen dit nog even af te wachten, maar dit wel als stok achter de deur te houden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De NZa heeft al onderzoek gedaan en geeft de volgende overweging mee: kom tot een expliciete regeling waarin staat welke korting wel en welke korting niet toegestaan is in de context die de Minister net beschreef. Ik heb hetzelfde rijtje voor mij. Wij willen het dus niet nog een keer aankijken, want dat doen we eigenlijk al. Wij zien al dat het schuurt. Mijn voorstel was dus om de NZa die regeling te laten maken, rekening houdend met collectiviteiten en de voordelen daarvan, maar ook rekening houdend met de risico's die zij ziet. Eén ding is zeker: ik ben bijvoorbeeld jong en redelijk gezond; tenminste, daar ga ik van uit. Ik kan mijn eigen risico enorm ophogen waardoor ik premiekorting krijg. Dat is eigenlijk al een vorm van risicoselectie, want als ik geen geld heb of heel ziek ben, dan doe ik dat niet. Ik zal de persoonlijke voorbeelden verder even buiten beschouwing laten. De NZa doet de aanbeveling haar de opdracht te geven om die regeling te ontwerpen. Wij vinden dat eigenlijk wel een goed voorstel. Hoe die regeling eruit komt te zien, is aan de NZa. Het is ons net iets te vrijblijvend om nu nog af te wachten of om verder te gaan met onderzoeken.

Minister **Schippers**: Maar de kaders waarbinnen de verzekeraars moeten blijven, zijn wettelijk gezien heel helder. Voor een collectiviteit mag je namelijk maximaal 10% premiekorting geven. Je mag het eigen risico ophogen, maar daar zit wel een maximum aan. Dat is politiek vastgesteld. Dat is niet aan verzekeraars overgelaten en ook de NZa heeft dat niet gedaan. De politiek heeft dat gedaan. De politiek heeft de kaders gesteld. Nu is de vraag of die kaders aangescherpt moeten worden. Voordat we ze aanscherpen, zou ik de NZa eerst verder willen laten gaan met de lijst die in gang gezet is. Als we ze daarna verder willen aanscherpen, is dat niet aan de NZa maar aan ons. Dan moet de politiek zeggen: wij willen geen vrijwillig eigen risico, wij vinden dat een collectiviteitspremie maar 8% lager mag zijn. Ik doe maar even een gooi. Dat zou dus niet aan de NZa zijn. Maar voordat wij politiek die stap nemen, vind ik dat we eerst moeten kijken wat hetgeen we in gang hebben gezet oplevert.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het met de Minister eens dat we moeten onderzoeken waarnaar we moeten kijken en wat we moeten doen. De NPCF heeft daar ook belangrijke aanbevelingen voor gedaan. Ik zou echter willen voorstellen dat we bekijken wat er aan de hand is en wat er gedaan moet worden, en dat we daar gelijk een regeling aan koppelen. De NZa zegt al dat het gestelde politieke kader schuurt. Dat heeft een risico in zich. Dat risico willen we uitsluiten. Ga dan gewoon aan de slag, zou ik zeggen.

Minister **Schippers**: In de loop van volgend jaar kunnen we de resultaten zien van de maatregelen. Waarom zouden we dan niet alles bij elkaar vegen, waarna ik met de resultaten en de conclusies daaruit naar de Kamer kom? Dan kunnen we het dan bekijken. Het punt is dat we die regeling niet vast kunnen maken, want er gaan allerlei politieke besluiten aan vooraf. Wij hebben bijvoorbeeld in de wet vastgelegd hoe hoog de collectiviteitskorting mag zijn. Daar rust een politiek primaat op. Enkele leden hebben gevraagd naar de uitkomst van het onderzoek van AFM, ACM en NZa. Die onderzoeken lopen nog. De resultaten worden in november verwacht. De partijen hebben aangegeven dat zij, als er onregelmatigheden worden gesignaleerd, zo nodig handhavend zullen optreden.

Ik had het net al over de actieve informatie die verstrekt wordt door zorgverzekeraars aan consumenten. Als een zorgverzekeraar dat goed doet, krijgt hij ook een band met zijn consumenten. Dan weten ze je immers beter te vinden. Hoe meer je ze helpt, hoe tevredener ze over je zijn. Het is belangrijk dat een zorgverzekeraar daar goed in is. Ik ben gisteren dus wezen kijken hoe het in de praktijk gaat. Ik denk dat hierin stappen gezet worden. Volgens mij weten mensen hun zorgverzekeraar heel aardig te vinden. Uit mijn eigen omgeving weet ik echter ook dat het nog volstrekt onvoldoende is. Ik moet namelijk nog heel vaak tegen mensen zeggen: als je op een wachtlijst staat, bel dan je zorgverzekeraar. In de communicatiecampagne ga ik hieraan aandacht schenken. Waar moet je zijn voor welk probleem? Bij de gemeente, de zorgverzekeraar? Het is belangrijk dat mensen dat weten, zeker omdat er stukken van de Wlz naar de gemeenten gaan en andere partijen ineens verantwoordelijk worden. Mensen moeten wel weten welk loket ze moeten hebben voor welk probleem. Dat kan ik de PvdA-fractie toezeggen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): In dit blokje heb ik een paar vragen gesteld. Ik mag hopen dat de zorgverzekeraars zelf gaan communiceren over wat zij geacht worden te gaan doen, en dat dit niet door de Minister hoeft te worden gedaan. Dat lijkt me een mooie besteding van hun winsten. Mijn vraag was welke stappen we nog meer gaan zetten. De Minister erkent het, maar we erkennen het met z'n allen eigenlijk al jarenlang. Gaan we dit dus nog een jaar gedogen of gaat er echt iets gebeuren?

