

Vergaderjaar 2011–2012

**29 689**

## Herziening Zorgstelsel

**Nr. 378**

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 februari 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 19 januari 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 juni 2011 inzake de Teruggave van zorgverzekeringsgeld aan gepensioneerden in het buitenland (29 689, nr. 346);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 augustus 2011 inzake de VWS-verzekerdenmonitor 2011 (29 689, nr. 348);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 oktober 2011 inzake het Rapport Rechtmatigheid Zorgverzekeringswet Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2007–2011 (29 689, nr. 359);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 oktober 2011 houdende de Reactie op het verzoek van het lid Leijten over selectieve zorginkoop door Menzis (29 689, nr. 361);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 november 2011 over de Taak en samenstelling van een commissie inzake de voorgenomen evaluatie van de risico-verevening in de Zvw (29 689, nr. 363);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 november 2011 over de Uitvoering van de motie-Van der Veen (32 710 XVI, nr. 7) over de LFB (33 000 XVI, nr. 88);**
- **de brief van de minister van Financiën d.d. 6 december 2011 houdende de Lijst van vragen en antwoorden over de nadere onderbouwing van de verhoging van de solvabiliteitseisen van de zorgverzekeraars (29 689, nr. 365);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2011 houdende de Beantwoording van de vragen inzake de motie-Omtzigt/Van der Veen (29 689, nr. 171) door de Commissie evaluatie risicoverevening Zvw (Commissie-Don) (29 689, nr. 366);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2011 houdende de Reactie op het Evaluatierapport bijdrageregeling zorgkosten illegalen en andere**

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).  
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

**onverzekerbare vreemdelingen ingevolge artikel 122a van de  
Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 367).**

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

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

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

**Voorzitter: Elias**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Elias, Gerbrands, Leijten, Mulder, Smilde, Van der Staaij, Van der Veen, Wiegman-van Meppelen Scheppink,

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

De **voorzitter**: Welkom. Ik richt mij even tot de collegae. Er is vooraf afgesproken dat wij een spreektijd van vier minuten per fractie hanteren. Ik val op het laatste moment in voor de vaste voorzitter, maar ik moet om 15.30 uur weg. Ik wilde voorstellen om te proberen om dat te redden. Als wij dit niet redden, is mevrouw Smilde bereid om het voorzitterschap van mij over te nemen. Paradoxaal genoeg stel ik voor om een iets langere spreektijd te hanteren in de eerste termijn, omdat de leden dan meteen hun hele verhaal kwijt kunnen. Ik stel daarom een spreektijd van vijf à vijf en halve minuut maximaal voor. Het mag natuurlijk altijd minder zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik wil mijn bijdrage in dit debat vooral richten op het feit dat voor een goede en eerlijke concurrentie strenge toezichthouders zijn vereist. Voor het kerstreces heb ik namens de VVD-fractie een aantal vragen gesteld over het ontwijken van de acceptatieplicht en van het verbod op premiedifferentiatie door een aantal zorgverzekeraars, een zogeheten collectiviteit. Solidariteit is namelijk een groot goed in ons zorgstelsel, dat wij moeten behouden. Ik heb om aandacht gevraagd voor Promovendum. Dat is een collectiviteit die beweert het laagste premietarief te kunnen berekenen omdat zij zich vooral richt op hoger opgeleiden. Die zouden een beter claimgedrag vertonen dan anderen, dan lager opgeleiden dus. Promovendum geeft ook een korting van meer dan 10%. Volgens de regels mag dat niet. Ook heb ik aandacht gevraagd voor Besured. Als je op de website van deze collectiviteit komt en invult dat je voor 1981 bent geboren, en dat ben ik – ook ik heb het ingevuld – dan kun je vervolgens niet doorklikken op die website. Mij wordt de toegang tot die verzekering dus onmogelijk gemaakt.

Ik haal ook professor Van de Ven aan. Mijn vragen hebben namelijk tot wat aandacht geleid in de pers. Hij noemde het voorbeeld van YouCare. Daar krijg je alleen een extra hoge korting als je het maximale eigen risico van € 500 accepteert. Dat is nu net de groep verzekerden die het minst claimt.

Ook heb ik het gehad over Blue, die adverteert met de mededeling dat klanten op elk moment mogen overstappen. Het risico bestaat dan dat je een goedkope polis neemt, die maar weinig ziekenhuizen heeft gecontracteerd. Als je dan ziek bent en naar een bepaald ziekenhuis wilt, dan stap je over. Dat kan. De andere verzekeraars hebben een acceptatieplicht, zodat de rekening daar terechtkomt.

De minister heeft gisteren de vragen beantwoord. Daar dank ik haar voor. Het viel mij op dat de NZa voor de beantwoording van de minister al wist te beweren dat zij geen aanleiding zag voor een onderzoek. Zo stond in de Volkskrant. Dat is de verkeerde volgorde! Meestal ga je eerst onderzoeken en trek je op basis daarvan je conclusies, maar de NZa doet geen onderzoek en trekt al wel de conclusie. Dat is bijzonder vreemd.

Ik heb de minister bedankt voor de beantwoording van de vragen, maar ik vind de antwoorden wel wat mager. De minister zegt dat zij de NZa zal vragen om hier in het kader van haar reguliere toezichtstaak extra aandacht aan te besteden. Wat de VVD betreft moet dit niet extra aandacht zijn, maar komt er een full swing onderzoek, want verzekeraars worden steeds slimmer in het op een subtiele manier beperken van hun

risico's. De Zorgverzekeringswet is immers steeds langer in werking. Ik wil hiernaar dus graag een full swing onderzoek en ook een antwoord op de vraag of het gedrag van de collectiviteiten in de geest van de wet is. Deze wet is namelijk een groot goed. Dat heb ik al gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben blij dat de VVD in ons kamp is beland, want niet alleen dit jaar, maar ook vorig jaar heeft de SP Kamervragen gesteld over bijvoorbeeld een verzekeraar als Promovendum. De SP heeft gevraagd hoe die zich verhoudt tot de algemene acceptatieplicht. In de marktscan van de zorgverzekeringsmarkt van de NZa lees ik dat zij wel wat signalen ziet dat die niet goed loopt, maar dat zij geen onderzoek doet. Begrijp ik het goed dat de VVD zegt dat de NZa daarmee fout bezig is?

De heer **Mulder** (VVD): Om te beginnen ben ik blij dat de SP en de VVD in hetzelfde kamp zitten. Ik heb deze week gehoord dat de premier heeft gezegd dat samenwerking tussen beide partijen heel lastig is, maar het kan hier blijkaar dus wel. Ik zeg niet dat de NZa fout is, maar ik zeg dat zij niet voldoende doet. Daarom willen wij graag extra onderzoek. Ik ben echter blij dat de VVD en de SP in hetzelfde kamp zitten, want elke stem telt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan stel ik vast dat de VVD de minister aanspoort om de NZa onderzoek te laten doen, waar de NZa zelf aangeeft dat dit niet nodig is. Wat gaat de VVD doen als de minister zegt dat zij de NZa volgt, omdat die het wel zal weten en geen extra onderzoek doet omdat zij de signalen niet ernstig genoeg vindt? Houdt de heer Mulder dan voet bij stuk of trekt hij dan zijn stevige woorden in?

De heer **Mulder** (VVD): Het eerste deel klopt. Wij vinden dat de NZa niet ver genoeg gaat en wij zullen horen wat de minister straks op de vragen van de VVD-fractie zal zeggen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan de heer Mulder daar in tweede termijn op ingaan?

De heer **Mulder** (VVD): Ja, dat kan.

Dan kom ik op de vergelijkingssites. In december hoorden we dat Independer, dat onafhankelijk betekent, voor 77% in handen komt van Achmea, een grote zorgverzekeraar. De vraag is dan hoe «independent», onafhankelijk, deze vergelijkingssite is. Achmea beweert dat er een raad van toezicht komt die onafhankelijk is. Dat kan het beweren, maar wij willen het graag zeker weten. In De Telegraaf van dezelfde dag stond dat de AFM, de Autoriteit Financiële Markten, onderzoek doet naar vergelijkingssites, niet alleen in de zorg, maar ook breder. De AFM zou daar richtlijnen voor hebben opgesteld. Ik vraag de minister of dat zo is. Bestaan daar richtlijnen voor? Wat staat daar dan precies in? Leiden die er ook toe dat Independer «independent» blijft?

Dan kom ik op een volgend punt, een economische term, namelijk «price signaling». Dit is onder andere gesignaleerd door het Brabants Dagblad. Price signaling houdt in dat zorgverzekeraars hun polispremies kunnen opdrijven door via persberichten met elkaar te communiceren. Dat is legaal, maar hierdoor kunnen zij prijsoorlogen over de premie voorkomen, want als verzekeraars van elkaar weten wat ongeveer de stijging is, kunnen zij elkaar volgen. Dat is regulier en het mag. Wat doet de NMa vervolgens? Die onderkent dat dit gebeurt. «De verzekeraars weten heel goed dat zij van de wet geen prijsafspraken mogen maken. Maar zij zijn heel handig om het zo te doen dat wij er niet achter komen. Al deze dingen gebeuren vaak in het geniep. Zij zijn slim en innovatief.» Dit is een citaat van een woordvoerder van de Nederlandse Mededin-

gingsautoriteit uit het Brabants Dagblad. Als dit citaat klopt – ik weet dat niet precies – dan doen de verzekeraars iets fout en dan zou de NMa iets moeten doen. Mijn vraag is dus of het klopt wat de NMa hier zegt. Wat kan de NMa hieraan doen en wat doet zij eraan? Als de NMa niet veel kan doen, is het dan een idee om te kijken naar Australië, waar wetgeving bestaat om price signaling tegen te gaan? En wat doet Duitsland? Het beeld bestaat dat het Bundeskartellamt, de Duitse NMa, strenger is. Is het misschien een idee om af te spreken dat alle verzekeraars hun premies op dezelfde dag bekendmaken?

