

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 676

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 24 november 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 23 september 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 ter aanbieding van het evaluatierapport Afschaffing macronacalculatie (Kamerstuk 32 620, nr. 156);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2015 ter aanbieding van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 616);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2015 inzake Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 617);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 september 2015 over de risicodragendheid zorgverzekeraars in 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 644);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 september 2015 ter beantwoording van vragen uit de commissie inzake de aanbieding van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2016 en inzake Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 645);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 september 2015 in reactie op het verzoek van de commissie inzake nacalculatie m.b.t. dure geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 348).**

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

De voorzitter van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Lodders, Rutte

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

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet iedereen zeer welkom bij dit algemeen overleg van de vaste Kamercommissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet uiteraard de Minister van harte welkom, net als de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, iedereen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen. Ik geef dadelijk als eerste het woord aan de heer Van Gerven van de SP-fractie, maar niet dan nadat ik hem verontschuldigd heb omdat hij tien minuten na zijn inbreng dit algemeen overleg moet verlaten voor andere verplichtingen. Uiteraard zal er meegeluisterd worden door medewerkers van zijn fractie.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De risicoverevening is een heel belangrijk onderwerp, los van de vraag of je voor- of tegenstander bent van dit stelsel. Het gaat erom dat via de risicoverevening risicoselectie wordt tegengegaan en dat iedereen de zorg krijgt die nodig is. Ik heb een aantal vragen over de stand van zaken en de laatste ontwikkelingen, allereerst over de langdurige ggz en de wijkverpleging. Naar de aard van het werk dat daarvoor verzet wordt, vindt de SP dat die niet thuishoren in de Zorgverzekeringswet. Wil de Minister daarop ingaan, met name omdat een en ander zo moeilijk in te passen is in de Zorgverzekeringswet? En is dat vanwege de taakstelling op de wijkverpleging in een orde van grootte van 600 miljoen niet een heel riskant mengsel?

Begrijp ik het goed dat de Minister van plan is om in 2017 volledige risicodragendheid in de hele breedte door te voeren, of zijn er toch nog uitzonderingen op dat streven? We hebben immers wel de ex-antevoorspellingen, maar niet de werkelijke realisaties over 2015. Die hebben we misschien pas goed in 2017; dat duurt altijd een tijd. Hoe kun je toch al volledige risicodragendheid voor 2017 invoeren als je de feitelijke gegevens niet hebt? Dat is heel actueel, want leidt al die onzekerheid in het stelsel er niet toe dat er onnodig hoge buffers worden aangelegd? We hebben vandaag immers weer cijfers gezien; er is 1,8 miljard extra toegevoegd aan de reserves van de zorgverzekeraars. Dat heeft natuurlijk als keerzijde onnodig hoge premies, die moeten worden opgebracht door de premiebetalers. Kan de Minister daar niet toch iets aan doen? Het is wettelijk belegd bij de verzekeraars, maar er geldt toch ook nog zoiets als een moreel appel? Aan de ene kant stijgen het eigen risico en de premies weer, maar aan de andere kant zien we een enorme stijging van de reserves. Moet daar op de een of andere manier toch niet iets aan worden gedaan? Wat zou de Minister op dat punt willen of kunnen doen? Wat is voor de Minister het maximaal aanvaardbare verlies of de spreiding per verzekerde?

Een ander discussiepunt is dat er heel veel geld omgaat bij de verzekeraars, ruim 40 miljard. We hebben daar eigenlijk heel weinig zicht op. Ik kom weer terug op de toevoegingen aan de reserves waarover we vandaag gelezen hebben. Zou het niet wenselijk zijn dat de Algemene Rekenkamer daar controle op gaat uitoefenen?

Dan de status van de dure geneesmiddelen. Hoe ziet de Minister dat? We hebben gelezen wat zij voorstelt. Ik begrijp dat zij één heel klein gedeelte wil uitzonderen, namelijk de sluisgeneesmiddelen. Maar zouden we gezien de problematiek die de ziekenhuizen aangeven, niet een top 50 of

top 100 van geneesmiddelen moeten uitzonderen die we boven het niveau van de zorgverzekeraars tillen, wat we landelijk proberen te regelen?

De **voorzitter**: Komt u tot een afsluiting?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een laatste vraag. Vindt de Minister het aanvaardbaar dat kleine verzekeraars failliet zouden gaan? We hebben niet veel verzekeraars meer, maar stel dat het op een of andere wijze zou gebeuren, zou er dan niet ingegrepen moeten worden, ook omdat we uitgaan van concurrentie?

De heer **Rutte** (VVD): De laatste vraag van de heer Van Gerven vind ik curieus. Ik hoor hem impliciet zeggen dat er geen verzekeraars failliet mogen gaan. Ik ben het daar eigenlijk wel mee eens; dat zou een groot drama veroorzaken. Maar als de heer Van Gerven er zich zo veel zorgen over maakt dat verzekeraars failliet zouden kunnen gaan, hoe relateert hij daaraan dan zijn verhaal dat de reserves van verzekeraars te hoog zouden zijn?

De heer **Van Gerven** (SP): Kijk naar de cijfers van vandaag. Uitgaande van de huidige situatie is er een overreserve van 8 miljard. Als we naar Solvency II gaan en ik de cijfers van de Minister aanhoud, gaat die naar ongeveer 3 miljard. Er is dus heel veel overreserve, maar we zien ook tussen verzekeraars verschillen in reservecapaciteit. Die zijn heel groot; dat kunnen we ook aan de cijfers zien. Aan de ene kant kan er dus een overmaat zijn en aan de andere kant kunnen er toch verzekeraars zijn met relatief gezien wat minder reserves. Die zouden door dit stelsel van concurrentie wellicht toch over de kop kunnen gaan. De vraag is of dat wenselijk is.

De heer **Rutte** (VVD): Je kunt toch niet het één vinden en tegelijkertijd het ander? Je kunt toch niet aan de ene kant zeggen «de reserves zijn te hoog en die moeten we desnoods afromen» – er zijn plannen van de SP om dat te doen – en je aan de andere kant zorgen maken over faillissementen van verzekeraars? Dat is volstrekt tegenstrijdig. Ik vind het een beetje makkelijke praat. Ik had de heer Van Gerven over het algemeen iets hoger ingeschat.

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Rutte had al heel snel een reactie klaar. Dat vond ik buitengewoon knap, maar ik zou tegen hem willen zeggen: lees het plan De zorg is van ons. Daarin geven wij aan dat er één nationale zorgverzekeraar zou moeten worden gemaakt. Dan is een faillissement natuurlijk uitgesloten. Ik zal echter even meedenken in de redenertrant van de VVD. Zij zegt: wij willen een concurrerend stelsel. Er is eigenlijk een oligopolie: er zijn vier grote verzekeraars. De luizen in de pels zijn met name de kleinere verzekeraars. Als die het loodje zouden leggen, is er helemaal geen sprake meer van echte concurrentie en marktwerking. Vanuit die gedachte zou je de kleine verzekeraars overeind moeten houden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De risicoverevening is de ruggengraat van het zorgstelsel. Zij zorgt ervoor dat de verschillen in gezondheid voor zorgverzekeraars gecompenseerd worden. De Minister kiest op aandringen van de Tweede Kamer nadrukkelijk voor het verbeteren van de positie van chronisch zieken en gehandicapten in de risicoverevening. Het CDA maakt zich wel zorgen over de wijze waarop de Minister dit gaat doen. Zij houdt nog steeds vast aan de enigszins onverantwoorde ambitie om de langdurige geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2017 risicodragend te maken. Zij heeft ervoor gekozen om tot

2019 te werken met het paardenmiddel t-1. Hoe kan de Minister dan beweren dat de risicoverevening voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg in 2017 op orde is?

Daar hangt een vraag mee samen. Hoe verhoudt het zich met het feit dat de Minister helemaal niet over de actuele cijfers over 2015 en verder beschikt in 2017? Wat bedoelt de Minister als zij alle spelers in het veld oproept om te zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg beter past in de systematiek van de Zorgverzekeringswet? Dat was een van de antwoorden die we op de schriftelijke vragen hebben gekregen. Dat is enigszins mysterieus, want het betekent dat de langdurige geestelijke gezondheidszorg eigenlijk helemaal niet klaar is voor de Zorgverzekeringswet.

Bij de verpleging en de verzorging kiest de Minister ook voor het instrument van t-1. Dat is een extra prikkel voor zorgverzekeraars om meer geld uit te geven aan verpleging en verzorging. Dat is goed voor chronisch zieken en gehandicapten, maar hoe verhoudt het zich tot het feit dat wel het macrobeheersingsinstrument (mbi) van toepassing blijft – met een bezuiniging van 400 miljoen euro en volgend jaar van 500 miljoen euro – als zorgverzekeraars meer geld voor de wijkverpleging uitgeven? Dat betekent aan de ene kant dat zorgverzekeraars vooraf beter gecompenseerd worden in de risicoverevening voor chronisch zieken en gehandicapten, met als prikkel om voor hen betere en meer zorg in te kopen. Maar als er meer geld wordt uitgegeven moeten zorgaanbieders aan de andere kant het teveel terugbetalen omdat er een macrobeheersingsinstrument is. Kan de Minister dan eigenlijk nog wel vasthouden aan het mbi? Of werkt deze maatregel uiteindelijk toch contraproductief? Graag ontvang ik een toelichting van de Minister.

De heer **Rutte** (VVD): Ik begrijp de vraag van mevrouw Bruins Slot wel, maar er zit voor mij een vraag achter. Vindt zij principieel dat je het macrobeheersingsinstrument niet meer zou mogen inzetten als je deze theorie zou volgen? Als je aan de voorkant compenseert in een risicoverevening, zou er dan achteraf geen macrobeheersingsinstrument meer mogen worden ingezet? Want dan wordt er wel een instrumentarium uit ons zorgstelsel gehaald in het kader van kostenbeheersing.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor die vraag, want die biedt mij de gelegenheid om het nader toe te lichten. Ik vraag mij af of de Minister niet een maatregel neemt die op het oog sympathiek is: chronisch zieken en gehandicapten worden immers bij zorgverzekeraars beter gecompenseerd om de risicoprikkel weg te nemen om slechte zorg in te kopen. Als zij worden gestimuleerd om betere en meer zorg in te kopen, betekent dat waarschijnlijk ook dat de uitgaven aan verpleging en verzorging toenemen. De Minister heeft er echter ook voor gekozen om aan het eind van de weg nog steeds het macrobeheersingsinstrument in te zetten. De vraag is wat voor effect dat heeft voor zorgaanbieders. Dat is de achtergrond. Het macrobeheersingsinstrument is een methode om de uitgaven in de zorg op orde te houden. Daar hecht het CDA ook aan. Mijn vraag is dus echt of de Minister niet iets doet wat aan het eind van de weg een negatief effect heeft. Misschien is dat niet zo, maar dan hoor ik graag van de Minister hoe dat precies in elkaar steekt.

De heer **Rutte** (VVD): Het is in ieder geval goed om te horen dat het CDA niet zomaar afscheid neemt van het macrobeheersingsinstrument. Dat is overigens een heel lelijk middel in ons stelsel, een soort last resort, waarvan wij allemaal hopen dat we het niet inzetten. Ik wil nog even ingaan op de eerste aanname, namelijk dat het vereveningsstelsel ertoe leidt dat er meer zorg wordt ingekocht. Dat stelsel compenseert toch voor voorspelbare kosten? Het zorgt dat de verdeling van het totaal vooraf

beter is, zodat patiënten niet worden geweerd. De theorie dat dit leidt tot de inkoop van meer zorg, zie ik niet helemaal.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er zitten twee aspecten aan vast, die de Nederlandse Zorgautoriteit op bepaalde punten ook aanhaalt. Een betere risicoverevening zorgt ervoor dat zorgverzekeraars waarschijnlijk bepaalde patiënten niet mijden. Ze zullen dan toch reclame maken om chronisch zieken en gehandicapten binnen te halen, en niet alleen om studenten binnen te halen. Ook een ander effect wordt vaak aangehaald. Op het moment dat er een betere compensatie wordt gegeven voor de kosten die zorgverzekeraars maken, zullen zij betere en meer zorg inkopen. Mijn vraag ziet op het tweede effect. Als dat optreedt, wat voor gevolgen heeft dat dan voor de eindafrekening? In hoeverre verwacht de Minister dat dit gebeurt? Het lijkt mij goed om daar van tevoren iets meer duidelijkheid over te hebben.

Ik vervolg mijn betoog. De Minister schaft volgend jaar de nacalculatie voor dure geneesmiddelen af, behalve voor de geneesmiddelen die in de sluis zitten. Die sluisgeneesmiddelen zijn maar een klein deel van al die dure geneesmiddelen. Het CDA kan die besluitvorming niet rijmen met de uitspraak van de Minister van begin juli, namelijk dat zij geen problemen zag met de vergoeding van dure geneesmiddelen omdat er gewoon nog nacalculatie van toepassing is. Voor de meeste dure geneesmiddelen is die nacalculatie er straks niet. Het CDA verzoekt de Minister daarom om de nacalculatie van dure geneesmiddelen in ieder geval volgend jaar nog overeind te houden, tot we structurele, goede oplossingen hebben voor de problematiek van die dure geneesmiddelen. Graag ontvang ik een reactie op dit punt van de Minister.

De Minister constateert terecht dat er onverklaarbare regionale verschillen in de zorgvraag zijn. Het CDA ziet die ook. Wat gaat de Minister hier concreet mee doen voor de risicoverevening van 2017?

Het CDA zou graag inzicht willen hebben in de meest recente cijfers van de overcompensatie. Hoeveel euro is er inmiddels over 2012, 2013 en 2014 meer aan vereveningsbijdrage uitgekeerd aan de zorgverzekeraars dan de ziektekosten in de betreffende jaren? Het CDA vraagt dan ook van de Minister een overzicht per vereveningsjaar. De achtergrond van deze vraag is dat het opmerkelijk is dat vandaag ook weer in het nieuws verschijnt dat zorgverzekeraars van 2011 tot 2014 6 miljard extra aan buffers hebben opgebouwd. De Minister weet dat het CDA graag een maximum aan die buffers zou zien. Dat maximum moet overigens natuurlijk boven de wettelijke Europese eis zijn. Omdat de vereveningsbijdrage hoger uitkomt dan de ziektekosten, lijkt het erop dat het een makkelijke manier is voor de zorgverzekeraars om een buffer mee op te bouwen. Daarom zou de CDA-fractie dat overzicht per jaar graag willen hebben.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. 22 miljard gaat er dit jaar om in de risicoverevening. Die moet er via meer dan 3 miljoen classificaties voor zorgen dat zorgverzekeraars voor 17 miljoen verzekerden gecompenseerd worden. Dat is een bijzonder complex systeem, dat ervoor moet zorgen dat de solidariteit in ons stelsel centraal blijft staan. Het is dus niet overdreven om te zeggen dat het gaat om de ruggengraat van ons stelsel, zoals mevrouw Bruins Slot ook altijd graag doet.