De Minister zegt dat de drie toezichthouders aan het bekijken zijn hoe die polisvergelijkingsites en de zorgverzekeraars bezig zijn en dat we daarvan in november de uitslag krijgen. Ik wil echter dat het geregeld is als iedereen vanaf 19 november weer kan kiezen en dat we niet weer in de krant moeten lezen dat de informatie onduidelijk is, dat er toch een budgetplafond is waardoor mensen niet de zorg krijgen die ze wel verwachten of dat polisvergelijkingsites toch met andere ogen kijken naar eerlijke en objectieve informatieverstrekking. Ik vind het dus te vrijblijvend. Ik wil de garantie dat het na jarenlange prut op 19 november eindelijk goed geregeld is, want dan moeten de verzekeren weer gaan kiezen. Wat gebeurt er op 20 november als het voor de zoveelste keer weer niet goed gaat? Ik snap wel dat de Minister dat nu niet op een rijtje heeft, maar ik wil daar wel graag een brief over krijgen, want ik vind het zo te vrijblijvend. Ik snap wel dat er goede intenties zijn, maar ik vind het echt te vrijblijvend.

Minister **Schippers**: Dat zijn twee losse vragen. Ik zal met de laatste beginnen. De onafhankelijke toezichthouders hebben besloten tot het onderzoek en zij vertellen mij dat de resultaten in november komen. Vind ik dat jammer? Ik had ze uiteraard ook liever in oktober gehad, maar ze komen in november. Ik zeg u toe dat ik, zodra wij gegevens of resultaten hebben, die naar de Kamer zal sturen.

De tweede vraag ging over het traject. Dat doen wij niet alleen. Wij doen dat in combinatie met alle partijen die erbij betrokken zijn. Dat zijn gemeenten, zorgverzekeraars, wij en de zorgaanbieders. Wij allemaal moeten heel goed duidelijk maken waar mensen moeten zijn met welk probleem. Er gaat ontzettend veel veranderen. Het kan dus echt niet zo zijn dat het om één partij gaat. Het communicatieplan is met alle partijen gemaakt. VWS verricht daarin een extra inspanning ten opzichte van vorige jaren omdat er dit jaar door alle overhevelingen wel erg veel verandert voor mensen. Dan is het ook belangrijk dat je via radio, televisie en andere kanalen – denk aan bladen van zorgverzekeraars of gemeenteloketten – probeert de burger maximaal te bereiken om duidelijk te maken waar die moet zijn. Ook de zorgverzekeraars pakken daarin hun rol, net als de ziekenhuizen, de NPCF en de Nederlandse Zorgautoriteit. Een heel

goed voorbeeld zijn ZN en NVZ die de site dezorgnota.nl hebben opgezet. Daar is alle informatie te vinden over de nieuwe zorgnota; mevrouw Dik vroeg daarnaar. Dit is inderdaad in juli van start gegaan. Iedereen die na juli in zorg is gegaan, krijgt die nieuwe inzichtelijke nota. Samen met alle betrokken partijen is een lijst van QnA's opgesteld waar iedere stakeholder zijn eigen relevante informatie uit kan halen. Daarin wordt ook beschreven hoe ieder met zijn eigen achterban kan communiceren. De LHV is in samenwerking met de NPCF de campagne «Wat zegt mijn polis?» gestart. Die campagne heeft als doel patiënten te informeren over het feit dat niet alle zorg vergoed wordt of dat zorg mogelijk onder het eigen risico valt. Er zijn dus heel veel dingen in gang gezet. VWS zal daarbovenop in het najaar nog met een campagne starten over hervormingen in de zorg. Dat gaat dan over de Wmo, de hervorming van de langdurige zorg, de jeugdzorg, over kostenbewustzijn en over de veranderingen in het basispakket. Dat laatste is standaard want dat doen we ieder jaar. In die najaarscampagne zullen we nog meer onder de aandacht brengen, namelijk informatie over overstappen, wachtlijstbemiddeling, hulp bij klachten en gespreide betaling. Dat zijn allemaal dingen waarvan je wilt dat mensen daarvan weten zodat ze kunnen kiezen.