Met D66 heb ik vragen gesteld over artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, over de naturapolis. De minister heeft toegezegd om met een brief te komen en om het voorstel van de VVD en D66 te bestuderen. Wanneer is deze brief klaar?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik benadruk dat de ChristenUnie het hoogwaardige collectief verzekerd stelsel in Nederland waardeert. Het biedt over het algemeen veel zekerheid en het neemt zorg uit handen. Met de beperkte spreektijd vandaag moet ik me beperken tot de onzekerheden en de knelpunten waar we tegenaan lopen.

De ChristenUnie is allereerst niet tevreden met de wijze waarop verschillende zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken zijn. Wij ontvangen e-mails van mensen die gestopt zijn met het vergelijken, omdat zij er gewoon niet uitkomen. Er zijn namelijk verzekeringen met sterren en verzekeringen zonder sterren die het dan weer anders noemen. Er zijn nieuwe internetaanbieders, waarvan nog lang niet alles duidelijk is. Ik zit ook nog met dezelfde vraag als de VVD over de onafhankelijkheid van Independer. Graag hoor ik het oordeel hierover van de minister. Ik kom op de bijdrageregeling voor de kosten van behandelingen van onverzekerbare vreemdelingen. Iedereen heeft recht op medisch noodzakelijke zorg. Dat hebben we zo afgesproken, maar lang niet alle artsen zijn op de hoogte van de bijdrageregeling. Het CVZ verstrekt wel informatie via een website, maar de ChristenUnie vraagt om ook koepel- of brancheorganisaties te stimuleren actief voorlichting te geven aan artsen over de mogelijkheden van de bijdrageregeling. Graag krijg ik hierop een reactie. Steeds meer artsen vinden het bieden van hulp een last. Hoe soepel verloopt het terugbetalen van de gemaakte kosten aan de artsen?

Wat betreft tandartszorg is de ChristenUnie het eens met de minister dat we voor ongedocumenteerden geen ander beleid moeten voeren dan voor gewone verzekerden. Ik wil de minister er wel op wijzen dat ongedocumenteerden, als ze een zorgverzekering af willen sluiten, daar geen enkele mogelijkheid toe hebben. Hoe moeten ze bij tandproblemen dan ooit geholpen worden? Pas op het moment dat er grote complicaties ontstaan en het verlenen van zorg hogere kosten met zich meebrengt dan wanneer iemand in een eerder stadium geholpen zou zijn, worden ze wel geholpen. Psychische hulp wordt pas geboden wanneer zij een vaste verblijfplaats kunnen opgeven. Dat laatste is voor ongedocumenteerden nu juist onmogelijk. Je krijgt dus een beetje een kip-eiverhaal. Is de minister bereid om te zoeken naar oplossingen om psychische hulp aan ongedocumenteerden beter toegankelijk te maken? En hoe zit het met het monitoren van de problematiek bij ongedocumenteerden? Tijdens een expertmeeting vorig jaar heeft de ggd aangegeven hiervoor verantwoordelijk te zijn. Vindt de minister dat ook?

De ChristenUnie is niet tevreden over de wijze waarop een groot aantal apothekers wordt gecontracteerd door de zorgverzekeraar, soms in een laat stadium zonder ruimte voor onderhandeling. Zorgprestaties worden lang niet altijd passend vergoed. De administratievelastendruk is bovendien groot, wat ten koste gaat van de tijd en de zorg voor de patiënt. Wat kan en wil de minister hierin betekenen?

Met de overgang naar prestatiebekostiging voor ziekenhuizen zal de aanvullende financiering voor het gebruik van weesgeneesmiddelen per 1 januari 2012 niet meer via de NZa-beleidsregel Weesgeneesmiddelen plaatsvinden, maar zullen deze geneesmiddelen in de vorm van een toegevoegde prestatie, een add-on, worden bekostigd. Er zijn nog geen criteria en procedures voor de uitstroom uit de add-onsystematiek. Het is onduidelijk of de beoordelingen van de Commissie Farmaceutische Hulp gevolgen kunnen hebben voor de add-ons. In de nieuwe systematiek kan de behandeling met een weesgeneesmiddel alleen als add-on worden gedeclareerd als er met de behandeling bij de desbetreffende toepassing sprake is van een verzekerde aanspraak. Add-onfinanciering en verzekerde aanspraak zijn in deze nieuwe systematiek dus gekoppeld. De beoordeling in het kader van de beleidsregel Weesgeneesmiddelen heeft alleen betrekking op besluitvorming over de financiering van de geneesmiddelen die onder de werking van deze beleidsregel vielen. Het is echter onduidelijk welke gevolgen die besluitvorming over de financiering heeft voor de aanspraak op deze geneesmiddelen.

Volgens de minister worden alle geneesmiddelen en indicaties die per 31 december 2011 zijn toegelaten tot de NZa-beleidsregel Weesgeneesmiddelen en waarvan de beoordeling door de CFA nog niet is afgerond, beschouwd als voorlopig en voorwaardelijk ingestroomd in het verzekerde pakket. Dit alles ligt echter nog niet vast. Eind vorig jaar bleek dat het CVZ bij een aantal dure geneesmiddelen nu al een nieuwe procedure hanteert. Zonder duidelijke criteria en procedures worden betrokken partijen benadeeld en is zorgvuldige besluitvorming over de financiering en de aanspraak van de betrokken geneesmiddelen onmogelijk. Het gevolg is heel veel onduidelijkheid en het risico dat patiënten met bijvoorbeeld Fabry of Pompe, straks van medicatie verstoken blijven. Wat gaat de minister hieraan doen?

Tot slot, ik druk mij voorzichtig uit als ik zeg dat ik me afgelopen dinsdag heb verbaasd over de ophef over de organisatie Different. Er zijn grote woorden gebruikt op basis van allerlei vooronderstellingen en zelfs vooroordelen. Mijn vraag is vandaag heel simpel: is de minister bereid zich te laten informeren over wat er feitelijk aan therapie door Different wordt geboden en over wat het oordeel van de inspectie is over de kwaliteit van de zorg? De ChristenUnie gaat ervan uit dat wanneer de zorg past binnen onze wet- en regelgeving de zorg ook gewoon gecontinueerd kan worden. Keuzevrijheid in de zorg en identiteitsgebonden zorg die aansluit bij de hulpvraag van de cliënt zijn van grote waarde. Graag krijg ik hierop een reactie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik was geheel niet van plan om de ChristenUnie te interrumpen, maar voor het laatste deel van het betoog doe ik dat wel. Is de ChristenUnie van mening dat homo zijn een ziekte is, waarvoor je behandeling nodig hebt?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat is nou precies waar ik op wijs. Er zijn dinsdag heel veel vooronderstellingen gebruikt, bijvoorbeeld dat de organisatie Different ervan uit zou gaan dat homo zijn een ziekte is en dat daarvoor behandeling nodig is et cetera. Ik wil er vandaag echter naar terug dat we heel zakelijk bekijken welke vorm van hulpverlening door Different wordt geboden, of die past binnen de wet- en regelgeving en of die voldoet aan de kwaliteitseisen. Laten we dan ons oordeel vormen, maar laten we niet op basis van vooronderstellingen en zaken die we in de krant lezen conclusies trekken, maar puur op basis van feitelijke informatie, die ook wordt verstrekt door bijvoorbeeld de organisatie Different.

De **voorzitter**: Voordat wij hierover nu een heel debat krijgen – dat voorzie ik namelijk – wijs ik de leden op het volgende. Er is gisteren een

groot aantal schriftelijke vragen over dit onderwerp gesteld. Ik denk dat het dus verstandig is om de antwoorden daarop af te wachten in plaats van daarover nu een debat te voeren. Ik kan dat niet verbieden – zo ver wil ik absoluut niet gaan – maar misschien is het handiger om te wachten tot die reacties binnen zijn. Ik geef de leden dat in overweging.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De conclusie na zes jaar Zorgverzekeringswet kan zijn dat de uitgangspunten voor de solidariteit rechtevriendig staan. Zowel de acceptatieplicht als het verbod op premiedifferentiatie wordt goed nageleefd. Dat is een belangrijke conclusie op het moment dat de zorgverzekeraars hun rol steeds meer oppakken. Ik loop een aantal onderwerpen langs.

Ten eerste kom ik op de verdragsgerechtigden. De minister glimlacht al, want wij hebben hierin een gezamenlijk verleden. Na jarenlang slepende vraagstukken, ook hier in de Kamer, over de vraag hoe zich dat ontwikkelt, lijkt de juridische kant nu duidelijk afgetekend met de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. Ik ben daar heel blij mee, want dit is eigenlijk het eerste echte document over de Zorgverzekeringswet waarin deze door jurisprudentie wordt bevestigd als solidaire wet in Brussel. Er zijn echter nog steeds klachten over de uitvoering. Er komt dan ook een evaluatie van de uitvoering. Kan de minister hier ons al iets over mededelen? Verder waren er problemen met de samenloop van inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zorgverzekeringswet en de verdragsbijdrage. Die stappen zijn genomen, maar is dat afdoende? Het moet immers wel heel zorgvuldig worden geregeld.