De Minister spreekt erover dat zij op dit moment onorthodoxe middelen inzet om de risicoverevening verder vorm te geven. Kan zij aangeven wat dit concreet betekent voor de chronisch zieken? Op welke manier geeft ze hierover uitleg aan deze groep?

De Minister geeft aan dat het risico van deze veranderingen is dat de doelmatigheidsprikkels uit het systeem gaan. Zij gaat dit monitoren. Voor D66 is het belangrijk dat deze monitor goed plaatsvindt en ook in de toekomst gehanteerd blijft, zodat tijdig gesignaleerd wordt wat straks de

gevolgen zijn. Ik vraag daarom aan de Minister wat haar vervolgstappen zullen zijn als blijkt dat de doelmatigheidsprikkels er inderdaad uit gaan. Kan de Minister toezeggen dat zij halverwege 2016 de eerste resultaten van de monitor met de Kamer deelt?

Dat we bezig zijn met het uitkristalliseren van de risicoverevening begrijp ik heel goed. Ook D66 wil een goedwerkend en kloppend systeem. Alleen bekruipt ook mij, net als voorgaande sprekers, het gevoel dat de Minister zichzelf misschien wat voorbij aan het rennen is. We zijn op dit moment nog aan het uitvogelen hoe we alles vooraf, ex ante, goed moeten vormgeven en welke stappen we nog moeten zetten, maar de Minister wil in 2017 wel de compensatie achteraf, ex post, eruit halen. Dat komt op mij een beetje over alsof we nog niet precies weten hoe we het vooraf precies gaan regelen, maar wel alvast de back-upoptie weghalen. D66 ziet daarbij bijvoorbeeld als het gaat om de lggz (langdurige ggz) nog heel veel beren op de weg. Graag ontvang ik een reactie van de Minister.

D66 vindt dat de keuze om zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken, overwogen gemaakt moet worden. Wij kunnen hiervoor pas kiezen als het risicovereveningssysteem kloppend is. Daarom krijgen wij over een halfjaar graag inzicht van de Minister in de meest actuele cijfers. Zo kunnen wij een weloverwogen keuze maken over de risicodragendheid van zorgverzekeraars in 2017.

Ook hoor ik graag hoe de Minister van plan is de transparantie van zorgkwaliteit en de kwaliteit van inkoop te stimuleren.

De Minister legt de verantwoordelijkheid voor dure geneesmiddelen bij het veld neer. Zorgverzekeraars worden 100% risicodragend voor dure geneesmiddelen, alleen niet voor nieuwe dure geneesmiddelen. Die komen via een sluis het basispakket in. Daarover heb ik een aantal vragen. Kan de Minister aangeven of alle nieuwe dure geneesmiddelen via de sluis zullen gaan, of is er ook een categorie waarvoor de zorgverzekeraars direct risicodragend zullen zijn? Als niet alle geneesmiddelen via de sluis in het basispakket zullen komen, hoor ik graag van de Minister hoe zorgverzekeraars zich kunnen voorbereiden op onverwacht hoge kosten. Ik stel die laatste vraag omdat ik graag van de Minister hoor welke waarborgen er zijn om ervoor te zorgen dat in elk geval patiënten niet de dupe worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Mensen die zorg nodig hebben, moeten ervan uit kunnen gaan dat ze die passende zorg ook krijgen, ongeacht inkomen, leeftijd of gezondheid. Met het instrument risicoverevening wordt het selecteren en uitsluiten van mensen met hoge zorgkosten, de risicoselectie, tegengegaan. Het is een heel belangrijk instrument om de solidariteit en toegankelijkheid van de zorg te bewaken. Daarom zijn we tevreden met de verfijning van dit instrument die de Minister nu voorstelt, maar we hebben ook zorgen over de toename van een risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars.

Als eerste het goede nieuws. Wynand van de Ven, een wetenschapper die vaak door de Kamer wordt aangehaald, noemt het beter compenseren van chronisch zieken en gehandicapten een doorbraak. Daar is de Partij van de Arbeid het zeer mee eens. Het is namelijk een prikkel om te investeren in betere zorg voor kwetsbare mensen, voor chronisch zieken, voor mensen die veel zorg gebruiken. Daarmee wordt geïnvesteerd in hun gezondheid. Dat draagt ook bij aan het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Tegelijkertijd is het een erkenning dat de zorgverzekeraars en de markt niet uit zichzelf solidair zijn en dat we erop moeten blijven letten dat de solidariteit gewaarborgd blijft. De zorgverzekeraars compenseren deze doelgroep nu. Tegelijkertijd willen we zien dat ze ook echt betere zorg gaan inkopen als zij gecompenseerd worden aan de voorkant.

Hoe merkt de patiënt, de verzekerde dat? De aanname dat meer concurrentie en risicodragende uitvoering leiden tot doelmatig inkopen, strookt

nog niet met de NZa-rapportage waarin wordt gezegd dat er te weinig wordt ingekocht op zorg. Hierin is dus verbetering nodig. Dat heeft de Minister eerder ook erkend. Wij hebben daar een aantal vragen over. Op welke manier kan nog meer worden gestimuleerd dat de inkoop van zorg echt geschiedt op basis van kwaliteit, op basis van de wens en noodzaak van een patiënt? Welke prikkels hebben zorgverzekeraars nu en zetten ze die ook echt in? Welke maatregelen ziet de Minister hiervoor weggelegd? En hoe kan dit inzichtelijk worden gemonitord, zodat we zien dat de zorgverzekeraars aan de voorkant worden gecompenseerd en de patiënt daar aan de achterkant ook echt profijt van heeft?

Dan het punt geneesmiddelen. Voor expertproducten, add-ons en dure oncolytica kunnen wij meegaan in het voornemen van de Minister om de risicodragendheid van de zorgverzekeraars te vergroten, maar er spelen ook belangrijke vragen over de toegang tot deze medicijnen. Kan de Minister garanderen dat een medicijn voor iedereen passend wordt aangeboden? De verzekeraar heeft immers een zorgplicht. Het is de taak van een medisch specialist om medicatie voor te schrijven. Hij is degene die op de stoel van de beslisser zit, samen met de patiënt. Welke instrumenten hebben zorgverzekeraars voor selectieve inkoop, toezicht op doelmatig voorschrijven en inkoopmacht ten opzichte van de farmaceutische industrie? Welke criteria worden nu gebruikt voor het plaatsen van medicatie in de sluis?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dat mevrouw Bouwmeester heel terechte vragen stelt over de risico's in verband met de beschikbaarheid van heel dure geneesmiddelen en de belangrijke rol die zorgverzekeraars daarin hebben. Uit haar vragen blijkt ook dat er nog wel wat antwoorden nodig zijn. In juli hebben we een debat met de Minister gehad over de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen. De Minister zei toen: omdat er sprake is van nacalculatie, weten we zeker dat zorgverzekeraars die middelen beschikbaar houden. De Minister verandert nu die beslissing. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij vragen van de Minister de garantie dat iedereen die medicatie nodig heeft, die ook krijgt. Passend voorschrijven is dus de allerbelangrijkste garantie. Er is een zorgplicht. Dat is de eerste vraag die wij aan de Minister stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We hebben net een rapport ontvangen van de Nederlandse Zorgautoriteit en een buitengewoon goed rapport van het KWF, waarin wordt aangegeven: eigenlijk zien wij op dit moment onvoldoende garanties om te waarborgen dat iedereen de middelen krijgt die hij nodig heeft. Die harde oproep kwam daar echt vandaan. De vraag is: welke garanties ziet mevrouw Bouwmeester op dit moment zelf die ervoor zorgen dat iedere patiënt het dure geneesmiddel krijgt dat nodig is?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een zeer terechte vraag van het CDA, maar dat is precies de vraag die ik net aan de Minister heb gesteld: doe gaat zij dat garanderen? Daar gaat de Minister zo hopelijk een tevredenstemmend antwoord op geven. Als wij een antwoord krijgen waar wij niet tevreden mee zijn, hebben wij een aantal vervolgvragen. De kern is dat wij nooit meer een televisieprogramma willen zien waarin artsen zeggen: we willen een medicijn heel graag voorschrijven en het is heel passend, maar we zijn nog in onderhandeling met de zorgverzekeraars dus de patiënten moeten nog even wachten. Dat willen we niet. We hebben ook een prikkel nodig voor doelmatig voorschrijven. Het is de vraag of je dat oplost door alleen maar geld neer te leggen. Het uitgangspunt is dat patiënten niet de dupe mogen worden van het niet beschikbaar zijn van medicatie omdat een ziekenhuisbestuur beslist of een

zorgverzekeraar er niet uitkomt. Het gaat om de patiënt. Die vraag ligt bij de Minister, dus wij stellen haar dezelfde vragen.

Ik vervolg mijn betoog. Ik ga in op de wijkverpleegkundige zorg. Er is maandag een hoorzitting geweest. Tot onze schrik hoorden we van de wijkverpleegkundigen dat zij nu lekker aan de slag zijn, maar dat de zorgverzekeraars zo bang zijn dat het budget wordt overschreden dat zij een beetje controledrift hebben. Zij zouden te veel regels stellen, te gedetailleerde informatie willen, en de indicatiestelling ter discussie stellen. Er is heel veel controle, waardoor het mooie van wat wij bedacht hebben, namelijk de vrijheid voor wijkverpleegkundigen, aan de achterkant wordt ingeperkt door de zorgverzekeraars. Als dit deels een effect is van risicodragende uitvoering, vinden wij dat een slechte ontwikkeling. Ik zou graag willen dat de Minister daarop reageert. Mijn laatste punt betreft de WOR (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening). Wij nemen aan dat het hele veld nadrukkelijk wordt uitgenodigd om voorstellen in te dienen voor verfijning van de risicoverevening. Toch hebben we een hele reeks van voorstellen gehad van zorgverzekeraars en andere partijen voor een verfijning van de risicoverevening. Ik zou graag van de Minister willen weten of de Kamer de volgende keer een overzicht kan krijgen van alle voorstellen die zijn ingediend, en wat de afweging was om iets wel of niet te doen. Nu krijgt de Kamer een aantal voorstellen, die zij eigenlijk niet zo heel goed kan wegeen. De Minister zegt altijd: als de Kamer mij vraagt om iets te onderzoeken, neem ik dat mee. Het zou natuurlijk gek zijn als via die bypass al die verzoeken toch weer richting de WOR worden gebracht. Wij vinden het belangrijk dat erop wordt gereageerd.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het risicovereveningssysteem is een van de grote onbekenden in ons zorgstelsel. Als je de man of vrouw op straat vraagt wat dat is, denk ik dat je weinig blikken van herkenning krijgt. Maar zoals mevrouw Dijkstra net al zei, gaat er wel zo'n 22 miljard euro in om. En zoals twee van mijn voorgangers zeiden, is het de kurk waarop ons zorgstelsel drijft. In ons zorgstelsel geven wij private verzekeraars in onderlinge competitie een heel belangrijke rol in de inkoop van kwalitatief hoogwaardige zorg tegen een goede prijs. Tegelijkertijd vinden we dat de verzekeraars iedereen moeten accepteren. Dat willen we tegen dezelfde voorwaarden. Dat kan alleen als je voorspelbare risico's vooraf zo veel mogelijk compenseert via het ex-antevereveningssysteem.

Het is interessant om te zien dat het stelsel nu zo'n negen jaar op weg is en we nog steeds heftige aanpassingen doen van het vereveningssysteem. Wij vinden met elkaar dat dit moet en dat het goed is. Dat is ook mijn uitgangspunt in dezen. De VVD is voorstander van de aanpassingen die nu worden voorgesteld. Ze sluiten ook aan bij de voornemens van de Minister uit de brief «Kwaliteit loont», om ervoor te zorgen dat verzekeraars nog veel meer dan nu geprikkeld worden om kwalitatieve zorg in te kopen voor patiënten en dat het niet loont om met name chronische patiënten te weren. Daarin worden nu grote stappen gezet. Dat is heel goed. Ik voorspel alleen dat wij hier volgend jaar weer zitten, dat er dan weer aanpassingen zijn en dat we dan zeggen: het kan waarschijnlijk nog beter. Dat is ongetwijfeld waar.

De grote vraag die natuurlijk voorligt, is of het ex-antemodel dat we nu hebben – misschien nog met de aanpassingen van volgend jaar – voldoende is om verzekeraars volledig risicodragend te maken vanaf 2017. Die wens heeft de VVD nadrukkelijk wel, omdat we het belangrijk vinden dat verzekeraars de verantwoordelijkheid voor de inkoop van goede en betaalbare zorg ook echt voelen. Als we achteraf blijven compenseren, is de echte prikkel om je best te doen er niet. Daarover wil ik nog wel een vraag stellen in relatie tot een aantal zorgcategorieën waarvan het zorggebruik in het afgelopen jaar wordt meegenomen in het ex-antemodel. Dat is eigenlijk een vorm van ex-postverevening. Als je het

zorggebruik in het ex-antemodel stopt, zeg je: het gebruik van vorig jaar is voorspellend voor het gebruik van volgend jaar. Dat zal waar zijn, en het helpt ons ook wel om voor de moeilijke categorieën waarop we nu nog geen grip hebben, zoals de wijkverpleging, toch ex-ante te verevenen. Dat is prima, maar hoeveel doelmatigheidsprykkels zitten daar nog in? D66 vroeg dat net ook al. De VVD kan daar voor nu wel mee leven, maar zou wel heel graag willen dat we voor de vier categorieën zorg waarmee we dit doen andersoortige kenmerken vinden om toch voorspellend te kunnen zijn, zodat we het zorggebruik niet alleen met terugwerkende kracht bekijken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Rutte vraagt terecht of er andersoortige kenmerken nodig zijn om de risicoverevening voor de langdurige ggz in de verpleging en verzorging echt op orde te brengen. De t-1 waarover de heer Rutte spreekt, is inderdaad een paardenmiddel om de boot bij te sturen. De logische vraag die daar direct uit volgt, is: hoe kun je beslissen tot risicodragendheid van zorgverzekeraars per 2017 als er geen goed stelsel ligt?