Is gegarandeerd dat mensen de zorg krijgen waarvan vanaf 19 november op de site staat dat die is ingekocht? En hoe zit het met het plafond? We hebben afgesproken dat zorgverzekeraars op hun website inzichtelijk maken welke zorg ze hebben ingekocht, of er sprake is van omzetplafonds, andere plafonds of andere volumeafspraken en welke consequenties dit mogelijk heeft voor de verzekerde. Op die manier kan de verzekerde zien of hij er zeker van kan zijn of niet. Ook moeten zorgverzekeraars realistische zorgvolumes inkopen bij gecontracteerde aanbieders. Het kan niet zo zijn dat een zorgverzekeraar met een breed aanbod adverteert terwijl hij in de praktijk heel weinig volume inkoopt bij de zorgaanbieders. De NZa gaat erop toezien dat die informatie transparant is en dat die niet misleidend is. Een zorgaanbieder kan de behandelovereenkomst overigens niet stoppen als hij het zorgplafond heeft bereikt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat betekent dus dat de behandelaar het voor eigen rekening moet doen, terwijl de zorgverzekeraars bulken van het geld. Dat is dus de keuze die de Minister maakt met dit antwoord.

Minister **Schippers**: Nee, die krijgen gewoon betaald. Je gaat in behandeling en die behandeling krijg je gewoon betaald door je zorgverzekeraar. Als je bij een instelling terecht komt, wordt er een dbc geopend. Dan is die dbc geopend en wordt die gewoon betaald. Individuele contracten kunnen inderdaad van elkaar verschillen. Daar kan ik niet in treden, want dat zijn contracten tussen private partijen. Het gaat erom dat je afspraken maakt met je zorgverzekeraar over hoe je het doet. Voor de patiënt betekent dit dat de behandeling gewoon wordt afgemaakt als hij in behandeling is.

De **voorzitter**: Heel kort graag, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb hier ook Kamervragen over gesteld. Ik heb een casus doorgestuurd aan de Minister. Een verzekeraar zei gewoon «u staakt de behandeling maar als u aan uw plafond zit», maar deze behandelaar mag doorbehandelen, maar wel voor eigen rekening. Daar heeft zij een antwoord op gegeven. Dat is heel fijn, maar daarin zit geen enkele uitleg over wat zij gaat doen om de zorgverzekeraars te bewegen om daadwerkelijk te gaan doen wat zij zegt: de betaling van een behandeling binnen een behandelrelatie effectueren. Sterker nog, ik zie antwoorden waarvan ik denk dat ze een-op-een zijn overgenomen van een zorgverzekeraar en waarbij geen contact is opgenomen met de zorgver-

lener. Ik heb die individuele casus juist in schriftelijke vragen voorgelegd aan de Minister zodat zij er eens naar kon kijken. Ik heb veel instemming gehoord uit het veld. Als de Minister zegt dat het niet kan plaatsvinden, wil ik toch zeggen dat het wél plaatsvindt. Laat de Minister eens een keer de zijde van de zorgaanbieders kiezen in plaats van de zijde van de zorgverzekeraars.

Minister **Schippers**: Ik kies helemaal niemands zijde. Er is een zorgplicht voor de zorgverzekeraar: als je in behandeling bent bij een zorgaanbieder, dan mag die behandeling niet gestaakt worden. Als dat wel zo is, zal de NZa daar toezicht op moeten houden. Een behandeling kan niet halverwege gestaakt worden omdat er een plafond bereikt is. Ik heb mevrouw Leijten ook geantwoord dat dat niet mag.

Mij is gevraagd of ik erop toezie dat zorgverzekeraars werk maken van het aanpakken van fraude, verspilling en praktijkvariatie. De NZa houdt daar toezicht op. Dat is de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Ik heb de evaluatie van de WMG en de NZa van AEF aan de Kamer gezonden. In deze evaluatie komen onder meer het instrumentarium en het functioneren van de NZa bij het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet aan bod. AEF concludeert dat het toezicht van de NZa op zorgverzekeraars sterk is geïntensiveerd. Terwijl de gedachte bij de WMG was dat het toezicht van de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zvw zich zou richten op kroonjuwelen zoals de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, zie je dat de aandacht van de NZa de afgelopen jaren steeds meer is komen te liggen op fraudebestrijding, gepast gebruik en bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik. Het rechtmatigheidsonderzoek van de NZa draagt eraan bij dat zorgverzekeraars materiële en formele controles uitvoeren, stelt AEF. Ik zal de Kamer later nog een bredere en uitgebreide reactie op het AEF-rapport toesturen.

De **voorzitter**: Wanneer is later?

Minister **Schippers**: Dat heb ik in de brief al gezegd. Ik heb vorige week een eerste reactie geschreven. Ik heb de Kamer een brief gestuurd naar aanleiding van de evaluatie over de NZa. Daar zat het AEF-rapport bij. In die brief heb ik gesteld dat ik later met een uitgebreide reactie kom. Toen ik de rapporten kreeg, wilde ik ze meteen naar de Kamer doorsturen, maar het kost natuurlijk tijd om te bestuderen wat erin staat. De voorzitter vroeg wanneer die reactie dan komt. Het is altijd het streven om dat binnen drie maanden te doen, en dat is het nu ook.