Ten tweede kom ik op de zorg aan illegalen. Wij zijn erg blij dat de wet die een regeling treft voor zorgaanbieders die inkomsten mislopen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen goed werkt. Ook zijn wij blij dat het CVZ de uitvoering daarvan strak in de hand houdt. Wij vragen ons af wanneer de uitkomsten van de wettelijke evaluatie bekend zijn. Het is onduidelijk hoe het met de betaling van geleverde medicijnen is gesteld – mevrouw Wiegman vroeg dat ook al – en het CVZ heeft er moeite mee om dit te achterhalen. Kan de minister dit toelichten? Wordt dit punt structureel aangepakt?

Ik heb een aantal opmerkingen over de werking van de Zorgverzekeringswet. Het is een interessante opmerking dat de NZa het wenselijk acht dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht actiever invullen. Wat moeten we daar precies onder verstaan? Dat het inderdaad meer is dan alleen versterking van de inkooprol? Laten we het concreet maken: de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid staan hierbij nu centraal. De Nederlandse Zorgautoriteit handhaaft, maar hoe precies? Volgens het CDA kan continuïteit van zorg ook onder de zorgplicht vallen. Hoe denkt de minister daarover?

Volgens de NZa wordt de acceptatieplicht goed nageleefd. Mijn collega Mulder heeft hier al behartigenswaardige woorden over gezegd. Ik sluit me daar graag bij aan, want toen ik gisteren de antwoorden van de minister op zijn vragen las, schoot ik even in de lach. Wat vindingrijk zijn die collectiviteiten! Als dat symbool staat voor de vindingrijkheid van de zorgverzekeraars om onze Zorgverzekeringswet subliem uit te voeren, dan heb ik daar alle vertrouwen in. Ik vind het echter heel goed dat hier extra onderzoek naar wordt gedaan. Ik sluit mij wat dat betreft aan bij collega Mulder.

Transparantie van informatie is belangrijk. De vorige sprekers hadden het daar ook al over. Wij zeggen altijd dat informatie eenduidig moet zijn, omdat de vergelijking mogelijk moet zijn op alle sites. Het moet in begrijpelijk gewoon Nederlands, zoals ook wij met elkaar spreken.

De **voorzitter**: Het wil nog wel eens voorkomen dat Kamerleden niet begrijpelijk Nederlands spreken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik probeer dat te voorkomen, voorzitter, want ik vind het reuze hinderlijk als je in jargon vervalt. Dat ben ik graag met u eens.

Ook de kwaliteitsinformatie moet in begrijpelijk Nederlands op zo'n site. Dat is primair de verantwoordelijkheid van de partijen zelf. Dat vind ik prima. De NZa zal haar instrumentarium, waar nodig, inzetten. Dat is dan weer jargon. Wat doet de NZa precies als ze dat zegt? De minister heeft tijdens de begrotingsbehandeling toegezegd dat zorgverzekeraars met declaratieoverzichten komen. Ik moet inderdaad zeggen dat ik vorige week een overzicht kreeg van mijn eigen zorgverzekeraar. Daar stond opeens veel meer op dan daarvoor. Kennelijk is er dus al iets gebeurd. Hoe is de stand van zaken?

Het is toch wel opvallend dat patiëntenverenigingen heel weinig voor collectiviteiten kiezen. In ieder geval voor het CDA is dat een van de aantrekkelijke kanten van het instellen van de collectiviteiten bij de Zorgverzekeringswet geweest. Ik vraag de minister of voor de keuze van de patiëntenverenigingen redenen zijn.

Dan kom ik op de contractering. We hebben het de afgelopen weken vooral gehad over de vrije prijzen bij de tandartsen, maar we zouden haast vergeten dat apotheken vanaf januari ook met vrije prijzen in de weer zijn. Daar krijgen we tegengestelde berichten over. Mevrouw Wiegman vroeg er ook al wat over. Kan de minister iets zeggen over de late contractering en dergelijke?

Ook over maagzuurremmers zijn er berichten. Patiënten zouden weigeren om te betalen bij een balie. Ook was er sprake van substitutie van een maagzuurremmer door een duurder middel dat een combinatie is van pijnstillen en het remmen van maagzuur. Kan de minister even iets zeggen over de ontwikkelingen op dit terrein? Wij hebben het niet voor niets voor het chronisch gebruik wel gedaan. Ik weet echter nog dat de minister indertijd waarschuwend zei dat het wel goed moet gaan, omdat we het anders over de hele linie moeten doen en we het niet meer kunnen gebruiken voor chronische patiënten. Dat zou ik inderdaad jammer vinden. Ook over de late contractering binnen de curatieve ggz met de eerstelijns en tweedelijns aanbieders horen wij klachten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een zesjarig meisje heeft lastige ogen. Ze heeft een sterkte van +10 en een cilindrische afwijking. Zij heeft dus een medische indicatie voor een bril en speciale brillenglazen, niet voor niets. Een zesjarig meisje groeit echter stevig, haar hoofdomvang groeit en haar oogafwijking verandert steeds. Dat belemmert haar. Ze gaat naar school, waar ze op een digiboord moet kijken. De voorzitter als onderwijswoordvoerder zal dat wel weten. Dat kan zij niet zonder een goede bril. Dit meisje heeft ieder halfjaar een nieuwe bril nodig; of de ouders even € 500 willen neertellen. Hiermee heeft zij dus niet alleen een zichtbeperking, maar is er ook meteen een financieel probleem. Wat zegt een van onze verzekeraars, waarvan we weten dat hij voldoende geld op de plank heeft? Beste ouders, al heeft u € 1 000 op jaarbasis aan brilkosten voor uw kind, u krijgt eens in de twee jaar € 150 vergoed.

Wat vindt de minister hiervan? Kan de minister vertellen wat de kosten en baten zijn van een kind dat geen onderwijs kan genieten doordat zijn bril niet wordt vergoed? Kan de minister uitrekenen hoeveel het ons gaat opleveren als iemand zonder opleiding wellicht geen werk krijgt? Vindt de minister het moreel juist dat een kind het onderwijs niet kan volgen, omdat de ouders het financiële probleem hebben dat zij geen bril kunnen aanschaffen? Zou het niet een goed idee zijn om vandaag af te spreken dat we zicht- en hoormiddelen voor kinderen vergoeden? Dan kunnen kinderen deelnemen en naar school gaan zonder dat ze belemmerd worden. Ik hoor de minister vandaag heel graag ja zeggen, want het kan niet waar zijn dat kinderen geen kans krijgen om op te groeien vanwege een verkeerd pakket in de zorgverzekering.



Dan heb je de reumapatiënt, die om een beetje fysiek te blijven en misschien ook wel om in het arbeidsproces te blijven, graag naar de fysiotherapeut gaat. De fysiotherapeut en de arts zeggen dat dit medisch effectief is. Toch is dit uit het pakket gehaald en moet de patiënt dit zelf betalen. De minister zegt dan dat de patiënt maar een aanvullende verzekering moet nemen. Die aanvullende verzekering wordt echter meer en meer geweigerd. Het Reumafonds is gisteren een meldpunt gestart. Er zijn al meer dan 1500 reacties. Is de minister bereid serieus naar die reacties te kijken? En is zij bereid om een grootschalig onderzoek te laten doen naar de risicoselectie van zorgverzekeraars in de aanvullende verzekering? Zij gaat onderzoek doen naar de vraag hoe de aanvullende verzekering de tandpremies vaststelt. Ik stel de minister voor dat zij ook uitgebreid onderzoek doet naar de risicoselectie in de aanvullende verzekering.

Eigenlijk kunnen we het ook anders oplossen. Is de minister bereid om te bekijken of er voor de aanvullende verzekering ook een acceptatieplicht kan gelden bij medisch noodzakelijke zorg, bij fysiotherapie die mensen nodig hebben om in beweging te blijven, bij medicijnen en bij tandzorg? Dat zou ook een hoop oplossen. Natuurlijk hoort dit wat ons betreft in de basisverzekering, maar hier kunnen we ook naar kijken. Graag krijg ik hierop een reactie.

De VVD is al ingegaan op de Nederlandse Zorgautoriteit die wel wat smetjes ziet ten aanzien van de risicoselectie en de informatieverstrekking van zorgverzekeraars, maar als grote vriend van de zorgverzekeraars zegt dat het wel meevalt en geen onderzoek instelt. Ik steun de VVD helemaal dat daar een uitgebreid onderzoek naar moet komen. Wat mij betreft worden dan ook korte metten gemaakt met alle mogelijke vormen van risicoselectie, uitsluiting en slechte informatievoorziening door de zorgverzekeraars.