De heer **Rutte** (VVD): De Minister heeft aangegeven dat we alleen volledige risicodragendheid kunnen invoeren en de ex-postverevening kunnen weghalen als het ex-antemodel voldoende werkt. Het mag niet te instabiel zijn, want dan blijven zorgverzekeraars bepaalde vormen van zorg aan bepaalde patiënten mijden. Door in het geval van deze zorgcategorieën het zorggebruik van vorig jaar in het ex-antemodel te stoppen wordt die zorg op zichzelf weggenomen. Het is eigenlijk een beetje een vorm van ex-postverevening. Het is verder een robuuste keuze, maar de vraag is of het op termijn ook een doelmatige keuze is. Zet het partijen wel voldoende aan om datgene wat we met risicodragendheid willen bereiken ook voor deze zorgsoorten te realiseren? Ik zou graag zien dat we gaandeweg ook afscheid nemen van deze manier van zorg versleutelen in de ex-anteverevening. U noemt het een paardenmiddel, maar juist door de introductie hiervan is mijn zorg dat de verzekeraars met onverwachte kosten worden geconfronteerd, voldoende weggenomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag is of dat wel zo zeker is. We voeren dit model nu in, maar we hebben per 2017 geen inzicht in de cijfers en we weten daardoor niet welke effecten het met zich meebrengt. De heer Rutte weet verder net als ik dat we pas echt goed inzicht hebben in het totaal nadat we drie jaar de cijfers over risicoverevening hebben gekregen. In 2017 weten we dus eigenlijk nog steeds niet wat de effecten zijn van de overcompensatie t-1. Is de heer Rutte bereid om op basis van die onduidelijke gegevens in 2017 een beslissing te nemen? Ik vraag dat, omdat achteraf kan blijken dat het andere gevolgen heeft gehad.

De heer **Rutte** (VVD): Als mevrouw Bruins Slot hiermee zegt dat wij sneller inzicht moeten krijgen in het zorggebruik en de kosten ervan, ben ik dat volstrekt met haar eens. We zien dat de termijnen steeds verder teruglopen en dat betekent dat we er steeds beter in worden en dat we steeds sneller inzicht krijgen in het gebruik van zorg. Soms duurt het wel langer dan we zouden willen, maar laat dat nu ook voor de verzekeraars een reden zijn om daar meer op te sturen en om ervoor te zorgen dat gegevens op tijd beschikbaar zijn. Zij hebben er zelf immers ook belang bij in het kader van de verevening en de verbetering van het vereveningsmodel. Het is met andere woorden in het belang van de verzekeraars zelf. Voorzitter. Verzekeraars hebben zelf aangegeven gelukkig te zijn met de beweging die nu in het vereveningssysteem is ingezet: veel meer oog hebben voor de chronische patiënt. Daardoor wordt het speelveld tussen verzekeraars, met name tussen de verzekeraars die zich daarvoor inzetten,

veel gelijk en vindt er veel minder risicoselectie plaats. Overigens vindt dat laatste vooral indirect plaats.

Het versleutelen van zorggebruik in het ex-antemodel is niet de allermooiste oplossing. Het is een praktische oplossing en misschien ook wel een duurzame oplossing. Het is nog wel de vraag of we nu op zoek kunnen gaan naar categorieën die voorspellend zijn voor bepaalde vormen van zorg. Ik doe de Minister twee suggesties voor toekomstige onderzoeken. Mijn eerste suggestie betreft het gebruik van de grieprik en dan zeker als die wordt voorgeschreven op basis van risicofactoren. Er zijn mensen die op basis van risicofactoren een grieprik voorgeschreven krijgen. Vaak gaat het daarbij om bepaalde groepen chronische patiënten. Zou dat een voorspellende waarde kunnen hebben waarmee we het vereveningsmodel kunnen verbeteren?

Mijn tweede suggestie is wat complexer en heeft te maken met de kwetsbaarheidsindex. Steeds meer huisartsen registreren patiënten in een kwetsbaarheidsindex om te beoordelen of een patiënt daadwerkelijk zeer kwetsbaar is. Patiënten met een hoge score worden vaak overgedragen aan de praktijkondersteuning ouderenzorg. Dat zijn waarschijnlijk ook patiënten die voorspelbaar veel gebruik gaan maken van bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige zorg, een van de zorgsoorten waarmee we zo hard worstelen in de risicoverevening. Is de Minister bereid, na te gaan of dit soort indicatoren een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de voorspelbaarheid van het vereveningsmodel?

Schorsing: 10.37 uur tot 10.47 uur.

Minister **Schippers**: Voorzitter. We kunnen met elkaar constateren – iedereen heeft dat ook gedaan – dat de risicovervening niet af is. Ik durf zelfs te voorspellen dat de risicoverevening nooit afgerond zal worden, want er zijn altijd verbeteringen door te voeren. Verder constateer ik dat er grote stappen zijn gezet om chronisch zieken beter te compenseren. Omdat het een aantal keer genoemd is, teken ik er gelijk bij aan dat we niet overcompenseren. Overcompensatie houdt in dat je vooraf besluit om meer te compenseren dan op basis van de raming nodig is. Dat doen wij niet omdat dat staatssteun is en staatssteun mag niet. Dat zullen we dus ook nooit kunnen doen.

Wat we wel doen, is de compensatie vooraf zo goed mogelijk ramen. Compensatie vooraf zet verzekeraars aan om zorg beter in te kopen en om zorg beter te organiseren dan de compensatie achteraf doet. Daarmee proberen we het systeem te verslaan en dat is precies de doelmatigheidsprikkel die wij heel graag in het systeem willen hebben. Het afkomen van deze doelmatigheidsprikkel – dat doe je als je zegt dat het eigenlijk niet op elkaar past – haalt die prikkel uit het systeem. Dat is iets wat we volgens mij nooit moeten doen. Wat we wel moeten doen, is het jaar erop nog scherper ramen en dan hopen dat de zorgverzekeraars het systeem weer kunnen verslaan. Dat is namelijk de doelmatigheidsprikkel die we in het systeem hebben ingebouwd. Het is ook goed dat verzekeraars het systeem verslaan, want dat betekent dat ze scherper en beter hebben ingekocht dan wij vooraf hadden geraamd.

Voorzitter. Ik heb de antwoorden in een aantal blokjes onderverdeeld. Die blokjes zijn grofweg: het model, de medicijnen en de ggz. Ik weet niet of ik beide laatste blokjes in die volgorde behandel, maar ik begin in ieder geval met het model.

Een aantal leden hebben een belangrijke vraag gesteld over de risicovereveningsmodellen met kenmerken die gebaseerd zijn op het zorggebruik in het voorafgaande jaar. De heer Rutte zei het eigenlijk al: dat is een beetje een ex post in de ex ante. Dat is natuurlijk zo en daarom vind ik dat wij verantwoorde stappen zetten door het af te bouwen. Verminder je in principe de doelmatigheidsprikkel door het er zo steady in te laten staan? Ja, dat klopt. Aan de andere kant verminder je hierdoor de risicoselectie-

prikkels. Dat is de afruil die erin zit. We hebben een afweging gemaakt tussen risicoselectie, vergroting van de risicodragendheid en de doelmatigheidsprikkels en die heeft dit jaar tot deze conclusie geleid. Er is gevraagd of je dat er jaar, na jaar, na jaar in moet zetten. Ik geef mee dat ik dat ook niet ideaal vind. Daarom heb ik het ook een paardenmiddel genoemd; ik zie heus wel wat hier gebeurt. Aan de andere kant vind ik dat dit paardenmiddel in die afruil nodig is. Tegelijkertijd blijven we heel hard zoeken naar een mogelijkheid om dat paardenmiddel te vervangen. Een verzekeraar die denkt dat hij wel een beetje kan achteroverleunen omdat de doelmatigheidsprikkels nu wat minder zijn, vergist zich, want het is nog steeds gunstig om het slimmer te doen. Er zit namelijk wel degelijk een prikkel in, maar wij vervangen die liever. Als een verzekeraar achteroverleunt en wij vervangen het het jaar daarop, dan heeft een verzekeraar wel een probleem. Ook dat zit er nog in. Ik geef het dus wel op voor een betere. De argumentatie om de stappen te zetten vond ik sterker, dan de nadelen van t-1. We moeten het vervangen door iets beters en daar gaan we dan ook aan werken.

Mevrouw Bouwmeester vroeg wie er aan tafel zitten bij de WOR. Iedereen zit daar aan tafel. Kunnen die iets inbrengen? Dat mogen ze allemaal. Als er iets bij mevrouw Bouwmeester wordt ingebracht, vind ik dat prima, maar dat kunnen ze ook daar doen, want ze zitten daar ook gewoon aan tafel. Iedereen kan het dus aan tafel inbrengen. Als iemand het dubbelop wil doen door het ook bij de Kamer, de pers en de WOR in te brengen, vind ik dat goed. Dat mag allemaal; laten we het vooral in discussie houden. Ik heb hierover verder geen oordeel, maar het is dus niet zo dat een bepaalde partij niet aan tafel zou zitten of geen toegang zou hebben. Ik heb bovendien al eerder gezegd in de Kamer: alle suggesties, ook suggesties van partijen die niet in de WOR zitten en het daarom via de Kamer doen, neem ik mee. Wij bekijken altijd of we geen ideeën hebben gemist, omdat het een continue zoektocht is naar mogelijkheden om het beter te doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed om te horen dat de Minister mijn beeld bevestigt dat iedereen daar aan tafel zit. De werkgroep wijst toch voorstellen af, waarschijnlijk om dat de werkgroep daarvoor zwaarwegende redenen heeft, maar die voorstellen komen vervolgens naar de Kamer. Dat is hartstikke mooi, want het laat zien dat we een open democratie hebben. De Minister zegt hierover: als de Kamer mij vraagt om voorstellen te doen, dan ga ik die alsnog onderzoeken. Ik heb nu zelf zeven voorstellen van een aantal partijen genoemd, voorstellen die al mijn collega's ook hebben gekregen. Die kan ik in dit overleg aan de Minister voorleggen en dat leidt ertoe dat zij die alsnog aan de WOR voorlegt. Als Kamerlid wil ik af kunnen wegen of ik een dergelijk verzoek terecht nog een keer doe en daarvoor is het handig om te beschikken over een overzicht van de voorstellen die zijn ingebracht en wat daarmee is gedaan. Als ik dat weet, kan ik bepalen of het zin heeft om het nog een keer in te brengen. Nu komen we terecht in een heel gekke loop, omdat ik niet kan beoordelen – ik weet immers niet welke afweging er eerder is gemaakt – of die zeven verzoeken door die partijen terecht zijn ingediend. Dat ik dat afwegingskader niet ken, maakt het wat lastig.

Minister **Schippers**: Het gebeurt niet dat er iets bij de WOR wordt ingebracht en dat die club dan zegt: «Nou, dat lijkt ons niks. We voeren het af.» Er wordt altijd heel goed naar gekeken en een besluit wordt altijd beargumenteerd, zeker als partijen aan tafel denken dat het een goed voorstel is. Het wordt dus altijd bediscussieerd en beargumenteerd, sterker nog: er zijn ook voorstellen gedaan die nader zijn onderzocht en vervolgens toch zijn overgenomen. Deze zomer is dat nog gebeurd, toen wij een voorstel hoog hielden, omdat we zagen dat er ontzettend veel geld

werd verschoven voor heel weinig resultaat. Wij hielden vast aan onze vraag of dit wel zo handig was en vervolgens is het toch afgefallen. Ik weet niet of zo'n inventarisatie heel veel toevoegt omdat voorstellen altijd serieus worden gewogen, maar we kunnen die inventarisatie zo maken. Het is tamelijk overzichtelijk en voorkomt dat we allerlei voorstellen rondpompen. Ik vind het dus geen enkel probleem.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het lijkt me een prima voorstel. We moeten maar even op een andere plek nagaan of alles wat naar de Kamer is gekomen, ook de Minister bekend is.

Minister **Schippers**: Ik kan me niet voorstellen dat de mensen die bij ons aan tafel zitten, bij de Kamer iets inbrengen wat ze niet tegen ons hebben gezegd. Maar ja, je weet nooit precies hoe het allemaal loopt. Als u een lijstje hebt, kunt u dat altijd bij ons indienen en dan zullen wij checken of we alles goed op een rijtje hebben gezet. Ik vind het overigens echt niet erg om te doen, want alle leden hebben gezegd dat het de kurk of de backbone is. Daar ben ik het mee eens; wij vinden dit risicoverevenings-systeem allemaal heel belangrijk. Daarom overleggen we er ieder jaar ook twee keer met elkaar over. Dat is ontzettend goed. Wij hebben dat systeem een paar jaar geleden ingevoerd en ik vind die gesprekken heel erg belangrijk. We moeten de keuzes die worden gemaakt, inderdaad zo goed met elkaar bespreken dat we die keuzes echt met elkaar maken. Voorzitter. Ik heb de vragen gegroepeerd per onderwerp en daarom behandel ik de woordvoerders door elkaar. Ik ga nu verder met de vragen over het beter compenseren van chronisch zieken enerzijds en het MBI anderzijds. Daar ben ik eigenlijk mee begonnen. Je kunt chronisch zieken beter compenseren, maar het blijft voor de verzekeraar natuurlijk de prikkel om het systeem te verslaan, om het beter te doen dan de compensatie. Die blijft erin zitten. Ook al compenseer je beter, die prikkel moet erin blijven zitten. Als in the end, achteraf, blijkt dat er veel meer is ingekocht dan er was geraamd, hebben we als laatste redmiddel het MBI. Ik zeg wel tegen iedereen dat ik het ook een heel lelijk instrument vind. Dat laat onverlet dat het heel gevaarlijk is om dit instrument weg te gooien, want dan kun je de premiebetaler niet meer beschermen tegen enorme kostenstijgingen. Wij moeten het er dus in houden. Juist die goede compensatie vooraf zie ik als een prikkel voor de zorgverzekeraar om nog scherper in te kopen en misschien ook wel om nog beter in te zetten op preventie. Preventie kan latere kosten immers voorkomen. Het moet wat mij betreft dus in het systeem blijven zitten, omdat ik de tegenstelling niet zie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik bedank de Minister voor de toelichting, maar ik heb nog wel een vraag. De Minister zegt dat de compensatie is verbeterd, maar het betekent eigenlijk dat de zorgverzekeraars meer geld krijgen. Dat geld geven ze misschien ook wel uit en daardoor zou die bezuiniging van 400 miljoen euro niet worden gehaald. Als we het MBI moeten inzetten, wordt dat geld niet bij de zorgverzekeraars weggehaald, maar bij de zorgaanbieders. De vraag is dus of het daardoor niet oneerlijk uitwerkt. De zorgverzekeraar krijgt dan wel meer geld, maar de zorgaanbieder moet het terugbetalen.

Minister **Schippers**: Er komt niet meer geld in het systeem, want de verzekeraar krijgt niet meer geld. Het geld wordt anders verdeeld. Dat is de crux.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het macrokader van de verpleging en de verzorging vergroot de Minister niet. Het klopt dus dat in de risicoverevening vooraf het geld van het ene naar het andere macrokader wordt verschoven, bijvoorbeeld van de medisch-specialistische zorg naar

verpleging en verzorging. Daardoor wordt de koek van de verpleging en de verzorging groter, maar de koek van de verpleging en de verzorging in de raming van de Minister wordt niet groter. Dat lijkt mij toch tegenstrijdig te zijn.