Dan kom ik op de acceptatieplicht en de vraag welke maatregelen ik wil treffen op basis van het rapport. Sturing van verzekerden kan onwenselijke gevolgen hebben voor het stelsel. Wij willen dat niet. Dat is ook de reden waarom er acties zijn ingezet door de NZa naar aanleiding van de risico's die zij heeft geconstateerd. De uitkomsten daarvan zal ik monitoren. Ik heb aangegeven op welke manier ik invulling wil geven aan de aanbevelingen van de NZa. Ik heb net in reactie op mevrouw Bouwmeester aangegeven dat we dit volgend jaar eens bij elkaar moeten vegen en moeten bekijken of het nodig is om de wet te wijzigen als we de resultaten onvoldoende vinden.

Welke kwaliteitsindicatoren moeten leidend zijn, die van de wetenschappelijke vereniging of van de zorgverzekeraar? In het Kwaliteitsinstituut gaat het om richtlijnen waarop de inspectie controleert. Dat zijn de richtlijnen van het veld, inclusief zorgverzekeraars en patiënten. Daar wordt vastgesteld wat goede zorg is. Hoe uitgebreider en robuuster dat wordt, hoe minder zorgverzekeraars zich geroepen zullen voelen om eigen eisen te stellen als er sprake is van ontbrekende of verouderde richtlijnen of van richtlijnen waarover patiënten onvoldoende hebben meegesproken of waarin onvoldoende aan hen tegemoet wordt gekomen. Ik vind het

heel belangrijk dat het Kwaliteitsinstituut een succes wordt, juist ook om deze reden. Hoe meer consensus er is over goede kwaliteit, hoe meer je ermee kunt doen. Er worden natuurlijk volumenormen gesteld door zorgverzekeraars. Dat is ook heel begrijpelijk. Als je ziet dat het sterftecijfer met 25% is gedaald door volumenormen bij oncologische operaties, dan zijn die volumenormen dus ook kwalitatief een heel positieve zet. In 89 ziekenhuizen in Nederland worden nog steeds borstkankerbehandelingen gegeven. Ik denk dat het echt tijd wordt dat daar een keer een slag geslagen wordt en dat we dat wat meer gaan concentreren. Het lijkt misschien wel handig als het ziekenhuis dichtbij is, maar het is wel van belang dat bepaalde behandelingen daar vaak genoeg plaatsvinden zodat je daar ook de nieuwste technieken en de ervaring en expertise hebt. We hebben het Kwaliteitsinstituut opgericht om hier veel meer structuur in aan te brengen en met de ambitie dat die richtlijnen uiteindelijk de richtlijnen zullen zijn waaraan iedereen zich confirmeert.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Bruins Slot heeft hier een vraag over gesteld, maar ik had dezelfde vraag op mijn lijstje staan. Ik hoop dat zij het goed vindt dat ik mijn interruptiemogelijkheid hiervoor gebruik. Ik ben het zeer met de Minister eens dat volumenormen veel goeds hebben gebracht en tot concentratie van zorg en een grotere expertise hebben geleid. Tegelijkertijd hebben wij vorige week allemaal een onderzoek ontvangen waaruit, specifiek voor borstkankercare, blijkt dat volumenormen veel zeggen over de bodem die je zou moeten hebben, maar dat nog hogere normen de kwaliteit niet verder verhogen. Ik weet dat sommige zorgverzekeraars de normen bij de inkoop simpelweg verdubbelen en dat aanbod doen bij ziekenhuizen. Daar begint het wellicht wat te wringen. Graag zou ik de Minister daarop horen reflecteren. Zouden we op dat vlak nog meer stappen kunnen zetten?

Minister **Schippers**: Zoals je bij meer zaken ziet, zie je ook hier dat er een opgaande lijn is, maar dat je op een gegeven moment het maximum aan kwaliteit hebt bereikt waardoor nog meer concentratie betekent dat de zorg minder toegankelijk en verder afgelegen wordt. Dat helpt de kwaliteit niet. Die lijn moeten we zien te vinden. Met borstkankercare, iets waarmee ik deze zomer veel in aanraking ben geweest, is op kwalitatief gebied nog heel veel te bereiken. Ik vind het goed als zorgverzekeraars daar expliciet eisen aan stellen. Het gaat niet alleen om volume. Volume-eisen zijn als voorbeeld aan mij aangereikt. Ik ben het helemaal eens met iedereen die zegt dat meer volume op een gegeven moment niet meer bijdraagt aan een betere kwaliteit. Maar er is nog heel veel zorg waarbij nog geen basisvolume is. Deze zomer heb ik nog tegen een chirurg gezegd: als je je eigen vrouw of kind niet zou willen opereren, moet je het ook niet bij een ander doen als je je daar niet voldoende op hebt toegelegd. Ik zeg dat wel vaker en wilde dat ook tegen hem zeggen. Ik begrijp dat dat best heel moeilijk is, want het maakt het vak misschien wat minder boeiend. Het is immers boeiend om zoiets een keer te doen. Maar de patiënt moet echt vooropstaan. Ik ben het eens met de constatering van de heer Rutte. De eisen die zorgverzekeraars stellen, gaan echter niet alleen over volume. Die gaan over veel meer dingen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik denk dat de Minister en ik het over heel veel dingen eens zijn. Als je ergens een ziekenhuis bouwt, is de zorg daar niet automatisch voor alle behandelingen even goed. Het is goed dat we kijken naar kwaliteitsnormen; daar moet een opwaartse druk op zijn waar dat nodig is. Dan kun je tegen verrassende dingen aanlopen. Ik zag van de week – ik zal geen namen noemen – een groot ziekenhuis dat veel behandelingen deed maar toch het roze lintje voor borstkankercare verloor, omdat er op andere fronten, anders dan volume dus, dingen aan ontbraken. Als je die normen helder vastlegt en ervan overtuigd bent dat