De NZa schrijft in haar marktscan eigenlijk: hoera, hoera, hoera! Wij zien echter dat het niet zo hoera is. De minister is zeer overtuigd van haar stelsel. Misschien is het dus wel een idee om de jaknikkers even aan de kant te zetten en een empirisch onderzoek te laten doen naar de echte stand van zaken. Dat moet gebeuren door onafhankelijke onderzoekers van bijvoorbeeld een universiteit die daarnaar willen kijken. De minister is zo zeker van haar systeem dat zij niets te duchten heeft van een kritisch, echt onderzoek. Is zij daartoe bereid? Als zij daartoe bereid is, vraag ik haar ook om de wet voor de noodzakelijke zorg aan mensen die illegaal in Nederland verblijven in dit onderzoek te betrekken. Wij vinden het rapport van Berenschot namelijk niet duidelijk genoeg. Hoe vaak wordt een illegaal nou eigenlijk geweigerd door een huisarts? Worden illegalen toegelaten tot klinische zorg in de geestelijke gezondheidszorg? Is de minister bereid om hiernaar veldonderzoek te laten doen en veel directer in de werkelijkheid te vragen hoe het met de zorg aan illegalen gaat? Zij moet dus niet alleen op papier toetsen of er een regeling is en of er gebruik van wordt gemaakt, en daaruit concluderen dat het dan wel goed is en dat men kan gaan slapen.

Dan heb ik een laatste opmerking over de homotherapie, uitgelokt door mevrouw Wiegman. De SP-fractie heeft daar ook vragen over gesteld. Wij maken ons er zeer veel zorgen over dat er instellingen zijn die meedoen aan het openen van een diagnose-behandelcombinatie en tegelijkertijd zeggen dat homo zijn te behandelen is en dat je daar beter van kunt worden. Wij steunen de minister in haar uitspraak dat dit niet hoort. Wij hopen van harte dat zij zal optreden tegen deze constructie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Vandaag praten we over de Zorgverzekeringswet. De essentie daarvan is dat de overheidssturing zou worden vervangen door vraagsturing. Dat is in 2006 al zodanig geformuleerd. Die vraagsturing zou zich afspelen via de zorgverzekeraars. De positie van de zorgverzekeraars en hun ontwikkeling zijn uitermate

belangrijk voor de beoordeling van de vraag of het stelsel goed loopt. Anderen hebben daar ook opmerkingen over gemaakt. Verwacht was dat bij de invoering van de Zorgverzekeringswet nieuwe toetreders zouden komen, nieuwe verzekeraars dus, maar het omgekeerde heeft zich voorgedaan. Er zijn nu nog vier zorgverzekeraars die 90% van de markt in handen hebben. Ik hoor graag van de minister hoe dat komt. We hebben eerder aan de orde gehad dat er geen nieuwe toetreders zijn. In dit kader krijg ik ook graag informatie over de vraag hoe ver zij is met de uitvoering van de motie omtrent de toets op fusie van zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars stellen hun nominale premie vast. Opvallend is dat het verschil tussen de hoogste en de laagste premie van de verzekeraars zes jaar geleden vier keer zo groot was als nu. Op dit moment is het grootste verschil namelijk € 1,75. In die jaren is het onderscheid tussen de premies dus sterk verminderd. De vraag is hoe dat kan en waar dat aan ligt. Op de achtergrond ligt de vraag of er wellicht gecoördineerd wordt. Het valt op dat Achmea, VGZ en Univé allemaal op dezelfde dag dezelfde premie van € 108,25 bekendmaakten. Het kan toeval zijn, maar dan betekent het twee dingen: of er zit zo weinig ruimte in de berekening dat die toegevoegde activiteiten van de zorgverzekeraars geen zin hebben – met andere woorden: hoe je ook rekent, je komt altijd op hetzelfde bedrag uit – of er is een andere reden. Ik kan me voorstellen dat iemand nieuwsgierig is naar die andere reden. De heer Mulder heeft de opmerkingen van een lid van de NMa al geciteerd omtrent het gedrag van de zorgverzekeraars. Ik word er heel erg onrustig van als zelfs de NMa aangeeft dat de zorgverzekeraars slim en innovatief zijn op een gebied waar de Zorgverzekeringswet niet voor bedoeld is. Ik juich elk onderzoek daarnaar dan ook zeer toe.

Independer is al aan de orde geweest. Als concurrentie en vergelijking heel belangrijk zijn, is het natuurlijk heel gek dat zo'n onafhankelijke site naar mijn idee uit de lucht wordt gehaald.

De sterkere regionale positie die zorgverzekeraars gaan innemen baart mij echt zorgen. Ook de KNMP geeft dat in zekere zin aan. Op dit moment is Friesland daar een mooi voorbeeld van. De Friesland Zorgverzekeraar heeft momenteel een marktaandeel van 80% à 90%. Wij zouden graag zien dat wij de marktaandelen meer per provincie krijgen gepresenteerd en niet per regio. Nu krijgen we ze per regio: Noord, Zuid, West of Oost. Het zou toch aangenamer zijn dit per provincie te doen, ook om te zien hoe de marktaandelen zich tot elkaar verhouden en omdat zorginkoop en samenhang in zorg vooral op regionaal niveau dicht bij de mensen plaatsvindt. Friesland is daar een mooi voorbeeld van. Daar is de zorgverzekeraar op het ogenblik bezig om de zorg anders in te richten. Dat heeft ook consequenties voor het ziekenhuis in Dokkum. Het opvallende is – ik was daar vorige week – dat niemand daar verder wat over te vertellen heeft, behalve de zorgverzekeraar. Zelfs voor de zorgaanbieders is het heel erg lastig om iets terug te zeggen, want zij zijn volstrekt afhankelijk van die ene zorgverzekeraar. Je ziet in Friesland dat de overheid, met name de gemeente, haar verantwoordelijkheid heeft genomen en zich er nu ook mee bemoeit.

De controle van het gedrag van de zorgverzekeraars die werd geacht te ontstaan doordat zij met elkaar concurreerden is weggefallen. De verzekerdens zouden hen scherp houden, maar dat is niet voldoende gebeurd. Dat is fout gegaan met de Zorgverzekeringswet. We zitten nu eigenlijk een situatie van, om het deftig te zeggen, democratisch deficit. De overheid bemoeit zich er steeds minder mee en de concurrentie die bedoeld was om de zaak scherp te houden, is niet aan de orde. Dat baart ons grote zorgen. Wij krijgen er dus graag een antwoord van de minister op hoe zij daar zelf tegen aankijkt.

Er zijn al opmerkingen gemaakt over het collectief verzekeren en over alles wat daarmee gebeurt. Ook wijzelf hebben de vraag hoe het komt dat

er zo weinig patiëntenverenigingen zijn. Dat was juist een van de zaken in de Zorgverzekeringswet die deze wet toentertijd aantrekkelijk maakte. Ik heb al een paar keer gevraagd hoe het zit met de activiteiten rond de gemeentelijke sociale diensten. Die zijn er namelijk een aanwijzing voor in hoeverre zorgverzekeraars geïnteresseerd zijn in slechte risico's. Ik sluit me aan bij anderen die opmerkingen hebben gemaakt over collectiviteiten en het gedrag van de verzekerden daarbij.

De zorgplicht blijft een lastig punt. Verzekeraars hebben een zorgplicht, maar eigenlijk is de zorgplicht niet omschreven. Hoe kunnen we de verdere uitwerking van de zorgplicht verder tegemoet zien? Hoe vertaalt zich dat dan?

Ik maak een slotopmerking over de verzekerden in het buitenland. Dat is een onderwerp dat al een tijd speelt. In 2015 verandert de regelgeving in Europa. Ik vraag de minister of het mogelijk is om op dat moment de verzekerden die in 2006 onder de verdragsregeling vielen – ik moet het helaas wat technisch zeggen – een opt-inmogelijkheid te geven.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Volgens de nieuwjaarspeech van de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland zijn er grote successen geboekt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. Uit de rapporten en brieven van de minister komt een soortgelijk beeld naar voren, maar als je de mensen op straat ernaar vraagt, wil het merendeel het liefst vandaag nog terug naar ziekenfonds van vroeger. Dit is voor de PVV-fractie niet aan de orde, maar het plaatst wel kanttekeningen bij het succes op papier van de Zorgverzekeringswet. Daar komt bij dat er van onderlinge concurrentie elk jaar minder sprake is. De vier grote zorgverzekeraars verdelen de markt, weinig mensen wisselen van zorgverzekeraar en voor de aanvullende pakketten worden steeds vaker medische keuringen gevraagd.

Nu is 2012 in veel opzichten een overgangsjaar waarbij vooral gekeken wordt naar de rol van de zorgverzekeraar, want de zorgverzekeraar gaat selectief inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Hierover moet hij dan onderhandelen met de zorgaanbieders. Uit een eerder debat deze week bleek dat deze onderhandelingen met de tandartsen niet echt van de grond komen. Gisteren stond in De Telegraaf dat apothekers het mes op de keel wordt gezet door zorgverzekeraars en dat ze bij het kruisje mogen tekenen. Dit zijn geen goede signalen. Ik vraag de minister de prestatiebekostiging in de farmacie zorgvuldig te monitoren en hierover zo spoedig mogelijk te rapporteren aan de Kamer.