Minister **Schippers**: Nee, want u gaat er dan van uit dat meer altijd beter is. Het gaat mij erom dat we druk op het systeem zetten om de verzekeraars slim in te laten kopen. Je moet niet een mechanisme in de zorg hebben dat leidt tot meer, meer, meer, maar tot beter, beter, beter. Beter is niet altijd duurder! Het gaat mij erom dat er in het systeem een prikkel zit die zowel de doelmatigheid als de kwaliteit bevordert. Als de kwaliteit niet goed is, verlies je een verzekerde. Die dubbelheid moet in het systeem blijven zitten. Als we die eruit halen, gaat het systeem mank.

Voorzitter. Is het ex-antesysteem voldoende om volgend jaar volledig risicodragend te kunnen zijn? Verder vroeg de heer Van Gerven in dit verband of het de bedoeling is dat in 2017 alles risicodragend is. Ja, dat is afgesproken in het regeerakkoord. Dus in 2017 is alles risicodragend. Doen we dat roekeloos? Nee, dat doen we niet roekeloos, want daar speelt natuurlijk ook dat hele t-1-verhaal. Doordat je het zo doet, matig je de risico's en het gevaar van risicoselectie die daar eventueel uit voort zouden kunnen vloeien. Het is dus een paardenmiddel dat aan twee kanten snijdt. Is het volledig? Nee, het is niet 100%, want wij hebben de sluis uitgezonderd. Heel dure geneesmiddelen die geen concurrentie kennen en waarvan de prijsstelling dusdanig is dat ik van mening ben dat ik erover moet onderhandelen, komen in de sluis terecht. Dat wil niet zeggen dat alle dure geneesmiddelen daar automatisch in terecht komen; alleen die specifieke geneesmiddelen komen erin terecht. Voor die geneesmiddelen hebben we dan een jaar geen risicodragendheid. Die gaat het jaar daarna wel in als de gegevens bekend zijn. Het zal verder dus volledig risicodragend zijn.

Ik heb een slag om de arm gehouden bij de langdurige ggz. Bij de langdurige ggz speelt immers nog een ander vraagstuk. Ik heb al eerder tegen de Kamer gezegd dat wij daarover voor de zomer van 2016 een standpunt ingenomen moeten hebben, omdat ze in 2017 voor 100% risicodragend in de Zvw (Zorgverzekeringswet) zitten als wij geen andere oplossing hebben gevonden. Vind ik dat ze in de Zvw thuishoren? Ja, dat vind ik inderdaad. En waarom? Ik ben die mening toegedaan, omdat je te maken krijgt met de verkeerdebeddenproblematiek als je het in Wet langdurige zorg houdt. Die problematiek vloeit mede voort uit al die schotten en die zouden we dan ook eigenlijk niet moeten willen hebben. Het is voor de patiënt ongelooflijk belangrijk dat de ggz naar de Zorgverzekeringswet is gegaan. Vroeger werden mensen namelijk levenslang opgesloten, terwijl het nu echt gericht is op «zo veel mogelijk zelfstandig als dat kan» en «zo veel mogelijk onafhankelijk als dat kan». Er is op het terrein van de kwaliteit inhoudelijk ongelooflijk veel gebeurd in de ggz. Je moet dat niet onderschatten. We spreken heel vaak abstract en technisch over systemen, maar dit heeft enorm veel betekend voor het leven van mensen. Het is echt een hartenkreet als ik zeg dat ik het jammer zou vinden als we het weer in de langdurige zorg zouden onderbrengen. Ik zou dat echt heel jammer vinden en daarom ben ik ook zo gemotiveerd om heel hard te zoeken naar een mogelijkheid om de hele ggz in één keten in de Zvw te kunnen houden. Ik zou dat heel graag willen, maar het moet wel kunnen.

Het is een uitdaging waarop we ons de komende jaren volledig zullen moeten richten. Ik ga dat samen doen met de sector die ook zeer gedreven is om in de Zvw te blijven. Ik zeg nu ook maar gelijk tegen de sector dat het wel betekent dat men zich aan de Zvw-regels zal moeten houden. Je kunt namelijk niet een langdurigezorgregiem hebben en tegelijkertijd in de Zvw zitten. Dat is zo'n ondoelmatig systeem dat het

onhoudbaar is. We moeten hierover met elkaar aan de slag, maar we hebben voor die agenda nog wel een jaar de tijd.

Als je kijkt naar de stappen die we nu zetten en naar de risicodragendheid dit jaar, is de stap naar volgend jaar voor het hele systeem niet zo heel groot. Somatisch zitten we al op 100% en voor de rest zitten we ook al behoorlijk in die richting. Overall zitten we op 98%, 99% risicodragendheid en we moeten echt niet doen of we voor die laatste 2% de hele wereld moeten veranderen.

Ben ik bereid om een uitzondering te maken? Je moet altijd blijven nadenken, maar ik ga daar niet van uit. Omdat we nog maar op 1% à 2% niet-risicodragendheid zitten, moeten we ook niet overschatten wat er nog te doen is. Als het in de loop van komend jaar echt onverantwoord blijkt te zijn, kunnen we altijd nog gebruikmaken van de afwegingsmomenten die we met elkaar hebben afgesproken, een voor de zomer en een na de zomer. Uiteindelijk bepalen we pas na de zomer van volgend jaar welke stappen we zetten. Ik zie dus geen reden om beren op de weg te zien. Ten slotte merk ik nogmaals op dat de sluis echt uitgezonderd blijft.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zei over de langdurige geestelijke gezondheidszorg dat zij niets uitsluit en dat zij vindt dat die binnen de Zvw moet blijven. De Minister weet dat het CDA daar anders over denkt. Hoe weet de Minister eigenlijk zo zeker dat de risico-verevening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg goed werkt? Ik vraag dat, omdat we de komende jaren wel gaan werken met het paardenmiddel van t-1 en we eind 2016, begin 2017 nog niet beschikken over de actuele cijfers over de werking van de risicoverevening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Is het wel verstandig om de deadline voor deze majeure beslissing op 2017 vast te stellen? Is het met andere woorden niet verstandiger dat de Minister zichzelf wat ruimte geeft door de deadline wat in de tijd op te schuiven?

Minister **Schippers**: We zitten met een systeem dat is ingegaan in 2006. Deze zorgverzekeringswet draait dus zo'n negen jaar. We zitten verder in een systeem met concurrentie waarin de doelmatigheid is opgehangen aan de inkoop door de zorgverzekeraars. Ik denk dat we het systeem daarop moeten aanpassen. Doen we dat niet, dan praten we over concurrentie terwijl die concurrentie door de grote nacalculatie natuurlijk geen echte concurrentie is. We zullen het systeem dus daarop moeten aanpassen. Ik ben op basis van kwalitatieve zorginhoudelijke argumenten een voorstander van langdurige ggz in de Zvw. Ik denk dat de patiënt in de langdurige ggz beter af is als hij in dit systeem zit. In de Wlz kun je verder een aantal dingen niet doen die je wel kunt doen in het zorgcontinuüm van de Zvw.

Maar ik ben hier niet zeker van. Als ik dat wel zou zijn, zou ik niet zeggen: ik houd een slag om de arm. Op een gegeven moment kunnen we tot de conclusie komen dat we het zo niet redden. Er horen bij de Zvw namelijk een aantal dingen, bijvoorbeeld transparantie en kennis over wat er zorginhoudelijk gebeurt. In de Zvw moet je daadwerkelijk transparant zijn over de kwaliteit en de zorginhoud. Er horen met andere woorden allerlei aspecten bij de Zvw die we bij de langdurige ggz nog niet hebben geregeld. Met het oog daarop moeten we de druk op de ketel houden en volgend jaar zo goed mogelijk bekijken wat we kunnen doen. We zijn er al jaren mee bezig en natuurlijk kunnen we het nog jaren voor ons uit schuiven, maar op een gegeven moment moet je durven constateren dat het niet lukt. Het kan zijn dat het zover komt, maar ik heb de hoop dat het niet zover komt, nog zeker niet opgegeven. We hebben nog een jaar en in dat jaar kunnen we hiermee nog heel hard aan de slag gaan. Ondertussen hebben we risicodragendheid ingevoerd in de langdurige ggz die gebaseerd is op t-1. De risicoselectie hebben we er daardoor feitelijk voor een groot deel uitgehaald. Daarover maak ik me dan ook geen zorgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister wekt met dit antwoord de indruk dat het hier gaat om een proces dat sinds 2006 loopt, maar wij hebben de langdurige ggz natuurlijk pas per 1 januari 2014 overgedragen. Zo lang zijn we dus nog niet bezig met risicoverevening in de langdurige ggz. Je kunt de kwaliteit van de zorg transparant maken, maar risicoverevening houdt ook in dat je inzicht hebt in de voorspelbaarheid van de kosten, de voorspelbaarheid van de kosten die voor een individu met een bepaald profiel worden gemaakt. Dat schijnt buitengewoon lastig te zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom vraag ik de Minister om juist op dat aspect dieper in te gaan. Zij beweert dat door t-1 het risico voldoende afneemt, maar dat is natuurlijk niet zo. Je bent namelijk eigenlijk bezig om de kern van het probleem te verhullen, namelijk de vraag hoe je de kosten kunt voorspellen van iemand met een ernstige psychische aandoening.

Minister **Schippers**: Natuurlijk is de langdurige ggz pas later overgeheveld, maar in de jaren dat we de Zvw hebben, hebben we één ding geleerd: als je de nacalculatie te zwaar houdt, is de doelmatigheidsprikkel te weinig. Uit de overschrijdingen in al die jaren hebben we één ding geleerd: door de afbouw van de ex post krijg je daadwerkelijk een doelmatigheidsprikkel in het systeem. Dat is een heel harde les, maar niet alleen een harde les, ook een heel belangrijke les.

T-1 is verder eigenlijk een geweldige goede voorspeller, laten we daar heel eerlijk over zijn. Een verzekeraar kan altijd zijn best doen om het beter te doen dan gemiddeld. Er zit dus wel een prikkel in. Die prikkel is alleen niet zo heel sterk en dat moeten we verbeteren. Zitten er risico's in de manier waarop we het organiseren? Dat kunnen we niet zeggen en ik vind daarom dat we het nu heel goed zo kunnen uitvoeren. Als je een zorgvorm in de Zvw onderbrengt, moet je in mijn ogen ook een beter model hebben. Daarom vind ik dat er moet worden gekeken of daar zicht op is. Daar zullen we onze energie in moeten steken. Uiteindelijk zullen we een keuze moeten maken als we concluderen dat we het op moeten geven, maar zover ben ik gewoon nog helemaal niet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb daar natuurlijk ook naar gevraagd. Ik deel de opvatting van de Minister dat het belangrijk is om je aan een deadline te houden, ook gezien alle prikkels die daarvan uitgaan. Tegelijkertijd heb ik vragen gesteld over het feit dat er nog veel onbekend is en dat we toch de ex post uit de langdurige ggz halen. We doen dat overigens ook op andere terreinen. Zoekt de Minister de oplossing in wat zij zojuist met de heer Rutte van de VVD wisselde, namelijk dat de ex ante de ex post eigenlijk voor een deel vervangt? Is dat ook wat er bij de langdurige ggz aan de hand is?

Minister **Schippers**: Het model dat we in 2016 in gaan voeren, is substantieel beter dan het model dat vorig jaar is ontwikkeld. We zetten bij de langdurige ggz nu een stapje bij de risicodragendheid. Dat is een heel klein stapje. Wat betekent dat kleine stapje? Dat betekent dat 23 verzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van 99% de langdurige ggz in 2016 risicodragend uitvoeren. De stap naar volledige risicodragendheid in 2017 – laten we daar reëel over zijn – verandert dus niet de hele wereld. De manier waarop we het doen, namelijk met t-1, verdient niet de schoonheidsprijs. Ik heb de Kamer dat ook geschreven. Daarom moeten we onze inspanningen richten op het vinden van aanknopingspunten om dat model te verbeteren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat de Minister daarnaartoe wil. Heeft zij daar al beelden bij? Heeft ze al een idee welke kant het opgaat?

Minister **Schippers**: Eén ding weet ik, namelijk dat de inzet van het veld doorslaggevend is voor het succes van deze stap. Wat is er nodig voor de

Zvw? Daarvoor heb je transparantie nodig over wat gepast gebruik is en wat er allemaal gebeurt. De kwaliteit moet transparant zijn en daarvoor moet je de verzekeraars instrumenten geven op basis waarvan zij zorg kunnen inkopen en risico's kunnen inschatten. Er wordt het komende jaar heel veel gevraagd van het veld om deze stappen te kunnen zetten. Als het veld daar niet toe in staat is, zullen we moeten bezien wat de consequenties daarvan zijn. Nogmaals, onder de Zvw kunnen we niet eindeloos doorgaan met het volledige t-1-model voor de langdurige zorg. Ik krijg een briefje toegestopt waarop staat: de kostenstructuur moet helder zijn. Dat is terecht, want transparantie betreft de kwaliteit, de inhoud, de kostenstructuur en de zorgzwaarte in de risicoverevening en de bekostiging. Er is dus nog wel een weg te gaan. Ik weet dat het een moeilijke weg is, maar juist omdat ik ervan overtuigd ben dat het kwalitatief en inhoudelijk zo ongelooflijk belangrijk is om het erin te houden, vind ik dat we er maximaal op moeten inzetten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nog los van het besluit dat straks genomen gaat worden aan de hand van de stappen die dit jaar worden gezet, vind ik het belangrijk dat de Minister zegt dat zij meer inzicht wil hebben in de kwaliteit van de langdurige ggz. Wat wordt er geleverd voor het geld? Als er iets is gebleken uit al die onderzoeken, is het wel dat het effect van de behandelingen en het effect van de langdurige ggz onvoldoende in beeld zijn. Is het het doel van de Minister om te sturen op kwaliteit en kiest zij voor bijkomend risicodragend als het goed gaat? Of is het andersom? Ik vraag dat omdat je het risico loopt dat we stoppen met het sturen op kwaliteit als het balletje de andere kant op zou rollen, terwijl patiënten dat juist nodig hebben.

Minister **Schippers**: Beide. Volgens mij staan ze niet los van elkaar. Inzicht in kwaliteit en inzicht in kostenopbouw en structuur horen bij elkaar. Plat gezegd komt dat neer op: wat gebeurt er in de zorg en tegen welke kosten? Er is echt nog een hele weg te gaan voordat we dat voor elkaar hebben.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is belangrijk dat de Minister nogmaals benadrukt dat kwaliteit doorslaggevend is en dat we dat traject sowieso moeten lopen, ongeacht de keuze die we maken. Daarbij speelt nog een ander aspect, een aspect dat ook een hot item is in de ggz, namelijk de privacy. In de brief staat dat de Minister nog in afwachting is van het CBP-advies over de zorgzwaarte-indicator die aangeleverd moet worden bij de zorgverzekeraar. Wat is daar de stand van zaken?