de bodem in het volume je norm is ... Laat ik het anders formuleren: zou het niet bijdragen aan de geloofwaardigheid van de inkoper als die de normen hanteert en die niet zonder een goede onderbouwing verdubbelt? Dat komt helaas voor. Mijn zorg is dat er helemaal geen goede wetenschappelijke lading meer onder ligt.

Minister **Schippers**: Dit debat geeft wel aan hoe complex het is om kwaliteit uit te drukken. Dat kun je niet alleen uit normen afleiden. Daarbij moet je een heleboel andere aspecten meenemen. Daarom vind ik het ook zo'n verbetering als wij zorgverzekeraars wettelijk dwingen om tijdig, namelijk voor 1 april, aan te geven wat hun inkoopcriteria eigenlijk zijn. Dan kun je dat gesprek aangaan en is het publiek. Dat gesprek wordt nu op veel gebieden al gevoerd. Verzekeraars leren ook bij. Zij hebben soms hun nek uitgestoken door ook impopulaire dingen ten aanzien van volume te doen, waardoor er wel een enorme slag is gemaakt. Ik gaf daarvan net al een voorbeeld. Maar je moet er niet in doorschieten; dat is het hele eieren eten. Dat is ook de motivatie voor het Kwaliteitsinstituut: iedereen zit daar aan tafel, van zorgverzekeraar tot aanbieder, van wetenschappelijke vereniging tot patiënt. Daar maken we richtlijnen en daardoor kun je een veel beter gesprek hebben over kwaliteit.

Bij het eerstelijnsverblijf staat voorop dat het principe van de overheveling van kortdurend eerstelijnsverblijf niet ter discussie staat. Het is een feit dat de besluitvorming rond het eerstelijnsverblijf relatief laat in 2014 klaar was. Veldpartijen waaronder de verzekeraars en zorgaanbieders zijn meegenomen in het besluitvormingsproces zodat kortdurend eerstelijnsverblijf vanaf 2015 vanuit de Zorgverzekeringswet mogelijk wordt. Het gesprek is nog niet afgerond. Wij zijn nog in gesprek; morgen heb ik weer een bestuurlijk overleg. We voeren een intensief gesprek met de betrokkenen over de praktische uitvoering voor 2015. Daarbij staat een verantwoorde uitvoering voorop. Zo moeten we het doen. We moeten hier ook pragmatisch naar kijken. Zodra ik afspraken heb over welke pragmatische variant we kiezen, waardoor het het beste vormgegeven kan worden, zal ik de Kamer daarover informeren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben enigszins gerustgesteld door de opmerking dat de Minister op zoek gaat naar een pragmatische oplossing. De Minister zegt ook dat het relatief laat in 2014 klaar was. Volgens mij heeft de Nederlandse Zorgautoriteit in het voorjaar aan het ministerie gevraagd of zij die aanwijzing mocht hebben, maar dat de aanwijzing om die zorg te gaan organiseren uiteindelijk pas in de zomer kwam. Vrij snel daarna, in het zomerreces, heb ik de brief van Zorgverzekeraars Nederland gezien waarin staat dat zij het zo niet meer redden en dat het onverantwoord wordt. Ik vraag er zo op door omdat de patiënt uiteindelijk bij de huisarts aanklopt als het niet goed geregeld is. De huisarts heeft dan de verantwoordelijkheid om toch ergens een goede opname te regelen, maar de huisartsen krijgen al zo veel op hun dak. Kijkt de Minister bijvoorbeeld naar een eigenstandige subsidieregeling als oplossing? Of bekijkt zij de optie om de zorgkantoren een jaar langer met de indicatie van het CIZ deze zorg te laten uitvoeren? Op die manier kan er extra tijd worden gewonnen om deze heel belangrijke zorg zorgvuldig over te dragen en krijgen we geen pingpongpatiënten, die van het een naar het ander worden gesleept omdat er nergens goede zorg in een goede verblijfsplaats beschikbaar is.

Minister **Schippers**: Wij kijken naar alle varianten. Deze komen mij ook niet onbekend voor. Wij bekijken gewoon hoe we dit het beste kunnen regelen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Vandaag is het 4 september. De inkoop is allang bezig. Mijn vraag aan de Minister is dus of zij de Kamer een datum

kan geven wanneer zij verwacht een oplossing te hebben. Is het mogelijk om voor 1 oktober de Kamer te informeren over de manier waarop dit probleem wordt opgelost?