Ten aanzien van de selectieve zorginkoop bij ziekenhuizen, zoals Menzis dat doet, ga ik er vooralsnog van uit dat de kwaliteit hierbij voorop moet staan. Zolang zorgverzekeraars hun kwaliteitseisen baseren op de richtlijn van beroepsgroepen en ze goed onderbouwen en communiceren naar alle partijen, is dit inkoopbeleid in overeenstemming met de hun toebedeelde rol. De aankondiging dat Menzis toch het recept voor maagzuurremmers gaat vergoeden, verbaast mij echter. Baseert Menzis zich hierbij op de richtlijn of valt dit volgens de minister onder het mom van de lat hoger leggen zoals zij eerder heeft gezegd? Wat betekent dit voor de beoogde besparing van 75 mln.?

Dan heb ik een opmerking over niet wetenschappelijk bewezen behandelingen die via slim declareren toch voor vergoeding in aanmerking komen, zoals de homotherapie. Wil de minister laten onderzoeken of er nog meer van die vage therapieën onder het mom van depressie of psychologische hulp worden gedeclareerd? Ik ben al termen als reïncarnatietherapie en dat soort zaken tegengekomen. Dat lijkt mij niet helemaal de bedoeling. Via de mail bereikten mij een paar knelpunten, die ik graag toegelicht wil hebben. Zo blijkt dat het bij sommige zorgverzekeraars niet mogelijk is om een tandartsverzekering af te sluiten zonder ook een aanvullende verzekering te hebben. Dit lijkt een vorm van koppelverkoop. Ik wil graag weten of dat mag.

Dan heb ik een contract voor de jeugdmondzorg onder ogen gekregen van het COA, dat zorg inkoop voor asielzoekers. Hieruit blijkt dat de tandartsvergoedingen voor asielzoekers hoger liggen dan voor de gewone jeugd in Nederland, soms wel 30% tot 40% hoger. Blijkbaar is er één groep in Nederland die zich geen zorgen hoeft te maken over de bijbetalingen. Graag krijg ik daarover opheldering van de minister. Tot slot kom ik op de zorg voor illegalen. Het gratis verlenen van zorg aan illegalen en mensen die onrechtmatig in Nederland verblijven is een doorn in het oog van mijn fractie. De zogenaamde bijdrageregeling waarvan deze zorg betaald wordt, kost onze samenleving jaarlijks 32 mln. Ik roep de minister met klem op om niet te investeren in trainingsmodulen voor baliepersoneel van instellingen die niet voor deze zorg gecontracteerd zijn. Verder pleiten wij voor het beperken van de medische zorg tot alleen de noodzakelijke acute hulpverlening.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik verbaas mij er een beetje over dat ik een ding niet hoor. De Partij voor de Vrijheid is weer een beetje kritisch aan het worden op de Zorgverzekeringswet. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet en het private concurrentiestelsel hebben wij ook Europa binnengehaald. Wat vindt de PVV ervan dat er straks een Europese toezichthouder gaat over de solvabiliteitseisen van onze zorgverzekeraars?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik denk dat het bij de SP wel duidelijk is hoe de PVV over Europa denkt. Daar zijn wij dus ook niet blij mee.

Mevrouw **Leijten** (SP): Omdat mevrouw Gerbrands het niet noemt en wel kritisch is, vraag ik me natuurlijk wel af wat de positie van de PVV zal zijn. Het zijn signalen waar ik zelf ook graag een antwoord op wil. Zo lang wij dit stelsel accepteren – voor de verkiezingen pleitte mevrouw Gerbrands nog voor een standstill op de marktwerking – gaat in 2014 een Europese toezichthouder bepalen wat de solvabiliteitseisen zijn voor onze zorgverzekeraars. Dat gaat toch over de premie die de Nederlandse burger betaalt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Niet iedereen heeft hier dezelfde onderwerpen behandeld. Ook ik heb een keuze gemaakt. Mijn antwoord is duidelijk geweest. In Nederland bepaalt DNB de solvabiliteitseisen. Wat mij betreft gaat Europa daar niet over.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Naar aanleiding van de brieven die vandaag voorliggen breng ik enkele punten naar voren. Mijn eerste punt gaat over de rol van zorgverzekeraars. In de brief van 6 oktober geeft de minister aan dat de NZa het wenselijk acht dat zorgverzekeraars actiever invulling geven aan hun verantwoordelijkheid voor de zorgplicht. Mij was niet helemaal duidelijk wat daarmee werd bedoeld. Kan de minister aangeven welke signalen er zijn dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid niet actief invullen? Welke mogelijkheden heeft de minister om ervoor te zorgen dat verzekeraars de handvatten uit de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht daadwerkelijk uitvoeren? Een volgende punt is het doelgroepenbeleid. Wij zien de afgelopen tijd dat een aantal verzekeraars zich richt op specifieke groepen, zoals hoger opgeleiden en studenten. In antwoord op schriftelijke vragen schrijft de minister dat die verzekeringen niet in strijd zijn met het verbod op premiedifferentiatie, omdat er sprake is van een collectiviteitskorting. Formeel zal dat juist zijn, maar erkent de minister dat het de schijn heeft dat verzekeraars de collectiviteitskortingen steeds meer gaan gebruiken om onder het verbod op premiedifferentiatie uit te komen en een specifiek doelgroepenbeleid in te voeren? Is dat ook niet een vorm van ongewenste risicoselectie? Daarnaast heb ik de vraag waarop de minister de stelling

baseert dat de toegankelijkheid voor iedereen op dezelfde premiegrondslag is gewaarborgd, als wij op websites zien dat de verzekering er alleen is voor studenten en young professionals die nog studeren en in aanmerking komen voor studiefinanciering of net zijn afgestudeerd. Tot slot sluit ik mij aan bij de opmerkingen van collega Wiegman over Different. Afgelopen dinsdag was er een storm van kritiek. Het is ook niet mijn bedoeling om hierover nu een heel debat te ontketenen, integendeel, maar het is goed om prudent en zorgvuldig de feiten te onderzoeken voordat vergaande conclusies worden getrokken, temeer daar nu juist door die instelling uitdrukkelijk en beargumenteerd is betwist dat een genezingstherapie wordt aangeboden of dat er een therapie wordt aangeboden om gevoelens te onderdrukken. Ik mag er toch van uitgaan dat de financiering gewaarborgd is voor zorg die voluit overeenkomstig professionele standaarden wordt geleverd en dat binnen het stelsel ook ruimte is en blijft voor identiteitsgebonden, professionele zorg die aansluit bij de wensen van cliënten en waarin hulpverlening centraal staat?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De Kamer eiste vorig jaar meer controle op de invoering van de stelselwijziging zorg. Wij willen kunnen zien of er een gelijk speelveld voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontstaat en of de kwaliteit van de zorg verbetert zonder dat de kosten blijven stijgen. De Kamer vroeg per motie om elk jaar op tijd de inhoud van het risicovereveningssysteem te kunnen beoordelen. Wij willen de vinger aan de pols houden. De minister laat nu onderzoeken of dit kan, maar dat was wat mij betreft niet de afspraak. Het gaat er namelijk niet om of het mogelijk is, maar hoe we het mogelijk maken. Mag ik er van uitgaan dat wij dit nu gaan regelen, zodat wij hierover in juni kunnen debatteren?

De minister stelde de onafhankelijke commissie-Don samen om de werking van het risicovereveningssysteem te evalueren. Het is een belangrijk onderzoek met concrete onderzoeksvragen, maar ik mis een vraag naar de mogelijke toekomstscenario's. Ik vraag de minister dus of zij de commissie kan vragen om verschillende alternatieven voor het risicovereveningssysteem uit te werken.

Dan kom ik op de selectieve zorginkoop. D66 vindt dat een goede zaak, want het prikkelt de zorgaanbieders om goede zorg tegen een zo laag mogelijk tarief te regelen. Zorgverzekeraars pakken deze rol steeds meer op en moeten, zoals mevrouw Gerbrands ook al zei, dit jaar gaan laten zien dat ze dat goed doen. Neem bijvoorbeeld de inkoop van urologische behandelingen door Achmea. Deze zorgverzekeraar wil in 2012 13% van de zorg inkopen op basis van goede uitkomsten. Ik vraag echter of dit gaat lukken, want er moet nog zo veel gebeuren dit jaar dat de ontwikkeling van nieuwe prestatie-indicatoren flink onder druk kan komen te staan. Denk alleen al aan de overgang van dbc naar DOT. Hoe houdt de minister de vaart erin en zorgt zij ervoor dat in alle werkvelden snel kan worden gewerkt met prestatie-indicatoren? Wij zien immers dat dit bij apothekers nog niet goed lukt. Volgens hen is het speelveld ongelijk. Dat is ook al door anderen gezegd. Zij worden niet beloond voor prestaties, zoals het organiseren van begeleiding bij medicatie dicht bij huis. Ook wil ik graag een reactie van de minister op het punt van de late contractering. Ik sluit me aan bij de opmerkingen van de heer Mulder over artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het kabinetsbeleid ten aanzien van selectieve zorgcontractering is door dit artikel onvoldoende effectief. Ook ik wil hier graag snel duidelijkheid over. De minister heeft hierover een brief beloofd. Wanneer kunnen wij die verwachten? Ik krijg daar graag een eenduidig antwoord op.

Wat betreft mogelijke prijsafspraken tussen verzekeraars sluit ik mij aan bij eerdere sprekers. Dat geldt ook voor het doelgroepenbeleid.