Minister **Schippers**: Plat gezegd zou ik het willen samenvatten met «het schiet niet op». Als ik terugkijk op het afgelopen jaar, dan moet ik echt zeggen dat het niet opschiet. Dat is echt heel jammer, want daardoor gaat er heel veel tijd verloren, terwijl we alle zeilen bij zullen moeten zetten en al onze creativiteit moeten gebruiken om daar met elkaar echte stappen te zetten. Sinds een aantal maanden zijn we wel weer heel constructief aan het werk om die stappen toch te zetten en om daar toch mee door te gaan. We hebben het College Bescherming Persoonsgegevens om een advies gevraagd en dat advies hebben we inmiddels ontvangen. Dat is een positief advies en daardoor lijkt er nu eindelijk schot in de zaak te komen, maar dat laat allemaal onverlet dat het het afgelopen jaar echt vast heeft gezeten. Sinds de zomer zit er overigens sowieso schot in de onderhandelingen met de ggz. Dat geldt voor allerlei terreinen, waaronder ook kwaliteit. Ik ben daardoor ongelooflijk positief over wat er momenteel aan tafel gebeurt. Het afgelopen jaar zat het echt vast. Er is nu iets losgekomen door het positieve advies van het college en daardoor ben ik nu echt vol goede moed. Ik denk echt dat we het komende jaar iets voor elkaar kunnen betekenen.

Ik kan mevrouw Bouwmeester nog een toezegging doen over de WOR, namelijk dat ik de Kamer een brief zal sturen over de onderzoeken die we gaan uitvoeren. Ik zal ervoor zorgen dat die brief voor de begrotingsbehandeling naar de Kamer komt. Daarin geef ik niet alleen aan wat er allemaal is aangereikt en wat we daarvan gaan onderzoeken, maar ook wat we niet gaan onderzoeken. Op die manier heb ik het in één klap voor de begrotingsbehandeling afgedaan.

Over de buffers van de verzekeraars wordt veel gezegd en geschreven. Ultimo 2014 was er onder Solvency I een behoorlijke overbuffer, maar die is afgenomen door de strengere eisen van Solvency II. 6,3 miljard is vereist en er is 9,5 miljard aanwezig. Je zou dus kunnen zeggen dat de overbuffer 3 miljard is, maar die is heel verschillend per verzekeraar. Het is niet pondspondsgewijs verdeeld over alle verzekeraars. Ik sluit niet uit dat de verschillen in reserves terugkomen in de premiestelling, want de ene verzekeraar heeft meer mogelijkheden om de premie te drukken dan de andere.

Natuurlijk moeten reserves die nergens goed voor zijn, worden teruggegeven in de premie. Aan de andere kant is een beetje reserve ook belangrijk om een buffer te hebben tegen allerlei risico's. Dat is ook in het belang van de zorgaanbieder, want als het slecht gaat met een verzekeraar en die een enorme financiële klap krijgt, kan niet – zoals destijds bij het bankensysteem – een beroep worden gedaan op de belastingbetaler om bij te betalen om te voorkomen dat het systeem ineenzakt. De aanbieders moeten ook betaald kunnen worden als een verzekeraar een klap krijgt in zijn bestaan. Ik kan niet uitsluiten dat een verzekeraar failliet gaat; in een concurrerend systeem kunnen verzekeraars failliet gaan. Het zou heel slecht zijn als overheden zouden garanderen dat dit niet kan gebeuren. Het systeem is echter wel zo opgezet dat de gevolgen daarvan voor patiënten, verzekerden en aanbieders door middel van die buffers worden gemitigeerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Reserves moeten er zijn, want wij willen geen omvallende zorgverzekeraars. De overbuffer moet vooral kleiner worden door lagere premies of het investeren in gezondheid. We zullen zien wat daar dit jaar van terecht komt. De analyse is echter interessant. Waarom is er zo veel overwinst? Hoe is die ontstaan? In het NZa-rapport wordt gesteld dat vooral wordt ingekocht op basis van kosten. Dan zouden de zorgverzekeraars de kosten zodanig kunnen drukken dat zij geld overhouden. Je kunt dat geld wel terugpompen in het systeem, maar het doel van kwaliteitsverbetering wordt dan niet gehaald. Is het mogelijk om in een kwalitatieve analyse vast te stellen waar het geld vandaan komt en wat de link is met de raming en de overcompensatie van de verzekeraars? Het zegt wel iets, maar we weten niet wat.

Minister **Schippers**: Er is geen sprake geweest van overcompensatie, maar van een systeem waarin de verzekeraar wordt uitgedaagd om slim en doelmatig in te kopen. Dat systeem moeten wij ook zo houden. Wij kunnen natuurlijk zeggen: het is me toch wat dat die verzekeraars inkopen op basis van kosten, maar het is maar goed dat ze dat doen. Doordat verzekeraars scherp inkopen, zijn er honderden miljoenen naar de care gegaan. Als verzekeraars niet hadden ingekocht op basis van kosten, zou de premie vandaag de dag € 150 per persoon hoger zijn geweest. Wij willen de kosten in de hand houden, want zo laag is de premie niet; het is voor ieder gezin altijd een enorme uitgave. Wij willen graag dat ieder gezin die premie kan blijven opbrengen, ondanks de groei van de groep chronisch zieken, de vergrijzing en de technologische ontwikkeling. Ik roep de verzekeraars op om daar maar eens mee te beginnen: blijf vooral heel scherp letten op de kosten.

Kwaliteit is natuurlijk ook heel belangrijk – wij willen kwalitatief goede zorg – maar in een internationale vergelijking komt de kwaliteit van de

Nederlandse zorg er helemaal niet zo slecht uit. Als de kosten, de toegankelijkheid en de kwaliteit worden vergeleken, zijn de kosten heel gemiddeld, is de toegankelijkheid heel hoog en is de kwaliteit helemaal niet slecht. Ik zeg niet dat wij de allerbeste van de hele wereld zijn, want er is een grote diversiteit. Kwaliteit van «de zorg» bestaat niet, want je hebt oncologie, fysiotherapie en allerlei verschillen. Maar als ik naar het algehele beeld kijk, ben ik van mening dat wij heel trots mogen zijn op onze zorgaanbieders omdat zij heel goede zorg leveren tegen een betaalbare premie. Ik vind dat het systeem dat wij samen hebben opgebouwd, goede resultaten oplevert. Als dit niet het geval was, zou mijn drang om het systeem te veranderen, veel groter zijn. Natuurlijk kun je één zorgverzekeraar maken, maar als wij nu klagen over de macht van de verzekeraar terwijl er wel tien, twintig verzekeraars zijn, zou ik die beoordeling nog wel eens willen overdoen als er maar één verzekeraar zou zijn. Dat is niet het standpunt van mevrouw Bouwmeester, maar ik hoorde de heer Van Gerven dit eerder aansnijden.

Ik meen dat wij met het concurrerende systeem waarin men basiskwaliteit op basisprijzen inkoop, goede resultaten hebben geboekt. Wij hebben de buffers behoorlijk opgepompt. Onder Solvency II zijn ze met 2,7 miljard toegenomen. Dat is een hoop geld en wij vragen aan verzekeraars om die buffers aan te houden. Vorig jaar spraken wij over grote overbuffers, maar de verzekeraars hadden er allang op gerekend dat ze dit jaar 2,7 miljard extra moesten aanhouden. Ik roep verzekeraars op om als zij geld overhouden, dat niet automatisch in de reserve te storten, maar terug te geven aan de premiebetaler en te gebruiken voor verbetering van de kwaliteit. Inkopen op kosten blijft echter cruciaal.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister zegt heel terechte dingen, maar ik blijf toch nog ergens aan haken. Natuurlijk moeten er reserves zijn en als er te veel winst wordt gemaakt, moet het teveel terug naar de premiebetalers. De politiek kan dan nadenken over de vraag of dit moet worden verplicht en of er maximale buffers moeten worden aangelegd voor reserves, maar ik ben benieuwder naar de analyse van de oorzaak van die winst. Het is hartstikke goed dat men scherp op prijs inkoop, maar de NZa wijst erop dat de kwaliteit wordt vergeten. Op stelselniveau wordt een goede kwaliteit bereikt en gaat er veel goed, dat is mooi, maar je wilt eigenlijk dat zorgverzekeraars gaan investeren in een gezonde leefstijl. Zij zouden veel meer de preventiekant moeten opgaan en niet alleen kijken naar patiënt, ziektebeeld, behandelen en klaar. Als zij naar de hele context kijken, is er echt sprake van een kwalitatieve verbetering. Als ze dat niet doen, als zij zich beperken tot de behandeling van de persoon en daarbij dan liefst ook nog de kosten zo veel mogelijk drukken, dan investeren zij niet in kwaliteit. Daarom is die analyse wel degelijk belangrijk en ook een vervolg op de belangrijke waarschuwing van de NZa dat nog te weinig wordt ingekocht op kwaliteit. Ik heb daar in mijn betoog ook wat vragen over gesteld. Daar blijf ik namelijk hangen.

Minister **Schippers**: Dit is een dubbel signaal voor verzekeraars. Enerzijds wordt er vaak gezegd – ook in Kamerdebatten – dat er te weinig wordt ingekocht op kwaliteit maar anderzijds, als een verzekeraar kwaliteitsindicatoren opstelt, wordt er gezegd: de verzekeraar gaat op de stoel van de aanbieder zitten. Wij hebben nu een heel zomertraject gehad met de huisartsen. Daarin kwam de vragen aan de orde welke extra kwaliteit een verzekeraar kan vragen in het aanbod en wat er met dat aanbod gebeurt als iedere verzekeraar eigen kwaliteitseisen stelt. Waar zijn die dan op gestoeld? De ene verzekeraar zal zeggen dat er 100 operaties moeten worden uitgevoerd, terwijl de andere meent dat er 50 nodig zijn om kwaliteit te leveren.

Aan de hand van deze bevindingen, hebben we met elkaar afgesproken dat wij zullen bezien of we bij het kwaliteitsinstituut niet veel meer

indicatoren kunnen afspreken die naar de mening van zowel de patiëntenverenigingen als de wetenschappelijke verenigingen van het aanbod als de verzekeraars goede kwaliteit vertegenwoordigen. Wij trekken er hard aan om die indicatoren in een versneld tempo bij het kwaliteitsinstituut in te schrijven. Op basis van die richtlijn zal dan worden ingekocht, want nu is het nog steeds verwarrend wat goede kwaliteit is. Overigens blijft er genoeg over waarvoor verzekeraars eisen stellen, omdat er niets is ingeschreven. Een verzekeraar heeft ook de rol om kwaliteitseisen te stellen aan het zorgaanbod. Ik heb de indruk dat zij dat ook doen; ik krijg in ieder geval voldoende klachten dat er kwaliteitseisen worden gesteld. Als je kijkt naar kosten die gedrukt worden en de resultaten die worden behaald, zie je dat het resultaat in 2014 ruim 1,9 miljard was waarvan ruim 1,4 miljard in lagere premie is teruggegeven. Bij de reserves is dus feitelijk 486 miljoen euro bijgeschreven. Het is dus niet waar dat alle resultaten worden opgepot en er niets in de premie wordt teruggegeven. De premieconcurrentie is dusdanig dat wij met onze raming hoger zitten dan de premie die wordt vastgesteld. Ik hoop dat dit ook dit jaar het geval zal zijn, maar ik kan dit niet voorspellen. Ik weet dat de vaststelling van DSW er zeer positief uitziet, maar één zwaluw maakt nog geen zomer. Ik reken mij daarom nog niet rijk. Het is ook moeilijk om de premie te voorspellen en wij proberen daarbij scherp aan de wind te varen, maar tot nu toe is steeds meer uit de reserves teruggegeven dan wij hadden verwacht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Toch is dit geen antwoord op de vraag van mevrouw Bouwmeester. Zij stelde een goede vraag die ik ook in mijn inbreng heb vervlochten. De zorgverzekeraars behalen een bepaald resultaat en de vraag is nu hoe zij tot dat resultaat komen. Voor een antwoord daarop zouden de cijfers van 2012, 2013 en 2014 op een rijtje moeten worden gezet. Wat is in die jaren uitgekeerd aan vereveningsbijdrage en wat hebben de verzekeraars in die jaren uitgegeven aan ziektekosten? Als je die cijfers tegen elkaar afzet, kun je misschien precies zien waar het bedrag van 1,9 miljard vandaan komt. Het is interessant om dat te doen voor de jaren 2012 tot 2014, want dan ontstaat naar mijn mening het inzicht waarom mevrouw Bouwmeester vraagt en waar mijn fractie ook behoefte aan heeft.

Minister **Schippers**: Dat overzicht kunnen we zo maken, maar dat was niet de vraag van mevrouw Bouwmeester. Zij heeft een heel complexe vraag gesteld, die overigens terecht is maar wel veel moeilijker te beantwoorden. Zij sprak over het inkopen op basis van kwaliteit. De discussie over de vraag wat kwaliteit is, voer ik natuurlijk al heel lang. Wij hebben ervoor gekozen om veel meer in te zetten op het kwaliteitsinstituut om het begrip kwaliteit te definiëren. We zullen de druk op kwaliteit ook zeker voortzetten. Maar wat mevrouw Bruins Slot vraagt, kunnen wij zo leveren. Ik ben zo vrij om hier aan toe te voegen dat dit naar mijn mening niet de vraag was van mevrouw Bouwmeester, althans zoals ik die heb opgevat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan hebben we beiden iets anders gehoord in die vraag. Als de Minister een dergelijk overzicht maakt – dat zou hartstikke mooi zijn – kan zij dat dan ook goed uitsplitsen naar de verschillende onderdelen van de zorg?

Minister **Schippers**: Ik weet niet precies hoe wij dat zullen doen en hoe gedetailleerd het kan worden, maar wij zullen proberen het zo goed mogelijk te doen.

De **voorzitter**: Wanneer kan de Kamer dat overzicht tegemoet zien?

Minister **Schippers**: Voor de behandeling van de begroting.

De heer **Rutte** (VVD): Als ik hierop voortborduur – maar die vraag is misschien al beantwoord door de toezegging van de Minister dat zij met een overzicht komt – kom ik bij de suggestie die steeds boven de markt hangt dat verzekeraars de zorg uitknippen en vervolgens grote winsten maken. Kan in het overzicht worden meegenomen welke vermogensrendementen worden behaald? Verzekeraars beheren miljarden in hun buffers. Uit hun jaarverslagen blijkt dat zij heel zorgvuldig met dat geld omgaan; zij behalen daar een hoog rendement op en dat rendement geven zij grotendeels terug in een lagere premie. Het gaat niet ten koste van de zorg; dit is een kwestie van voorzichtig en verstandig met geld omgaan dat dan vervolgens ook nog eens wordt teruggegeven aan de premiebetaler. Kunnen wij dat ook terugzien in dat overzicht?