Minister **Schippers**: Morgen heb ik bestuurlijk overleg, dus ik hoop dat het morgen kan. Het zal wellicht tot maandag duren voordat alles op papier staat, maar ik denk dus aan dit soort termijnen: heel snel dus. Dan kom ik op de inkoop bij kleine zorgaanbieders en zorgen over innovatie. Wij hebben het daarover bij artikel 13 uitgebreid gehad. Wij hebben gezegd dat we een verslag verlangen van de NZa waarin zij bekijkt hoe het zit met grote en kleine aanbieders. Worden kleine aanbieders nog wel gecontracteerd? Hoe zit het met innovatie en innovatieve aanbieders, waarbij innovatie ook nog een rekkelijk begrip is? Dan heb ik het overigens meer over extra innovatie. Zij moet zich daarover dus verantwoorden. Dat zou eraan moeten bijdragen dat we veel meer inzicht krijgen in de redenen waarom er niet of weinig is ingekocht. Dan krijg je meer inzicht in de daadwerkelijke gang van zaken in het veld.

Ik ben het met de heer Rutte eens dat zorgverzekeraars ook kritisch naar elkaar moeten kijken en elkaar moeten aanspreken op risicoselectie. Ik spreek ook weleens zorgverzekeraars voor wie de een of andere polis bij een ander een doorn in het oog is. Dan is het goed als men elkaar daarop zou aanspreken. Uiteindelijk is de NZa natuurlijk onze toezichthouder, die ook daadwerkelijk kan ingrijpen.

Over de zorginkoop en de kwaliteit waarnaar mevrouw Dijkstra vroeg, heb ik al het een en ander gezegd. Ook in het kader van artikel 13 en de eisen die daarin gesteld zijn, voeren we dat gesprek natuurlijk met de zorgverzekeraars. Dat is ook goed. Ik benadruk dit punt in de gesprekken. We hebben er in de hoofdlijnenakkoorden ook expliciet afspraken over gemaakt.

Dan kom ik op de inzichtelijkheid van kwaliteitsinformatie. Kun je chocola maken van DIS-prijzen of zijn die onduidelijk? Ik ben in gesprek met DBC-Onderhoud over de vraag hoe je dit verder kunt ontwikkelen bij OpenDIS-data, zodat je er meer mee kunt. Het is wel belangrijk dat ze publiek zijn, want anderen kunnen daar onderzoek naar doen en het daardoor weer toegankelijk maken met een zorgkaart of iets anders. Het is ook van belang dat de NPCF wordt aangesloten om in die verdere ontwikkeling de wensen van patiënten mee te kunnen nemen. Naast opendisdata.nl ga ik met ziekenhuizen en zorgverzekeraars in gesprek over de mogelijkheden van het opzetten van een portal dat inzichten geeft in gecontracteerde prijzen. OpenDIS-data geeft immers alleen maar gemiddelde prijzen weer. Ik zal de Kamer in de volgende voortgangsbrief over kostenbewustzijn, dus in het voorjaar van 2015, informeren over de stand van zaken op beide trajecten. Ik denk dat het al een grote stap is, zeker voor diegenen die ook onderzoek willen doen, maar we zijn er nog niet. Het gaat stap voor stap.

Mij is ook gevraagd of ik een streefcijfer wil formuleren om kwaliteit inzichtelijk te maken en op welke manier de academische component kan worden ingezet. Ik denk dat het heel moeilijk is om dat in streefcijfers te vatten. We hadden daar net al een discussie over. Je kunt zeggen: ik heb de volumenormen extra aangescherpt dus dat geeft een hogere kwaliteit. Dat is echter niet een-op-een het geval. Dat buigt af in meeropbrengst. Wij hebben wel een meerjarenagenda waarin we met veel partijen gezamenlijk overeen zijn gekomen waar de komende jaren de prioriteit ligt, voor welke vormen van zorg er een kwaliteitsstandaard, een meetinstrument of indicatoren worden ontwikkeld en welke partijen daaraan bijdragen. Er is ook een agenda van het Kwaliteitsinstituut. Het streefcijfer kan voor dit onderwerp niet in één cijfer gevat worden, want daar is het te complex voor. Ik denk wel dat er heel veel gebeurt. Wij willen allemaal dat het sneller gaat, maar ik denk dat er een golf in beweging is gezet en het is zaak om het tempo erin te houden. De

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft het Kwaliteitsvenster geopend. Dat vind ik een heel belangrijke stap. Het is zaak dat dit zichzelf blijft verbeteren, uitbreidt en steeds meer iets wordt waar mensen echt op kunnen kiezen.

Dan kom ik op de bijeenkomst over de export van zorg en het plaatsen van zorg op de economische agenda. In dit najaar wordt er een bijeenkomst georganiseerd. Er is nog geen datum, maar we zullen een topconferentie houden over de zorg in internationale context en over de vraag in hoeverre onze zorg ook een exportproduct is.