D66 wil vooral kijken naar de kosten op lange termijn. Ik noem hierbij twee voorbeelden. Ten eerste zijn dat de maagzuurremmers. Die zitten

niet meer in het basispakket, maar in het kader van preventie blijft zorgverzekeraar Menzis ze wel vergoeden. Zo worden ernstige aandoeningen in de toekomst namelijk voorkomen. Ten tweede wordt de fysiotherapie voor een groot aantal reumapatiënten niet meer vergoed. Een groot deel van hen, zo'n 300 000 reumapatiënten, zal naar verwachting stoppen met fysiotherapie. Daardoor zullen zij meer medicijnen gaan gebruiken en minder kunnen werken. Op termijn ontstaan hierdoor dus hogere zorgkosten. Wat vindt de minister van deze voorbeelden en wil zij meewerken aan een onderzoek naar de financiële effecten op lange termijn?

Daarnaast hoor ik – ook dat is al eerder gezegd – dat zorgverzekeraars reumapatiënten weigeren toe te laten tot het aanvullend pakket. Ook daarover hoor ik graag een reactie van de minister. Ik sluit me overigens ook aan bij de vragen van mevrouw Smilde over zorgplicht en continuïteit van zorg door de zorgverzekeraars.

Vandaag zat er weer een e-mail in mijn mailbox over de dure geneesmiddelen. Ik hoor dat de laatste tijd vaak. Er is nog steeds een groot probleem met Remicade. Er is sprake van wanhopige patiënten die van ziekenhuis naar ziekenhuis worden gestuurd, omdat zij het middel niet krijgen, terwijl zij wel te horen krijgen dat zij er 100% recht op hebben. Als je het middel lang niet krijgt, ga je antistoffen opbouwen. Daarna ben je overgevoelig en werkt het niet meer. Het is dus heel belangrijk dat de continuïteit voor deze patiënten gewaarborgd wordt. Blijkbaar gaat dat nog steeds niet goed. Heeft de minister hier voldoende zicht op en wat doet zij hieraan? Tot slot kom ik nog even terug op Different, hoewel we het debat hier niet zouden voeren. Ik sluit mij aan bij de opmerkingen over de homotherapie. Natuurlijk is het belangrijk dat wij weten wat daar gedaan wordt bij deze therapieën, maar de informatie op de website van Different is heel duidelijk. Daar gaat het erom dat je de gevoelens van homoseksualiteit moet onderdrukken. Wat mij betreft is het dan niet zo ingewikkeld om daar onderzoek naar te doen. Ik denk dat heel snel helder is hoe het zit, maar ik wil van de minister weten of er andere therapieën bekend zijn die op een vergelijkbare manier onterecht in het basispakket worden vergoed, terwijl de reumapatiënten hun fysiotherapie niet krijgen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Ik heb een heel korte vraag, juist omdat wij nu toch zeggen dat feitelijk moet worden uitgezocht wat er aan de hand is. Kan mevrouw Dijkstra laten zien waar precies op de website staat dat gevoelens moeten worden onderdrukt? Ik ben het namelijk nergens tegengekomen. Ook als je de organisatie erop bevroegd, is het niet zo. Daarvan denk ik dus: laten we dat even uit de lucht halen en feitelijk bekijken wat er gebeurt en bekijken of het binnen de wet- en regelgeving past.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb de website hier niet voor me, maar ik wil het graag even opzoeken voor mevrouw Wiegman en dan zal ik het haar laten zien.

De **voorzitter**: Dat komt dan goed uit, want ik schors de vergadering voor twaalf minuten. Misschien kunt u dan samen naar de website kijken.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Omdat dit eigenlijk een verzamel-AO is, met vragen die alle kanten opgaan, heb ik geen inleiding. Ik wil wel het volgende zeggen: ja, ik ben ontzettend trots op ons systeem. Ik ben vorige week naar de Verenigde Staten geweest – dat was om andere zaken te bestuderen – en het verzekeringssysteem in de Verenigde Staten is werkelijk zo'n ramp, op alle fronten, dat we inderdaad blij mogen zijn met het systeem in Nederland met de Zorgverzekeringswet.

De heer Mulder is ook heel blij met het systeem en vindt dat we ervoor moeten zorgen dat we het niet ondermijnen door via een achterdeur

risicoselectie binnen te halen. De verschillende aanbieders die de sprekers hebben opgesomd, geven kortingen op basis van een populatie die aan voorwaarden moet voldoen. Dat hebben we echter wel in de Zorgverzekeringswet vastgelegd. Men mag werken met collectiviteiten waarin een groep altijd aan voorwaarden voldoet. Als ABN AMRO bijvoorbeeld een collectiviteit afsluit voor zijn werknemers, gaat dat ook om hoog opgeleiden; laten we wel wezen. Dat is niet altijd zo. Bij sommige collectiviteiten kan iedereen zich aansluiten. Het is echter wel vaak een achterliggende gedachte dat er bepaalde overeenkomstige kenmerken zijn. Daardoor kan men ook bepaalde zorg inkopen. Dat daar een korting voor gegeven mag worden, is dus niet raar. Sterker nog, dat hebben we expliciet zo in de Zorgverzekeringswet geregeld. De vraag die je dan moet stellen, is: zijn er groepen te definiëren waarmee de zorgverzekeraar, als hij zich daarop richt, een voordeel kan behalen? Doen zorgverzekeraars dat ook? Identificeren zij de groepen? Hoe gaan zij daar verder mee om? Daar hebben wij uitgebreid over gesproken met de Kamer. Vervolgens is op verzoek van de Kamer in overleg met mij besloten tot een onderzoek, dat wordt uitgevoerd door de commissie onder leiding van Henk Don. Die commissie gaat bekijken of er groepen te identificeren zijn en of het lonend is om met die groepen iets te doen als je die hebt geïdentificeerd, wat natuurlijk ook kosten met zich brengt. Doen zorgverzekeraars dat ook daadwerkelijk? Dat is de cruciale vraag en daar hebben wij een commissie op gezet, die dat voor ons nader zal onderzoeken. Tegelijkertijd zal de NZA dat ook meenemen in haar marktscan. Het onderzoek dat in dezen echter bijzonder interessant is, is het onderzoek van de commissie-Don.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er wordt bekeken of het mogelijk is om een goede collectiviteit te selecteren. Ik heb al een paar keer gevraagd of ook naar die collectiviteiten gekeken kan worden die op zich waarschijnlijk niet aantrekkelijk zijn. Dat zou je moeten kunnen zien doordat die collectiviteiten minder gesloten worden. De gemeentelijke sociale dienst is daar een voorbeeld van. Wordt ook bekeken waarom men bepaalde collectiviteiten niet meer sluit?

Minister **Schippers**: Ik ga hierop nog in bij de beantwoording van de vraag van de heer Van der Veen over de sociale diensten. Die sluiten echter niet minder contracten. Ook is het niet zo dat sociale diensten extra eisen zijn gaan stellen in de loop der jaren of dat er andere veranderingen zijn. Het beeld van de sociale diensten is dus rustig. Er zijn echter wel signalen. In een van de eerdere debatten is de heer Van der Veen ook degene geweest die deze signalen heeft doorgegeven: dit hoor ik; is dat waar? In dat debat hebben we toen ook besloten tot deze commissie. Mij lijkt het dus handig om de commissie eerst haar werk te laten doen en te bekijken of de commissie daadwerkelijk komt met signalen die zorgen baren en wat we daaraan zouden moeten doen. Tegen mevrouw Dijkstra zeg ik dat ik eventuele alternatieve scenario's graag op basis van het eerste onderzoek zou willen hebben. Wij hebben de commissie nu aan de gang gezet. Laten wij de commissie haar werk laten doen. Als zij met resultaten komt die wij niet willen, kunnen wij bekijken of er scenario's nodig zijn of dat wij het gat zo al kunnen dichten. Eigenlijk gaat het natuurlijk om de vraag of ons ex-antericovereeningssysteem nog voldoet, en dat wordt grondig onderzocht. Ik kan tegen de heer Mulder dus zeggen dat een full swing onderzoek naar dit belangrijke onderwerp eigenlijk al gaande is. Het blijft namelijk de backbone van ons systeem.

De heer **Mulder** (VVD): Ik wil het graag iets specifieker horen. Het kan zijn dat hetgeen met de collectieven gebeurt, binnen de wet is. Dat kan. Dan is de vraag vervolgens of dat gewenst is. Is die wet wel goed? Gaat de commissie-Don daar ook een antwoord op geven? Je kunt ontzettend veel

onderzoek doen naar de ex-anteverevening, maar je weet één ding zeker: die is nooit 100% perfect. Dat kan niet, omdat het perfecte systeem premiedifferentiatie zou zijn. Omdat we dat niet willen in Nederland hebben we de ex-anteverevening. We weten echter dat die nooit 100% perfect kan zijn. En als we dat weten, is het dan niet zaak om heel scherp op dit soort collectiviteiten te letten en die goed te onderzoeken?