Minister **Schippers**: De opbrengst uit de beleggingen basisverzekering is 413 miljoen euro. Als je dit bedrag afzet tegen de toevoeging reserves, is de uitkomst ongeveer hetzelfde. Ik ben het met de heer Rutte eens. Ik verzet mij ook sterk tegen deze suggestie. Het is wel heel gemakkelijk te denken: we blijven steeds onder de ramingen met de curatieve zorg. Alsof dat iets is wat uit de hemel komt vallen. Daarop moet natuurlijk worden ingekocht. Dat is een heel moeilijk proces en dat gaat niet zomaar; dat doet ook pijn. Als de politiek zegt dat de kosten in de hand moeten worden gehouden, de groei van de curatieve zorg in de pas moet lopen met de groei van de economie en die groei gematigd moet blijven opdat de zorg ook in de toekomst kan worden betaald, dan komt dat niet uit de lucht vallen. Aan het begin van deze eeuw groeide het in een jaar zelfs met 10%; gemiddeld genomen is de groei 6%. Als die groei gedrukt wordt, doet dat pijn. De schaarste die daardoor is ontstaan, is naar mijn mening ongelooflijk creatief opgepakt: er gebeuren onwijs mooie dingen in de zorg en er worden mooie innovaties doorgevoerd. Als ik kijk naar de resultaten die worden geboekt met de verbetering van de kwaliteit van de zorg, denk ik dat wij daar heel trots op mogen zijn. In de zorg gebeurt steeds meer voor minder geld. Daarvoor mag toch ook wel eens een compliment worden gemaakt.

De heer **Rutte** (VVD): Mag ik het zo samenvatten dat de Minister met mij van mening is dat niet kan worden gezegd dat verzekeraars rendementen maken over de rug van de zorgaanbieders, maar dat die rendementen te danken zijn aan verstandig vermogensbeheer?

Minister **Schippers**: Ik wil er geen kwalificaties aan verbinden, maar ik wijs erop dat de opbrengst uit de beleggingen basisverzekering 73 miljoen scheelt met de bijschrijving in de reserves. Dat is een feitelijke constatering.

In een privaat systeem heb je natuurlijk onzekerheid. Daarvoor worden marges aangehouden die in de reserves of premies worden verdisconteerd; risico's dek je af. Die onzekerheden leiden er echter ook toe dat je doelmatig gaat inkopen. De prikkels in ons systeem zijn ook gericht op een doelmatige inkoop en dus op het drukken van de kosten. Toch wordt er voortdurend gediscussieerd over de vraag of wij veel geld zouden overhouden als er maar één verzekeraar zou zijn die risicoloos te werk zou gaan. Ik schrik ook als ik hoor dat er 600 miljoen wordt uitgegeven voor reclame, maar als je dat bedrag dan gaat uitsplitsen, blijkt dat 35 miljoen naar reclame gaat. Dat is altijd nog veel geld, maar het is toch van een andere orde. De rest van het bedrag van 200 en nog wat miljoen wordt besteed aan klantencontact, verwijzen, wachtlijstbemiddeling en telefoongesprekken. Al die dingen moeten ook worden gedaan als er maar één verzekeraar is. Ik denk dat we het stelsel meer op zijn merites moeten beoordelen.

Het is heel lastig om te achterhalen hoe de regionale verschillen zijn ontstaan. Wij zien dat ze er zijn, maar het is zaak voor een zorgverzekeraar

die inkoop, om te bezien waar die verschillen zijn en of ze gerechtvaardigd zijn. Als ze niet gerechtvaardigd zijn, moet hij actie ondernemen. Die verschillen zijn ontstaan in de AWBZ, maar het is lastig te beoordelen waarop ze zijn gebaseerd.

Wij hebben geen grens voor het maximaal aanvaardbare verlies voor een verzekerde. Wij proberen verzekeraars zo goed mogelijk te compenseren voor voorspelbare kosten van hun verzekerden. Vooraf is echter onbekend hoe groot het verlies in de praktijk zal zijn. De onvoorspelbare verliezen zijn een risico van de verzekeraar. Doordat de verzekeraar massa heeft, ontstaat een heel ander beeld dan per persoon. Het is aan te raden dat te doen.

Ik kan geen halfjaarrapportage uitbrengen over de opheffing van de ex post, omdat de gegevens dan nog niet beschikbaar zijn. Ik zal de Kamer in juni informeren over de voorgenomen modellen voor 2017. Over mijn voornemen om de ex post per 2017 op te heffen, is iedereen geïnformeerd in 2013 toen ik de AMvB heb voorgehangen. Daarover is een VSO gevoerd. Dat is dus heel voorspelbaar. Uiteindelijk voeren wij in juni en september, op basis van wat dan voorligt, het debat over de besluiten die zullen worden genomen. De Kamer wordt daarover uiteraard goed en tijdig geïnformeerd, zodat we daar ook tijdig over kunnen spreken.

De vraag is gesteld of de controledrift van de verzekeraars op de wijkverpleging het effect is van risicodragendheid. Risicodragendheid brengt een doelmatigheidsprikkel met zich en stimuleert de verzekeraar dus om op de kosten te letten. Dat is maar goed ook, want dat is ook zijn taak. Er hoeft geen directe relatie te zijn met een soort controledrift. Het is zaak om het zo in het vat te gieten dat het effect van het werk van de wijkverpleegkundige maximaal is. Dingen die we in het wel verleden zagen zoals de stopwatchzorg, zien er misschien wel gecontroleerd uit, maar leverden in de praktijk van alledag weinig op behalve veel stress en ongenoegen. Wij moeten bij de wijkverpleegkundigenzorg heel goed kijken welk bekostigingssysteem we daarvoor kiezen. De zorgverzekeraar moet natuurlijk wel de doelmatigheid in het oog houden, maar hij moet dat op een verstandige manier doen.

Voor de wijkverpleegkundigenzorg is in 2016 een hoger bedrag beschikbaar dan in 2015. Er wordt rekening gehouden met groei, extramuralisering en de impuls voor wijkverpleging uit het regeerakkoord. Daarmee wordt een reëel budgettair kader vastgesteld. In 2015 is de oorspronkelijke taakstelling eenmalig met 100 miljoen verzacht. Dat gebeurt in 2016 niet, maar in 2016 is het kader 345 miljoen euro. Dit is gecommuniceerd met verzekeraars en aanbieders; het is terug te vinden in de Prinsjesdagstukken. Dit is dus een hoger budget dan in 2015, namelijk 180 miljoen euro meer.

Ik kom op de medicijnen. Iemand vroeg mij, ik meen mevrouw Bouwmeester, of ik kan garanderen dat iedere patiënt altijd alle passende geneesmiddelen krijgt. Een goed voorbeeld is het geneesmiddel dat op dit moment in de sluis zit. Dat geneesmiddel kent een compassionate use programma. Dit betekent dat het gratis – gratis bestaat niet – op kosten van de fabrikant ter beschikking wordt gesteld. Toch is het niet tegelijkertijd in alle twaalf ziekenhuizen die daarvoor waren uitgezocht, ter beschikking gesteld. Lag dit aan de kosten? Aan de nacalculatie? Nee, want er was een compassionate use programma. Maar als je een nieuw geneesmiddel hebt, moeten ook de behandeling, de organisatie, de kennis en de mensen die de behandeling geven, daarop zijn toegerust. Ondanks het feit dat er nu een programma is waarin de kosten geen enkele rol spelen, geven maar tien ziekenhuizen dat geneesmiddel. Wij hopen dat dit binnen enkele weken wordt uitgebreid tot twaalf ziekenhuizen. Het is dus niet overal tegelijkertijd gelukt. Dat heeft ook te maken met organisatorische zaken, de juiste behandeling en de juiste kennis op de juiste plaats, en in dit geval helemaal niets met geld. De introductie van een nieuw geneesmiddel kent dus altijd veel aspecten.

In ons stelsel heeft de verzekeraar een zorgplicht. De beroepsgroep wordt geacht geneesmiddelen voor te schrijven conform de stand van de wetenschap en de richtlijnen, en op basis van de medische noodzaak van een patiënt. Daarover hebben wij afspraken gemaakt. De nacalculatie van dure geneesmiddelen wordt beëindigd; die blijft alleen bestaan voor de uitzonderingsgevallen die in de sluis komen. Ik vind dit goed, want als wij farmaceutische zorg van het systeem uitsluiten en daar een apart regime voor maken, dan zeggen wij eigenlijk dat de farmaceutische zorg geen onderdeel kan zijn van de normale Zvw-systematiek. Verzekeraars kunnen dan niet hun inkooprol spelen en voldoen aan de eis van doelmatigheid. Als wij dat wel doen, is de vraag wat het volgende is wat wij daarop laten aansluiten. Zijn dat heel dure nieuwe behandelingen? Is dat een Da Vinci-robot die wordt geïntroduceerd? Als wij op die manier naar de zorg gaan kijken, halen wij steeds onderdelen uit de Zvw, omdat wij daar de zorgverzekeraars geen normale inkooprol in willen laten spelen. Ik vind dat wij die weg niet op moeten. We moeten zeggen: het is allemaal zorg waarvoor de verzekeraar zijn rol goed moet spelen. Er is een verzekeringsplicht en als er een nieuw medicijn wordt geïntroduceerd waar patiënten recht op hebben, dan heeft de verzekeraar ook daarvoor zorgplicht. Dit geldt ook voor de zorgaanbieder.

Een volgende vraag is wat de criteria zijn voor geneesmiddelen in de sluis. Ik ben hier al een beetje op ingegaan, maar ik kom hier nog uitgebreid op terug als ik aan het einde van dit jaar met het geneesmiddelenbeleid naar de Kamer kom. Ik ben hier in mijn brief van 22 juni aan de Kamer ook op ingegaan. Het gaat echt om intramurale producten, want extramuraal hebben wij al een oordeel van het Zorginstituut over de kostenefficiëntie en de therapeutische meerwaarde. Die hebben we niet intramuraal, want daar gaat het automatisch het pakket in. Wij spreken dus over hoge kosten, geen prijsconcurrentie in de markt en geen sprake van een aanvaardbare prijs. Een top 50 of een top 100 maak je niet in de Zvw. Ik zie niet in waarom wij naast de Zorgverzekeringswet een apart regime zouden maken voor een groep geneesmiddelen die wij dan totaal anders zouden behandelen. Dan raakt het zorgstelsel weer helemaal versnipperd door allerlei uitzonderingen.

In de sluis wordt één jaar nagecalculeerd, 100%, en het volgende jaar kan weer gerekend worden op basis van de gegevens.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb nog een vraag ter verduidelijking. Wij houden het geneesmiddel een jaar in de sluis en daarna kan er weer worden gerekend. Het is een misverstand dat je bij hoge kosten zou moeten nacalculeren. Dat is een beetje het ex-postidee van het begin van het stelsel. Begrijp ik goed dat de Minister nu zegt dat na een jaar in de sluis over een middel zo veel gegevens bekend zijn dat een verzekeraar weer op prijs en kwaliteit kan inkopen en dat hij dat voldoende voorspelbaar kan doen?

Minister **Schippers**: Ja, en het gaat hier dus om geneesmiddelen met een heel hoog kostenbeslag, dus geneesmiddelen waar 200 miljoen of 300 miljoen kosten macro in zitten.

De heer **Rutte** (VVD): Die hoge kosten zijn er een jaar daarna nog steeds. Pas na een jaar of vijf of zes als de patenten zijn verlopen, nemen de kosten af. Als ik het goed begrijp, zegt de Minister nu dat de geneesmiddelen het eerste jaar in de sluis zitten. Dan wordt er nagecalculeerd, omdat we niet precies weten hoe hoog de kosten zijn en het therapeutisch nog moet worden ontwikkeld. Na dat eerste jaar weten we het wel en kan het geneesmiddel een plek krijgen in de normale ex-anteverevening.

Minister Schippers: Dan heb je gegevens en kun je als zorgverzekeraar je inkoopgedrag daarop inrichten en er misschien ook eisen aan stellen. De zorgverzekeraar kan zeggen: ik koop dit in omdat dit een middel is waarvoor je aan heel speciale voorwaarden voor behandeling moet voldoen. Als een verzekeraar daarin inzicht heeft, kan hij daar consequenties voor de inkoop aan verbinden.

Als wij spreken over de andere dure geneesmiddelen, doen wij net alsof dure geneesmiddelen een uitzondering zijn en alsof we geen extreem dure behandelingen hebben die ook in het pakket worden opgenomen. Zouden wij dan een apart kader moeten maken voor dure geneesmiddelen die niet in de sluis zitten? Is de volgende stap dan niet dat we dat ook voor heel dure behandelingen gaan doen? Zullen we zo dan niet als het ware het hele verzekeringssysteem ondermijnen? Dat lijkt mij niet een weg die we moeten opgaan.

De voorzitter: De Minister is hiermee gekomen aan het einde van haar beantwoording in eerste termijn. Ik geef in tweede termijn graag het woord aan mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): Voorzitter. De Minister sprak over de nacalculatie van dure geneesmiddelen. Het lijkt er op dat zij nu een scherpere koers vaart dan die zij voor de zomer in de Kamer uitzette. In het debat dat wij toen met de Minister hebben gevoerd, zei zij: het is nu zo geregeld dat nieuwe oncologische medicijnen in de ex-postnacalculatie zitten. Met andere woorden: er wordt geen risico gelopen. Nu zegt zij dat het straks alleen geldt voor de middelen die in de sluis zitten. Dat is een veel kleiner gedeelte van de dure geneesmiddelen die nu nog in de ex-postnacalculatie zitten. Toch zien wij dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars zich ernstig zorgen maken over de vergoeding van die dure geneesmiddelen. Nu de Minister met nieuwe voorstellen komt voor het basisprobleem, is het de vraag of het wel verstandig is om het beleid aan te scherpen.

Ik heb nog een tweede vraag, namelijk over de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Het is echt de ambitie van de Minister dat de langdurige ggz in de Zorgverzekeringswet blijft. Dit doet mij een beetje denken aan die keer dat je een jurkje wilt kopen, terwijl je stiekem weet dat je er nooit in zult passen. De luisteraars kunnen nu niet horen dat de heer Rutte zegt dat hij zich daarin niet herkent. Dat kan ik me indenken. De Minister zegt bovendien dat zij altijd rekbare jurkjes koopt. Dat verklaart dan misschien ook haar standpunt over de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

De voorzitter: Ik stel voor dat u verder gaat met uw vraag.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): De Minister zegt dat zij met de t-1 een goede voorspeller te pakken heeft. Het is wellicht niet ideaal, maar als we dit een tijdje volhouden, zorgen wij ervoor dat de langdurige ggz geen onnodige risico's loopt. Hoe verhoudt zich dit tot het feit dat de Minister in 2017 niet over actuele cijfers over de jaren 2015 en 2016 kan beschikken? Hoe kan zij dan een beslissing nemen over die langdurige geestelijke gezondheidszorg? Ik overweeg toch een motie op dit punt om de Minister ervan te overtuigen dat zij wat minder ambitieus vast te houden aan het rappe tempo dat zij heeft ingezet.