Er is ook gevraagd naar de nog te organiseren handelsmissies. Ik ga mijn uiterste best doen om op handelsreis te gaan. Ik moet echter een winstwaarschuwing afgeven. Nederland wordt voorzitter van de Europese Unie. Ik zie mijn Europese agenda zwaarder en zwaarder worden omdat daar steeds meer gesprekken over zijn. Als ik vijf dagen naar China ga en daar drie steden aandoe, dan heb ik maar ongeveer anderhalve dag per stad. Dan ben ik van 's ochtends tot 's avonds in touw en ben ik een hele week niet in de Kamer. Dan ben ik echt helemaal weg. Als ik dan ook nog naar Rusland, Brazilië en India ga ... Nou ja, Rusland is even niet aan de orde. Het was een van de speerpuntlanden, maar het is inmiddels vervangen. Maar goed, dan zit je dus echt aan een afwezigheid van weken te denken. Ik zit dus een beetje te puzzelen. Als ik zelf niet kan, koppel ik onze bedrijven aan de Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Ploumen. Als zij naar China gaat, dan neemt zij ook expliciet bedrijven uit de gezondheidszorg mee. Zo gebeurt dat ook op de missie die de Minister-President zal maken naar – ik weet niet of die bestemming al bekend is – laat ik zeggen naar «een ander land». Ik heb expliciet gevraagd of hij daar onze zorg mee naartoe neemt. Dan doet hij het en hoef ik niet apart te gaan. Zo wil ik het slim aanpakken. Die topconferentie komt er en daar zal ik de Kamer nog meer over laten weten.

Dan kom ik op de meerjarige polis van de zorgverzekeraars. De voordelen die verondersteld werden, zaten gewoon niet in dat onderzoek. De nadelen waren zo groot dat ik besloten heb dat we daar niet aan moeten beginnen. Het aantal mensen dat overstapt, golft een beetje, maar stel dat 92% bij de zorgverzekeraar blijft waar men verzekerd is, dan is het excuus om niet te investeren in preventie omdat verzekerden weglopen, een zwak excuus. Ik hoor een zorgverzekeraar dat weleens zeggen, maar dan denk ik: 92% van je mensen blijft wel. Het levert dus wel degelijk iets op als je daarin investeert. Het rapport had geen uitkomst om te overwegen dat te veranderen.

Wat betreft kostenbewustzijn in de zorg zijn er een aantal punten. Ik denk aan het inzichtelijk maken van de zorgnota. Dat is vanaf 1 juni 2014 gebeurd voor de mensen die na die datum naar het ziekenhuis zijn gegaan. Ik denk ook aan het communiceren van de kosten voorafgaand aan een behandeling. DBC-Onderhoud heeft hier kortgeleden een eerste aanzet voor gegeven met opendisdata.nl. Wij gaan dus in gesprek over de vraag hoe deze site toegankelijker kan worden gemaakt en hoe we patiënten voorafgaand aan de behandeling meer inzicht kunnen geven in de kosten van de zorg. Daarover ga ik in gesprek met koepels van aanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

Dan kom ik op het communicatietraject. Het is belangrijk om mensen te informeren over de financiële aspecten van zorg. Wanneer geldt er wel een eigen risico en wanneer niet? Uit eerder onderzoek blijkt dat dit heel onduidelijk is voor mensen. Via diverse kanalen zal op termijn informatie-materiaal verschijnen, bijvoorbeeld op de mijn-omgeving bij zorgverzekeraars, via zorgaanbieders, op de site dezorgnota.nl en via rijksoverheid.nl. Tot slot is mij gevraagd of ik de uniforme inschrijfwijze wenselijk vind, ook voor de aanvullende verzekering. De NZa heeft geconstateerd dat sommige zorgverzekeraars drempels opwerpen. Dat is onwenselijk. De NZa stelt voor om de verplichting in te voeren dat ieder zich op dezelfde

wijze moet kunnen inschrijven. Momenteel wordt door de NZa onderzocht of het mogelijk is dit binnen de staande regelgeving te verplichten aan zorgverzekeraars. De resultaten van dit onderzoek wacht ik af.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb twee vragen naar aanleiding van de beantwoording van de Minister. Ze wacht de resultaten naar een onderzoek over de uniforme inschrijfwijze af. Maar dat duurt echt nog tot medio 2015. Ik had gevraagd waarom dit zo lang moet duren, want dan zijn we echt weer een jaar verder.

Mijn vraag over de meerjarige zorgverzekering is een beetje blijven liggen. Ik deel de analyses van de Minister, ook op het punt van het excuus van zorgverzekeraars. Dat is een vrij makkelijk excuus om niet te investeren in preventie. Een ander element waarop ik in het kader van de relatie verzekerde-zorgverzekeraar heb gewezen, is de coöperatieve aard van zorgverzekeraars. Daar is ook een motie over aangenomen voor het reces. Heeft de Minister daarover al gesproken met de zorgverzekeraars? Zo niet, wanneer horen wij daar dan meer over?