Minister **Schippers**: Als we één ding doen op dit terrein, dan is het wel bijzonder goed onderzoeken. Jaarlijks wordt bekeken of het ex-ante-systeem verbeterd kan worden en het is nooit 100%. Maar het draait natuurlijk om de vraag of je risicoselectie krijgt omdat het geen 100% is. Die vraag is cruciaal. Bij de wetgeving rondom de Zorgverzekeringswet zijn collectiviteiten natuurlijk niet voor niets toegestaan. Die zijn toegestaan omdat een consument met een collectiviteit zo veel power heeft dat hij verzekeraars daadwerkelijk kan dwingen om bepaalde selectieve inkoop te doen. Als je een stratenmakersbedrijf hebt en heel veel werknemers met rugklachten hebt, dan kun je bij de zorgverzekeraar een dusdanig contract afsluiten dat met name de rugklachten in een vrij soepel en snel lopende procedure verholpen kunnen worden. Je kunt als patiëntenvereniging een collectief contract afsluiten waarin je niet alleen in de Zorgverzekeringswet je premiekorting haalt, maar ook in je aanvullende verzekering dingen regelt die voor jouw patiëntengroep heel belangrijk zijn. Dat is het argument waarom collectiviteiten zijn toegestaan. Als er echter een collectiviteit blijkt te zijn waarvan de commissie-Don zegt dat je er evident altijd voordeel bij haalt, dan hebben we een probleem. Dat is ook de reden waarom we dit heel regelmatig laten onderzoeken. Dit jaar laten we dat extra grondig onderzoeken door een aparte commissie.

De heer **Mulder** (VVD): Alle voorbeelden die ik heb genoemd, worden dus onderzocht.

Minister **Schippers**: Onderzocht wordt of het loont om bepaalde groepen te selecteren. Toen de ZEKUR-polis ontstond, die zich exact op de groepen richt waar de heer Mulder het over heeft, is onderzocht of de verzekeraar er voordeel bij had om zich op de groepen van jonge, gezonde mensen te richten. Uit dat onderzoek is gebleken dat de verzekeraar daar geen voordeel bij had. Dat onderzoek moet je periodiek herhalen – dat ben ik met iedereen eens – maar we gaan nu het risicovereveningssysteem extra onder de loep nemen, om te bekijken of men op basis daarvan voordeel kan behalen. De overheid zit daar echter bovenop.

Mevrouw **Leijten** (SP): De relevante vraag is natuurlijk of onderzoek wordt gedaan naar Promovendum, dat mensen met een mbo-opleiding geen korting geeft maar wel aanneemt, en mensen met een lagere opleiding gewoon niet aanneemt, en naar Besured, dat als grens het geboortjaar 1981 hanteert. We krijgen geen antwoord op de vraag of daar echt onderzoek naar wordt gedaan. En wat vindt de minister hier nu eigenlijk van? Was dit de bedoeling?

Minister **Schippers**: Wij hebben in onze wet collectiviteiten toegestaan, zodat die een bundeling van krachten richting de zorgverzekeraar kunnen hebben. Als namelijk één consument verontwaardigd tegen een grote zorgverzekeraar zegt dat hij opstapt, dan denk ik niet dat die zorgverzekeraar daar wakker van ligt. Bij grote collectiviteiten is dat wel het geval. Ik vind het reden voor zorg als een bepaalde selectie, bijvoorbeeld op leeftijd of op opleiding, een voordeel zou betekenen voor de verzekeraar dat je vooraf kunt berekenen. Dan hebben wij een groot probleem. De commissie-Don bestudeert nu of je dat ook daadwerkelijk van tevoren kunt zeggen. Met andere woorden: boek je winst als je deze populatie



hebt, omdat in het ex-antisicovereveningssysteem nu eenmaal extra wordt betaald voor oudere mensen, mensen met een bepaalde aandoening of mensen die bepaalde medicijnen slikken? Daardoor moet het rechtgetrokken worden. Als dat systeem niet werkt, moet je daar aanpassingen aan doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het irriteert me dat we geen antwoord krijgen. Ik ken deze minister als iemand die gewoon antwoord geeft, maar we krijgen nu geen antwoord. Wat vindt zij ervan dat mensen op leeftijd geen verzekering bij Besured konden krijgen? ZEKUR richtte zich op een bepaalde populatie, maar je kon je er wel inschrijven als je ouder was of niet studeerde. Bij Promovendum kom je er niet in met een lage opleiding. En van mensen die laag opgeleid zijn weten we dat zij vaak hogere zorgkosten hebben, net als mensen die ouder zijn. Deze zorgverzekeraars doen dit niet voor niets. Wat vindt de minister hiervan? Wordt nu specifiek naar deze verzekeraars en deze labels onderzoek gedaan?

De **voorzitter**: Even voor alle duidelijkheid: ik leid deze vergadering. U zegt dat u geen antwoord van de minister krijgt. Dat is feitelijk onjuist. De minister geeft antwoord, maar het is een antwoord dat u niet bevalt. Dat is uiteraard uw goed recht, maar er is antwoord gegeven. Dat heb ik genoteerd.

Minister **Schippers**: Een collectiviteit kan eisen stellen, bijvoorbeeld aan leeftijd of opleidingsniveau. Ik kan bijvoorbeeld niet in het collectieve contract van ABN AMRO. Dat kan niet, want ik voldoe niet aan de eisen van ABN AMRO: ik werk er niet. Zo mag dat volgens de wet. Mevrouw Leijten zegt: iemand die jonger of hoog opgeleid is, maakt minder kosten en daar heeft de zorgverzekeraar dus voordeel van. Een verzekeraar krijgt echter voor iemand die hogere kosten maakt in het ex-antisicovereveningssysteem ook een hogere vergoeding. Die moet dit compenseren. Als we dat niet zouden doen, zouden we natuurlijk één grote risicoselectie krijgen. Dan wil niemand oudere en zieke mensen accepteren. En dat is juist wat we in een goed risicovereveningssysteem moeten voorkomen. Daarom is het zo cruciaal dat dit systeem deugt en we dat laten onderzoeken. Naar de ZEKUR-polis, die de eerste was die afweek van wat er toen was en zich op specifieke doelgroepen richtte, is allerlei onderzoek gedaan. Er is bijvoorbeeld onderzocht of je tussentijds je verzekering kon opzeggen. Gebeurt dat veel? Nauwelijks. Er is dus onderzoek naar gedaan. De NZa neemt dit ook en marge van haar marktscan mee. In dit geval is echter het onderzoek van de commissie-Don cruciaal.

Mevrouw **Leijten** (SP): En de vraag die ik stelde en die de VVD-fractie twee keer stelde, is: wordt van deze twee labels onderzocht of zij doen aan risicoselectie? Ja of nee?

Minister **Schippers**: Ik heb de NZa gevraagd om aan deze ontwikkeling expliciet aandacht te besteden en ik heb de commissie-Don gevraagd om naar de backbone van dit systeem te kijken. Het heeft met elkaar te maken; mevrouw Leijten doet alsof het losse dingen zijn. Dit zijn dingen die in elkaars verlengde liggen.

De heer **Mulder** (VVD): Promovendum beweert zelf dat het aan risicoselectie doet. Promovendum beweert namelijk het laagste tarief te kunnen berekenen door een beter claimgedrag van hoog opgeleiden. Promovendum zegt dus: wij doen aan risicoselectie en daarom krijgt u een lagere premie. Als collectiviteit dat beweert, zou ik het zéker onderzoeken.

Minister **Schippers**: Dat gebeurt. De commissie-Don onderzoekt of de populatie van Promovendum daadwerkelijk een populatie is waar een verzekeraar voordeel bij kan hebben. Dan heeft een verzekeraar misschien een praatje om mensen ernaartoe te krijgen, maar dan is het niet zo. Er wordt juist onderzocht of er groepen te identificeren zijn die winst opleveren als een verzekeraar zich daarop richt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik doe nog één poging. Het ligt in elkaars verlengde, zoals de minister zegt. Het is totaal niet de bedoeling om te zeggen dat het onderzoek van de commissie-Don niet nodig is. Wat wij echter vragen – ik begrijp de VVD-fractie volgens mij heel goed – is: bekijk wat Besured en Promovendum doen, waarom zij dat doen en of dat risicoselectie is. Ik bedoel niet dat op macroniveau bekeken moet worden of er groepen te identificeren zijn. Er moet bekeken worden wat deze labels exact doen. Dat moet onderzocht worden.

Minister **Schippers**: Het gebeurt beide. De NZa neemt de doelgroepen waarop deze verzekeraars zich richten in haar marktscan mee. Ik heb de NZa expliciet gevraagd om daar aandacht aan te besteden en dat heeft zij toegezegd. De commissie-Don doet onderzoek naar de vraag of het loont om die groepen te identificeren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb nog een korte vraag over Promovendum. De minister is het toch met mij eens dat je een collectiviteit niet mag samenstellen op basis van leeftijd?

Minister **Schippers**: Als dat niet uitmaakt in het risicogedrag, dan maakt het me niets uit waar men op selecteert.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Maar is de minister echt van mening dat je een collectiviteit zo mag samenstellen dat je er pas in kunt als je na 1981 bent geboren?

Minister **Schippers**: De ANBO heeft een collectiviteit voor ouderen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de Zorgverzekeringswet is overeengekomen dat we in principe allemaal toegang moeten hebben tot een collectiviteit ...

Minister **Schippers**: Nee.

De heer **Van der Veen** (PvdA): ... en dat je aan bepaalde criteria moet voldoen of bij een bepaalde werkgever moet werken. Ik heb echter nooit begrepen dat je op basis van expliciete leeftijdsgrenzen ook collectiviteiten zou kunnen maken.