Ik kom tot een afronding. Over de uitbreiding van de hoeveelheid geld voor de risicoverevening voor de verpleging en verzorging zegt de Minister: maakt u zich geen zorgen over het macro-beheersingsinstrumentarium, want het bijt elkaar niet. Maar als je aan de voorkant meer geld beschikbaar stelt voor de verpleging en verzorging en aan de andere kant nog steeds de hand op de knip houdt en 400 miljoen bezuinigt op de verpleging en verzorging, en het NPi (Nederlands Paramedisch Instituut) wordt ingezet omdat zorgverzekeraars meer zorg

hebben ingekocht, dan is het toch uiteindelijk de zorgaanbieder die de rekening betaalt terwijl de zorgverzekeraar wel voldoende geld krijgt? Of moet ik dat toch anders zien?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. De Minister heeft op een aantal vragen die ik heb gesteld al antwoord gegeven. Daar dank ik haar voor. Mijn vraag of zij expliciet kan aangeven wat de verbetering van de risicoverevening zou betekenen voor chronisch zieken, heeft zij nog niet beantwoord. Zij zegt dat wij twee keer per jaar met elkaar spreken over het toetsen van het risicovereveningssysteem. Cijfers hebben we nog niet, maar volgend jaar voor de zomer weten wij natuurlijk veel beter waar wij aan toe zijn, bijvoorbeeld wat de langdurige ggz betreft. Dan zal meer duidelijk zijn, ook aan de hand van cijfers. Graag hoor ik daarop nog een reactie van de Minister.

Voor alle zekerheid stel ik toch nog een vraag over de dure geneesmiddelen die niet in de sluis komen en waar ook problemen mee zijn. Hoe kunnen de verzekeraars zich volgens de Minister voldoende voorbereiden op het feit dat ze met die hoge kosten te maken zullen krijgen?

Ik hoor de Minister zeggen dat zij de eerste vraag niet heeft meegekregen. Ik herhaal die vraag graag. Het was een verduidelijkende vraag. Wat voor gevolgen heeft het voor de chronisch zieken als zij als criterium worden opgenomen in de risicoverevening?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik heb vier verduidelijkende vragen. De eerste gaat over de inkoop op kwaliteit. Ik zei in mijn eerste termijn al dat zorgverzekeraars meer dan ooit in staat worden gesteld om de inkoop op kwaliteit te verbeteren. Hoe gaan patiënten dat zien? Wordt het gemonitord? Hoe gaan wij dat volgen?

Mijn tweede vraag betreft de winsten van zorgverzekeraars, 3 miljard boven Solvency II. Hoe komt die winst tot stand? De NZa zegt dat er vooral op prijs wordt ingekocht. De kosten in de hand houden is heel goed, maar er wordt te weinig geïnvesteerd in kwaliteit. Toch houden we 3 miljard over. Vindt de Minister het acceptabel dat we 3 miljard overhouden in de wetenschap dat er meer ingekocht moet worden op kwaliteit? Als het niet acceptabel is, welke gevolgen verbindt de Minister daar dan aan?

Dan heb ik een vraag over de wijkverpleging. De signalen van de wijkverpleegkundigen waren maandag heel helder. Als ik het even kort door de bocht mag verwoorden, met excuses aan de zorgverzekeraars: ons werk wordt beperkt en eigenlijk onmogelijk gemaakt door de regeldrift van de zorgverzekeraars. Herkent de Minister dat signaal? Wat is haar antwoord daarop? Anders bedenken wij hier mooie ruimte, maar wordt het aan de achterkant weer verstierd. Dat gebeurt weliswaar niet met opzet, maar dat is wel het effect.

Tot slot de dure geneesmiddelen. De vraag blijft of er garanties zijn dat de patiënt de beste zorg krijgt die bij hem of haar past. De Minister zegt heel terecht dat niet elk ziekenhuis alles kan aanbieden. Zeker in het geval van dure middelen waar je kennis en expertise voor nodig hebt, lijkt mij opschaling een goede zaak. Het probleem is alleen dat een patiënt niet automatisch wordt doorverwezen naar een ziekenhuis dat iets wel doet. Als je naar dure geneesmiddelen kijkt door de ogen van de patiënt, hoe kan de Minister dan garanderen dat die patiënt altijd wordt doorverwezen? Wie heeft daar een rol in? Wat is het antwoord als er volgende keer weer zo'n vervelende televisie-uitzending komt, waaruit blijkt dat iemand betere zorg nodig heeft, maar die niet krijgt omdat het systeem dat in de weg staat? Welke oplossingsrichtingen ziet de Minister daarvoor?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik zal het kort houden. In eerste termijn heb ik gezegd dat wij de koers van de Minister steunen. De Minister heeft voldoende aangegeven dat ook zij vindt dat de introductie van t-1 – ik zeg het maar heel technisch – een paardenmiddel is, maar wel even nodig. Ze heeft ook gezegd dat ze ernaar blijft kijken, op zoek naar andere manieren om het gebruik en de kosten van zorg te kunnen voorspellen. Ik had specifiek gevraagd naar twee categorieën, maar ik neem aan dat de Minister daar impliciet op geantwoord heeft door te zeggen dat zij een lijst naar de Kamer toestuurt met voorstellen van categorieën waarop het vereveningsmodel verder onderzocht zou kunnen worden. Ik neem aan dat de griep prik en eventueel de kwetsbaarheidsindex op die lijsten verschijnt. Ik zie haar ja knikken, dan is die vraag bij dezen beantwoord. Dat is heel goed.

Tot slot heb ik nog een vraag buiten de orde. Ik zie tegenover mij een vijftal mensen zitten die allemaal een prachtig bloemetje op hun revers hebben. Ik ben heel erg benieuwd wat dat voor bloemetje is. Heeft het iets met alzheimer te maken? Ik begrijp van de ambtenaren dat dat wel zo is. Dan weet ik dat. Dank u wel.

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. Ik kijk naar de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Om de Minister nog een paar denkseconden te geven: mijn collega Pia Dijkstra zegt net dat wij het zo'n goede campagne vinden van VWS dat wij ook zo'n alzheimer-vriendelijk speldje willen hebben.

De **voorzitter**: Die vraag geleid ik gelijk door.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Dat gaan wij regelen. Het zegt iets over mijn ochtendritueel dat ik mijn bloemetje natuurlijk thuis heb laten liggen. Wij zullen ervoor zorgen dat u het ook krijgt. Er is ook een actie aan de gang met twee sokken, verschillende sokken. Ik heb al aangegeven dat het in mijn familie heel gewoon is om twee verschillende sokken aan te hebben. Ik hoor de heer Rutte vragen wat dat zegt over mijn ochtendritueel. Het zegt iets.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de Minister overgaat tot haar beantwoording in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De nacalculatie van de dure geneesmiddelen. Kijk, de vorige keer hadden wij hier iets aan de orde en toen werd er gezegd: de dure geneesmiddelen worden in het ene ziekenhuis wel verstrekt en in het andere ziekenhuis niet en dat heeft te maken met de nacalculatie. Toen heb ik gezegd: dat kan niet te maken hebben met de nacalculatie, want ze werden nagecalculeerd of ze worden nagecalculeerd. We zien dus nu al dat er toch misstanden worden gemeld, ondanks het feit dat die geneesmiddelen worden nagecalculeerd. Mensen hebben niet het idee dat ze altijd de geneesmiddelen krijgen die ze zouden moeten krijgen. Daar hebben we ook al eerder met elkaar over gesproken. Mevrouw Bruins Slot vraagt: waarom moet u het beleid nu aanscherpen, kunt u dat niet uitstellen? Uitstellen tot wanneer dan? Wat zou er moeten veranderen zodat we tot de conclusie zouden komen dat het op een gegeven moment wel in het systeem past? Onze gezondheidszorg kent continue innovatie en die innovatie heeft soms een heel hoge prijs, waardoor handelingen, geneesmiddelen en andere dingen gewoon heel duur zijn. Je kunt wel zeggen: we gaan die dingen uitzonderen van het normale systeem, maar ik vrees dat we dan het systeem én de rol van de verzekeraar echt ondermijnen. Uiteindelijk moet immers toch de verzekeraar in zijn inkoop er verstandig mee omgaan; de verzekeraar moet in

zijn inkoop letten op kwaliteit en op andere eisen. Ik zie niet in wat het zou oplossen om bijvoorbeeld de nacalculatie met een jaar uit te stellen en de dure geneesmiddelen eraf te halen. Ik zie niet hoe de wereld er dan anders uit zou zien.

Dan kom ik op de langdurige ggz. Mevrouw Bruins Slot stelt dat die in de Zvw moet blijven. Dat is precies wat niet het geval is. Ik heb gezegd: wij moeten voor 2016 in de zomer overwegen of die langdurige ggz wel terecht in de Zvw zit. Ik heb dus juist niet gezegd: de langdurige ggz blijft er koste wat het kost in en wij gaan in 2017 over op nacalculatie. Ik heb gezegd: mijn ambitie is om de langdurige ggz erin te houden. Die ambitie mag je hebben, zeker nu de overheveling in de Zvw is gedaan. Dat geeft die ambitie ook al aan. Wij hebben die ambitie, maar wij beslissen in 2016 of we er daadwerkelijk zicht op hebben dat het systeem daar hoort. Ik ben niet van plan om het tempo los te laten. In 2016 moeten we immers ook met elkaar bezien of het reëel is om deze ambitie te handhaven, of dat we daar geen grond meer voor hebben en ervan moeten afzien.

Dan ga ik in op de bezuinigingen. Als de verzekeraar meer zorg heeft ingekocht, is het dan niet oneerlijk om de aanbieder te straffen? Ik wil niet vervelend doen, maar artikel 13 ging natuurlijk over het feit dat je als verzekeraar, als jij zorg inkoopt bij iemand en er wordt elders meer geleverd, zegt: ja, sorry, maar dat gaat dus niet door. Dan hebben wij dus het MBI nodig. Dat betekent dat je dan na dato geld terug kunt halen op zorg die geleverd is. Is dat nieuw? Nee, ik kan mij herinneren dat ik, toen ik nog niet zo lang Minister was, geld bij de huisartsen moest terughalen, omdat het kader was overschreden. Dat kun je daar makkelijk doen, omdat we daar een ander systeem hebben. In een systeem met vrije prijzen kun je dat niet. Daar heeft mijn voorganger al het MBI voor bedacht. Dat is een instrument waarvan de bedenker al zei: laten we hopen dat we het nooit hoeven te gebruiken, maar het is wel belangrijk. Anders kun je de overschrijdingen van tevoren al zien aankomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het laatste was een antwoord op een vraag die ik niet gesteld heb. Ik krijg graag nog een antwoord op de vraag over de samenhang tussen de risicoverevening en het macrobeheersingsinstrument. Wil de Minister nog iets nader duiden in hoeverre daartussen wel of geen onderlinge relatie bestaat?

Mijn vraag was een andere. Ze betrof de dure geneesmiddelen en de nacalculatie. De Minister stelt aan mij de vraag: mevrouw Bruins Slot, wanneer moet ik dan de nacalculatie van dure geneesmiddelen uitstellen, en tot wanneer? De Minister maakte juist in het overleg van juli een aantal goede opmerkingen. Ze zei: ik ga aan de slag met de problematiek van de dure geneesmiddelen; ik kom met een aantal structurele maatregelen in antwoord op de problemen die geschetst worden en de rapporten van de Nederlandse Zorgautoriteit en het rapport van het KWF. Daarom had het mij ook logisch geleken dat de Minister in ieder geval een aantal safeguards, een aantal veiligheidsmaatregelen, die ze ook als zodanig aanmeldde in het overleg op 2 juli, behoudt en niet aanpast. Mijn vraag is dus: waarom past de Minister die nacalculatie van dure geneesmiddelen nu aan, terwijl ze nog niet heeft besloten welke maatregelen ze neemt om de financiering van de problematiek van dure geneesmiddelen op orde te krijgen?

Minister **Schippers**: De samenhang tussen de risicoverevening en het MBI zie ik niet in die zin dat de risicoverevening op objectieve criteria functioneert, en er zijn prikkels in het systeem voor de verzekeraar om doelmatig in te kopen. Ik zie die samenhang niet. De risicoverevening is voor wijkverpleegkundigen ook niet anders dan voor andere delen van de zorg.

Ten aanzien van de dure geneesmiddelen is de afweging die uiteindelijk gemaakt moet worden en waarvoor wij ook stonden, hoe je omgaat met

heel dure nieuwe innovaties die in een systeem komen. Hou je die in een nacalculatieregime of niet? Als je ze in een nacalculatieregime houdt, wat zijn daarvoor dan je argumenten? Is het dan niet raar als je dure geneesmiddelen in een aparte nacalculatie houdt, terwijl je dat met andere dure behandelingen niet doet? Ik noem de protontherapie of de inzet van die ontzettend mooie apparaten waarlangs ik altijd geleid word in ziekenhuizen, apparaten die allerlei kunstjes kunnen die we daarvoor niet konden. Ga je die ook uitzonderen? Waarom gaan wij dingen die heel moeilijk worden voor een verzekeraar en voor een ziekenhuis uitzonderen van het systeem, terwijl de verzekeraar en het ziekenhuis daar wel voor ingehuurd zijn? Hebben wij daar goede argumenten voor of niet? Andere dure geneesmiddelen waren al risicodragend en nu worden daar de oncolytica aan toegevoegd. Wat is het argument om de oncolytica uit te zonderen van die andere geneesmiddelen? Voor die afweging sta je ieder jaar als je naar de risicoverevening kijkt. Verschillende kabinetten achter elkaar hebben gezegd dat risicodragendheid uiteindelijk het doel is. Dan sta je voor die keuze en vraag je je af wat nu eigenlijk de argumentatie is om de oncolytica apart te houden en de dure middelen tegen reuma dan weer niet. Die argumentatie zie ik niet, daarom vind ik dat we een fundamenteel besluit moeten nemen. Of we gaan naar een systeem waarin we het op een goede ex-antemanier doen en we schaffen de ex post af, of we doen dat niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ligt die argumentatie er niet in dat er nu een rapport is van de Nederlandse Zorgautoriteit en van het KWF, waarin wordt omschreven dat er nu zo veel verschillende nieuwe dure geneesmiddelen, die breder zijn dan de sluis, op de markt komen dat het gewoon heel lastig is om ervoor te zorgen dat we het op een goede manier betaalbaar en toegankelijk houden? In de analyse in die twee rapporten, die ik trouwens beide behoorlijk grondig vind, zie ik wel een reden waarom de Minister toch nog even zou moeten vasthouden aan de nacalculatie van alle dure geneesmiddelen. Dan wordt het risico namelijk niet groter dan het nu al is. We kennen natuurlijk al de voorbeelden van patiënten die echt wel moeite moeten doen om een geneesmiddel te krijgen dat ze nodig hebben.