Minister **Schippers**: Ik heb tussen het aannemen van de motie en vandaag geen gesprek gehad met de zorgverzekeraars, maar morgen heb ik een bestuurlijk overleg. Ik zeg mevrouw Dik toe dat ik het zal meenemen in het bestuurlijk overleg van morgen. Ik zie met haar die langetermijnrelatie als heel belangrijk. Ik zie daar ook de voordelen van. Als je bijvoorbeeld mee wilt praten over het inkoopbeleid van je zorgverzekeraar, dan heb je ook een lange relatie. Ik denk dat zorgverzekeraars dat in de praktijk vaak hebben met hun patiënten. Als je naar hun bestanden kijkt, blijkt dat ook gewoon.

Wat betreft de uniforme inschrijfwijze weet ik niet waarom het zo lang duurt. Hier hebben verschillende mensen naar gevraagd, onder wie ook mevrouw Bouwmeester. Ik zal aan de NZa vragen of dat sneller kan. Dan kunnen we er ook eerder wat mee doen. Uit mijn hoofd weet ik nu niet waaraan dat ligt, maar als het sneller kan, zal ik de NZa vragen of dit sneller tot stand kan komen.

De **voorzitter**: De tijd is bijna om. We kunnen even overleggen over de vraag of we een vervolg-AO willen of dat we een heel korte tweede termijn doen van één minuut per fractie. Ik hoor van sommige woordvoerders al dat zij meer dan één minuut nodig hebben.

De heer **Rutte** (VVD): Ik wil een procedurevoorstel doen. Ik kan me voorstellen dat sommige leden nog verder willen doorpraten. Tegelijkertijd hebben we een apart AO gepland over risicoverevening. Ik kan me voorstellen dat we daarvoor iets meer tijd nemen en dan ook de zaken oppakken die nu zijn blijven liggen. Daarnaast is er natuurlijk de mogelijkheid voor een VAO, zoals die er altijd is. Het een sluit het ander ook niet uit.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil graag een VAO aanvragen om een motie in te kunnen dienen. Ik weet niet of dat kan na één termijn, maar als dat kan, wil ik dat graag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb geen bezwaar tegen een VAO, maar ik kan niet al mijn vragen kwijt in een VAO. Dus we kunnen het ook allebei doen. Volgens mij kan dat procedureel.

De **voorzitter**: Zullen we dat dan besluiten? De punten waarover nog vragen zijn, nemen we mee naar het volgende AO dat gepland staat voor 23 september. En voor een VAO zal ik mevrouw Leijten als eerste spreker noteren. Dan dank ik de Minister, de belangstellenden en de collega's.

Sluiting 16.30 uur.

Volledige agenda

1. Toezegging over een gesprek met huisartsen over selectieve inkoop

*Kamerstuk 29 689-497 – Brief regering d.d. 12-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers –
Toezegging over een gesprek met huisartsen over selectieve inkoop*

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 regering d.d. 27-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers –
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*

3. Transparantie bij publicatie van de premie 2014

*Kamerstuk 29 689-504 – Brief regering d.d. 25-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Transpa-
rantie bij publicatie van de premie 2014*

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. 18-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Reactie
op verzoek van het lid Kuzu over het onder druk zetten van zorginstel-
lingen door het verplichten van een screeningsinstrument door
zorgverzekeraars*

5. Aanbieding van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de naleving van de acceptatieplicht

*Kamerstuk 29 689-511 – Brief regering d.d. 01-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers –
Aanbieding van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over
de naleving van de acceptatieplicht*

6. Nadere informatie over recht op gecontracteerde zorg

*Kamerstuk 32 620-120 – Brief regering d.d. 02-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Nadere
informatie over recht op gecontracteerde zorg*

7. Reactie op het rapport van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) over de Acceptatieplicht

*Kamerstuk 29 689-517 – Brief regering d.d. 27-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Reactie
op het rapport van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) over de
Acceptatieplicht*

8. Antwoorden op vragen van de commissie over de monitor Zorginkoop 2014 van de NZa

*Kamerstuk 29 689-520 – Brief regering d.d. 03-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers –
Antwoorden op vragen van de commissie over de monitor Zorginkoop
2014 van de NZa*

9. Kabinetsreactie op het IBO-rapport «Grensoverschrijdende zorg»

*Kamerstuk 29 689-530 – Brief regering d.d. 27-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Kabinets-
reactie op het IBO-rapport «Grensoverschrijdende zorg»*

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. 10-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – 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*

11. Stand van zaken kostenbewustzijn

*Kamerstuk 29 689-534 – Brief regering d.d. 02-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Stand
van zaken kostenbewustzijn*

12. Onderzoeken naar verhoging eigen risico en zorgmijding

*Kamerstuk 29 689-533 – Brief regering d.d. 02-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers – Onder-
zoeken naar verhoging eigen risico en zorgmijding*

13. Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014

*Kamerstuk 29 689, nr. 539 – Brief regering d.d. 03-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers –
Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014*

14. Antwoorden op vragen van de commissie over ex-post compensaties in het risicovereveningssysteem 2014

*Kamerstuk 29 689-502 – Brief regering d.d. 26-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

15. Werking risicovereveningssysteem in 2009

*Kamerstuk 29 689-492 – Brief regering d.d. 17-12-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

16. Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015

*Kamerstuk 29 689-544 – Brief regering d.d. 19-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*