Minister **Schippers**: De NZa heeft ons niet geadviseerd om daar nacalculatie op te houden. Ik vond het zelf ook goede rapporten, ook dat van de NZa. Ik ben er dan ook heel blij mee, maar het is niet zo dat de NZa mij heeft geadviseerd om er nacalculatie op te houden. Uiteindelijk kijk je naar het systeem in den brede. Het is mijn verantwoordelijkheid om niet alleen te kijken naar oncolytica – ik zie wel dat er op dat gebied heel dure medicijnen aankomen – maar ook naar heel dure medicijnen voor reuma, die eveneens in de pijn zitten. Ik zie ook dure medicijnen aankomen tegen MS. Die lijst is ontzettend lang. Ik vind dat heel fijn, omdat het ontzettend veel kan betekenen voor onze patiënten, maar de prijs is een ander verhaal. We zullen het daar later nog over hebben. Ik denk dat we daar nog wel het een en ander te verhapstukken hebben. Ik zie dus geen goede argumentatie waarom we alleen oncolytica apart zouden moeten houden, terwijl we andere dure geneesmiddelen al uit de ex post hebben gehaald en we heel dure behandelingen ook niet in de nacalculatie hebben. Ik denk dat we daar goed met elkaar naar moeten kijken, om de samenhang te behouden in het systeem en in wat we verwachten. Tegelijkertijd benadruk ik maar dat er een zorgplicht geldt voor verzekeraars en ook voor behandelende artsen. Wat zijn de gevolgen van een betere compensatie van chronisch zieken? Gevolg zou zijn dat de verzekeraar extra gestimuleerd wordt om misschien wel chronisch zieken aan te trekken en op de zorginkoop daarvoor het verschil te maken. Dat vind ik het charmante van ons systeem. Ten opzichte van het huidige systeem worden er volgend jaar

350.000 extra chronisch zieken geïdentificeerd. Dat geeft de verzekeraars mogelijkheden om daar specifiek op in te kopen. Ons systeem is een systeem dat het uiteindelijk van de inkoop moet hebben. Daarop moet het verschil gemaakt worden. Voor de rest blijven wij proberen – dat is allemaal kunstmatig – om alles zo veel mogelijk in een gelijke uitgangsspositie te houden.

Ik kom op de risicoverevening en de ex post en ex ante. Twee keer per jaar hebben wij daar gesprekken over. Aan de hand van cijfers wordt meer duidelijk. Ik denk overigens dat ten aanzien van de ggz niet alleen de cijfers meer duidelijkheid brengen. Met de t-1 redden we het immers ook. Maar is het een systeem waar wij gelukkig van worden? Ik denk uiteindelijk niet. Bij de langdurige ggz zal het pad naar transparantie doorslaggevend worden, transparantie inzake de kostenopbouw en inzake wat er daadwerkelijk gebeurt. Daar zullen we echt stappen op moeten zetten. Nu kunnen we ook zeggen dat een verzekeraar niet een blackbox betaalt, maar daadwerkelijk kan gaan sturen. Dat heeft een functie. Als verzekeraars niet kunnen sturen, hebben ze eigenlijk niet de functie waarvoor ze in het leven zijn geroepen. Ik denk dat het een belangrijk besluit zal worden, waar wij elkaar nog nader over zullen spreken.

Ik kom op de vraag hoe een verzekeraar zich kan voorbereiden op dure geneesmiddelen die niet in de sluis zitten. Het is natuurlijk ook zijn vak om te dealen met allerlei innovaties, waarvan de ene kosten kan besparen, terwijl de andere kosten kan veroorzaken. Hij zal dus enerzijds moeten zien dat hij zijn vak uitoefent op de hogere kosten die hij krijgt, net zo goed als dat hij innovaties inkoopt die de processen slimmer zouden kunnen maken en daardoor kosten besparen. Dat is gewoon zijn vak. Mevrouw Bouwmeester vroeg hoe wij de kwaliteit en de kosten volgen en hoe patiënten dat gaan zien. We hebben een aantal verstevigingen afgesproken. We hebben afgesproken – dat zal onderdeel zijn van de nieuwe afspraken – dat de verzekeraar voor 1 april uitleg moet geven van de welke kwaliteitsaspecten waarop hij gaat inkopen. Wat zijn zijn criteria? Is dat kwaliteit, is het diversiteit, koopt hij alleen bij grote aanbieders in of ook bij kleine aanbieders? Hoeveel innovatie koopt hij eigenlijk in? We hebben dat zo geregeld dat de NZa daarop toeziet en dat die aan het eind van het jaar kan zien waarop de verzekeraar inkoopt, maar ook wat er daadwerkelijk is ingekocht. Dat is de transparantie die we nu niet hebben, terwijl we die eigenlijk wel graag zouden willen hebben. Met «we» bedoel ik patiënten, maar ook aanbieders. Het is ongelofelijk belangrijk om mee te kunnen kijken wat nu eigenlijk het beleid is en wat de toezichthouder daarmee kan doen.

Ten tweede worden er ieder jaar natuurlijk ook stappen gezet om veel transparanter te krijgen wat een polis biedt. Net zo goed zijn er enorme stappen gezet om duidelijk te maken waar een verzekeraar zijn geld aan uitgeeft. We hebben met elkaar afgesproken dat we ook op de site goed kunnen zien welk deel van de premie naar zorginkoop gaat en welk deel naar reserveopbouw et cetera. Over die hele transparantieslag hebben we een bak aan regulering gegooid, waarvan wij de opbrengsten nog moeten zien. Om daar extra maatregelen op te nemen, lijkt mij nu niet nodig. Laten we eerst zien of we de maatregelen die we al met elkaar hebben afgesproken, kunnen volgen en of we de zaak daarmee voldoende transparant vinden worden of niet.

Over de winst wil ik toch echt een opmerking maken, want mevrouw Bouwmeester heeft het over 3 miljard overwinst. Ik heb net laten zien dat de verzekeraars feitelijk 483 miljoen bijschrijven op hun reserves. Dat is wat men overwinst zou kunnen noemen, of wat men op de reserves erbij wil hebben. De rest van wat ze over hebben, gaat voor een heel groot deel terug in de premie of in de inkoop van specifieke aspecten van zorg. Wat ze daadwerkelijk wegschrijven, is trouwens ook nog eens ongeveer gelijk aan het bedrag dat ze uit hun beleggingen halen. Dat zou je kunnen bestempelen als overwinst.

Dan kom ik op de wijkverpleegkundige. Ik ben het eens met mevrouw Bouwmeester: wij werken er vanuit de politiek ongelofelijk hard aan dat de wijkverpleegkundigen de goede en mooie positie krijgen die zij zouden moeten hebben, ten behoeve van de patiënt. Wijkverpleegkundigen moeten met zo min mogelijk rimram hun werk kunnen uitvoeren. Tegelijkertijd geven wij de zorgverzekeraar een opdracht, door een raming waarmee wij hem zeggen hoeveel geld hij eraan kan uitgeven. Er moet een soort balans zijn: enerzijds bepaalt de aanbieder, in dit geval de wijkverpleegkundige, wat nodig is, en anderzijds moet er druk op zitten om een en ander wel doelmatig te doen. Als wij zouden vinden dat er meer geld naartoe zou moeten, zouden we dat in de raming erbij moeten zetten. Als we er in de raming niets bij zetten, zullen we het met het MBI moeten ophalen en wordt het een cirkelredenering. Wij zeggen dus tegen aanbieders en verzekeraars: dit is het geld, daarvoor moeten jullie maximaal zorg leveren. Wij werken met elkaar. Er kunnen best hiccups op zitten. Daar moeten we dan vooral over praten met elkaar. We werken er momenteel heel hard aan om het bekostigingssysteem stapsgewijs in te voeren. Volgend jaar proberen de Staatssecretaris en ik ook weer een grote stap te zetten in de bekostiging. We willen die wijkverpleegkundige zo veel mogelijk aan het roer zetten, maar toch is het aan de verzekeraar om te controleren of er doelmatig gewerkt wordt. Dat evenwicht moeten wij tot stand zien te brengen met zo min mogelijk rimram. Tot slot. Krijgt de patiënt de zorg die hij nodig heeft? Dat gaat over de dure geneesmiddelen. Wie heeft er een rol in het doorverwijzen? Patiënten moeten niet van het kastje naar de muur gestuurd worden. Wij moeten heel helder zijn: een verzekerde die een bepaalde behandeling medisch gezien nodig heeft en er medisch voor is gekwalificeerd, moet die behandeling ook krijgen. Het kan zijn dat niet iedere behandeling in ieder ziekenhuis gegeven wordt. Ziekenhuizen specialiseren zich. Als je een behandeling die een patiënt wel nodig heeft, niet geeft, moet je als ziekenhuis gewoon doorverwijzen. Een verzekeraar heeft een zorgplicht en moet een bepaalde behandeling, als die nodig is, vergoeden. Ik vind het van groot belang dat dat goed loopt. Ik zal dit in ieder geval hoog op de agenda houden in het hoofdlijnenakkoord, waarover wij regelmatig met aanbieders en verzekeraars rond de tafel zitten. Als er zorg nodig is en een ziekenhuis levert die niet zelf, dan moet er actief worden doorverwezen. Ik wil dat wij elkaar daarop aanspreken. Als er signalen zijn dat dat niet goed gaat, dan wil ik dat wij die ook krijgen, zodat we daarover kunnen praten in dat hoofdlijnenakkoord. We hebben een solide systeem, maar we moeten elkaar scherp houden in het belang van de patiënt, zodat het daadwerkelijk goed gaat. De patiëntenbeweging zit ook aan tafel. Die moet ook goed de vinger aan de pols houden om ervoor te zorgen dat dingen daar waar ze niet gebeuren conform het systeem dat we hebben opgezet, wel gaan gebeuren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb twee vragen. De eerste gaat over de wijkverpleging. Volgens mij is wat de Minister zegt precies wat de Partij van de Arbeid bedoelt. De Minister zei het heel mooi: zo weinig mogelijk rimram. Maar wie staat er uiteindelijk achter die wijkverpleegkundige? Die zeggen op dit moment: het zijn de zorgverzekeraars die het ons heel lastig maken, vanuit controledrift. De Minister zegt dat dat niet de bedoeling is, maar het gebeurt wel. De vraag is: wie gaat er nu achter de wijkverpleegkundigen staan en wat gaat er veranderen?

Mijn tweede vraag betreft de 3 miljard winst die er nu is. Het lijkt wel of we langs elkaar heen praten, dus stel ik mijn vraag maar voor de derde keer, heel sec: wat is de analyse van de totstandkoming van die winst? Is die winst een gevolg van puur kosten drukken? We zien dat er te weinig wordt ingekocht op kwaliteit. Leidt dat tot 3 miljard overwinst? Is dat wenselijk? En wat kan de Minister daaraan doen?

Minister **Schippers**: Nee, dat leidt dus niet tot 3 miljard overwinst. Uiteindelijk blijft er 480 miljoen over. Ik heb de cijfers van dit jaar natuurlijk nog niet, want dit jaar loopt nog. Het is terugkijkend 480 miljoen. Daar heb je het over. Toevallig komt dat redelijk overeen met de resultaten uit beleggingen. Je kunt je afvragen of dat uit de premie wordt gehaald. Omdat we daar steeds discussie over hebben, hebben we tegen de verzekeraars gezegd: maak nu eens transparant wat je binnenhaalt uit welke bronnen en waar je het aan uitgeeft. Dat doet de verzekeraar. Die maakt dus voor ieder jaar transparant waarop hij gelden binnenhaalt en waaraan hij ze uitgeeft. Daarvoor hebben we met elkaar een format afgesproken, zodat we niet van iedere verzekeraar heel erg ingewikkelde overzichten krijgen, omdat de een met staafjes werkt en de ander met cirkeltjes. We hebben daar een standaardisatie op losgelaten. Als het goed is kunnen wij dat straks heel goed op de sites van de verzekeraars zien. Punt twee: het is natuurlijk ook een zoektocht, laten we daar eerlijk over zijn. Ik sprak laatst een huisarts die zei: in mijn wijk hebben wij 70 aanbieders van thuiszorg. Dat is precies de motivatie waarom we ons afvroegen of je daar niet een rationaliseringslag in zou moeten hebben, maar dat terzijde. Als er 70 aanbieders zijn... De verzekeraar moet dat betalen, maar hij heeft maar met een paar van die aanbieders een contract en de rest is restitutie. Dan vragen wij van verzekeraars natuurlijk ook behoorlijk wat, namelijk: hou de kosten in de hand, want als je overschrijdt, wordt dat teruggehaald. Tegelijkertijd zijn er heel veel aanbieders, waarvan je maar een paar gecontracteerd hebt. Daar zit wel een uitdaging. We zijn daar dan ook heel goed naar aan het kijken, en wel op twee fronten. Vraag één: wat kun je doen in de bekostiging? Is de huidige bekostiging ideaal of moeten we naar een slimmere bekostiging? Daar zijn we ongelofelijk druk mee bezig. De tweede vraag waar we druk mee bezig zijn, is wat de Staatssecretaris en ik in het najaar samen gaan lanceren: zijn de administratieve lasten die we met elkaar hebben bedacht in de zorg, allemaal wel zo zinnig? Ik kan het antwoord daarop nu al geven: dat is niet het geval. Dan is de «million-dollarquestion» hoe we die lasten nu afbouwen. We gaan ook bij de wijkverpleegkundigen veel aandacht besteden aan de vraag welke administratieve lasten er zijn en hoe we die kunnen afbouwen. De signalen waar mevrouw Bouwmeester het over heeft, zijn helaas bekend. Ik had het liever anders gehad, maar we gaan dus op twee fronten eraan werken: de bekostiging en een doorlichting van de administratieve lasten, zodat we die kunnen weghalen.

Tot slot. De suggesties van de heer Rutte zitten inderdaad in de brief die we voor de begrotingsbehandeling aan de Kamer zullen sturen.

De **voorzitter**: Dank. Hiermee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de kant van de Minister. Ik neem graag de toezeggingen met u door. Het zijn toezeggingen op hoofdlijnen.

- Ten behoeve van de inventarisatie van bij de WOR ingediende onderzoeksvoorstellen zijn suggesties van de fracties welkom; voor de begrotingsbehandeling komt er informatie over de vraag welke onderzoeken er worden ingesteld en welke niet;
- er komt voor de begrotingsbehandeling een overzicht van de vereveningsuitgaven over 2012, 2013 en 2014; de Minister zal proberen om deze per zorgonderdeel in te vullen;
- in juni komt er een overzicht van de ex-antevereveningsmodellen 2017;
- eind 2015 ontvangt de Kamer een brief over het geneesmiddelenbeleid, met daarin onder andere de criteria voor de geneesmiddelen in de sluis.

Mevrouw Bruins Slot heeft al aangekondigd dat zij een VAO wil aanvragen. Wij zullen dat verzoek doorgeleiden naar de griffie, met als eerste spreker mevrouw Bruins Slot.

Ik dank de Minister en haar ambtelijke ondersteuning voor haar bijdrage. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en inbreng, en ik dank de mensen op de publieke tribune en mensen die dit debat op een andere manier hebben gevolgd voor hun aandacht.

Sluiting 12.20 uur.