Minister **Schippers**: De heer Van der Veen is een oud-zorgverzekeraar; hij kent de wet. Collectiviteiten mag je samenstellen op basis van een bepaalde ziekte, werkgever of sportvereniging. Het mag allemaal volgens de wet, omdat de werkgever ervan uitgaat dat een oudere collectiviteit net zo lonend kan zijn als een jongere collectiviteit. Zodra dat niet het geval is, hebben we een probleem en zouden we hiernaar moeten kijken. Dat is ook de reden waarom wij onderzoek laten doen door de NZa, die kijkt naar de labels, en door de commissie-Don.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat betekent dus dat wat Promovendum doet – als je na 1981 bent geboren, schiet het scherm op zwart en kun je je niet verzekeren – terecht is.

Minister **Schippers**: Ik zeg niet dat het terecht is. Ik weet ook helemaal niet of het relevant is. Dat moet de commissie-Don uitwijzen. Als de commissie-Don zegt dat je met mensen die na 1981 zijn geboren veel meer winst kunt maken dan met mensen die voor 1981 zijn geboren, hebben we een groot probleem, want dan moeten we echt iets aan het systeem gaan doen. Hoe hoger de kosten, hoe meer je via het ex-antesysteem binnenkrijgt. Zo hebben we het geregeld. Dat is nu juist gedaan om ervoor te zorgen dat verzekeraars zich niet op speciale doelgroepen gaan richten.

Ik ga nu in op de verzekeringssite van Independer. Die is voor 77% overgenomen door Achmea. De heer Mulder vroeg hoe het zit met de AFM. Die doet op basis van richtlijnen onderzoek naar vergelijkingssites. Dat klopt. In december 2011 heeft de AFM een nadere toelichting gegeven op de regels waaraan de vergelijkingssites zich dienen te houden. Het onderzoek van de AFM gebeurt op basis van die regels.

Het volgende punt is de price signaling. De uitspraken van de NMa waaraan sommige sprekers hebben gerefereerd – verzekeraars zouden in het geniep prijsafspraken maken – zijn mij niet bekend. Als de NMa daar reuk van zou hebben, zou zij dat onderzoeken. In mijn ogen is de NMa voldoende geëquipeerd om haar taken en verantwoordelijkheden waar te maken. Als er voorbeelden zijn van manieren waarop wij de NMa zouden kunnen uitbreiden en verstevigen, dan zou ik dat alleen maar toejuichen, want ik vind dat een toezichthouder ook echt moet kunnen bijten als hij iets ziet. Het is mij niet bekend dat de Duitse kartelautoriteit meer instrumenten zou hebben, maar ik zeg toe dat ik zal nagaan of de Duitse autoriteit instrumenten heeft die de NMa ook zou kunnen gebruiken maar niet heeft.

Ik weet niet precies uit mijn hoofd hoeveel tijd er tussen verzekeraars zit en of dat een beetje gebundeld is. Er zitten er drie op één dag, maar zitten anderen daarvoor en daarna? Ik zal een overzicht maken van de manier waarop dat in de praktijk gaat in Nederland. Dat kunnen we over de afgelopen jaren goed bekijken. Zit het nu meer of minder op elkaar dan vroeger? Misschien weten mijn medewerkers dat uit hun hoofd, maar ik niet. Ik zal hen vragen om daar feitelijk onderzoek naar te doen. Dat zal ik aan de Kamer toesturen. Op basis daarvan moeten we bekijken of er iets nodig is in Nederland.

Ik ga nu in op artikel 13. Waar blijft de brief? Twee maanden geleden is aan ons voorgesteld om dat artikel af te schaffen. Er zit ook een kerstreces van drie weken tussen. Wij doen ons best om zo snel mogelijk met een brief te komen. Het hangt er een beetje van af of we besluiten tot een wetswijziging – dan moet het via het kabinet – of dit artikel op een andere manier uitschakelen. Ik wil ook bekijken hoe dit zich verhoudt tot de Europese regels. Daar wil ik een onderzoek naar doen, maar ik zal zo snel mogelijk naar de Kamer komen met de conclusies die we hebben getrokken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wat verstaat de minister onder «zo snel mogelijk»? Wat zijn de mogelijkheden?

Minister **Schippers**: Als het een wet wordt, zal ik het de Kamer laten weten. Dan duurt het langer.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister heeft toegezegd om met een brief te komen. Wanneer kunnen we die verwachten? Ik neem aan dat er eerst een brief komt, waarin de minister uiteenzet of het een wetswijziging moet worden.

Minister **Schippers**: Ja, die kan heel snel komen. Die kan binnen een paar weken komen. Ik wil eerst even het EU-onderzoek afronden. De brief komt binnen een maand.

De **voorzitter**: Ik geloof dat u daarmee wegkomt.

Minister **Schippers**: Nu ja, zo lang doe ik er toch niet over. Het is een ingrijpend voorstel, dus ik wil dit grondig bestuderen. Mevrouw Wiegman heeft gevraagd naar de website. De AFM onderzoekt dus op basis van haar regels in hoeverre die site onafhankelijk is. Ook heeft mevrouw Wiegman gevraagd naar de koepels die ik zou moeten stimuleren voor de vreemdelingen. Zij stelt dat veel artsen niet op de hoogte zijn van bijdrageregelingen et cetera. Het CVZ doet al veel aan informatievoorziening, bijvoorbeeld via de website. Artsen worden geïnformeerd en er wordt al regelmatig met koepels overlegd. Ten aanzien van de zorg die niet in het pakket zit, ben ik niet voornemens om daarvan af te wijken. Nederlanders krijgen zorg die in het pakket zit en ik ben niet van plan om mensen die niet bijdragen aan de financiering daarvan een groter pakket te geven dan mensen die er wel aan bijdragen. Dat betekent dat er bijbetalingen gelden. In de praktijk blijkt overigens dat de zorg die nodig is, wordt verleend. Er zijn mij althans geen signalen bekend dat het anders is. Voor zover zorg valt onder de vergoedingsregeling van IZA voert het CVZ overleg met koepels over de vraag hoe de bekendheid verbeterd kan worden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb nog een korte vraag over de websites. Het is goed dat daarnaar wordt gekeken, maar ik heb die sites vooral genoemd vanuit het consumentenbelang. De vraag is niet alleen of ze onafhankelijk zijn, maar ook of de informatie vergelijkbaar is. Is die informatie gewoon toegankelijk voor een doorsnee Nederlander die zaken wil vergelijken? Dat vind ik een heel belangrijk onderdeel van die transparantie.

Minister **Schippers**: Dat vind ik ook. Wat betreft de prijs voor het basispakket is de informatie heel toegankelijk. Het basispakket is namelijk overal hetzelfde. Qua kwaliteit van zorg is het nog helemaal niet wat het moet zijn. Ik vind dat je vooraf veel meer informatie over selectieve contractering zou moeten hebben. Wij proberen daarin een enorme inhaalslag te maken door de contractering veel vroeger te laten plaatshebben. Tot afgelopen jaar werden er in november nog over het afgelopen jaar contracten afgesloten. In het hoofdlijnenakkoord hebben we gezet dat de contracten in het eerste kwartaal moeten worden afgesloten. Ik hoop dus dat de informatie over kwaliteit beter wordt, maar ten aanzien van prijzen kun je op de sites al goed vergelijken. Ten aanzien van aanvullende pakketten wordt het complexer, omdat de pakketten allemaal wisselen, maar dat is inherent aan de particuliere markt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb nog een opmerking over de bijdrageregeling. Ik kan me voorstellen dat de minister niet direct informatie heeft over schrijnende situaties, maar ik denk dat dit komt doordat er op dit moment heel veel andere mensen zijn die zich die schrijnende situaties aantrekken. Neem bijvoorbeeld de kerken die zich over deze mensen ontfermen. Die proberen uit allerlei kleine potjes geld bij elkaar te leggen, maar het gaat in de zorg om grote bedragen. Dat kan een knelpunt zijn. Ik vraag de minister ook niet om op deze mensen andere regels toe te passen dan op mensen die gewoon verzekerd zijn. Ik vraag haar alleen om eens naar oplossingen te kijken voor knelpunten. Bij psychische hulp is bijvoorbeeld de regel ...

De **voorzitter**: Wilt u uw vragen wat korter stellen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ja. Voor psychische hulp heb je een vaste verblijfplaats nodig. Die hebben die

mensen simpelweg niet en dat is het probleem. Voor dat soort concrete zaken zou ik graag een oplossing willen zien.

Minister **Schippers**: Wij praten hier nu niet out of the blue over, want we hebben op 8 december de evaluatie naar de Kamer gestuurd; mevrouw Smilde vroeg daar zojuist ook naar. Er is dus geëvalueerd. Over het declaratieverkeer van apothekers en over eigen betalingen door de vreemdelingen zelf wordt regelmatig ambtelijk overleg gevoerd. Ook heeft CVZ in het laatste ambtelijk overleg toegezegd te zullen bezien hoe het declaratieverkeer en alles daaromheen verbeterd kan worden. Ik blijf echter moeite houden met het vergoeden van dingen die niet in het pakket zitten of het weghalen van eigen betaling voor vreemdelingen. Dat vind ik echt moeilijk. We hebben al een heel lage eigen betaling. Als we dit nog doen, bieden we eigenlijk een breder en rianter pakket aan mensen die hier niet horen te zijn maar gewoon terug naar huis zouden moeten gaan, dan aan mensen die hier wonen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter, ...

De **voorzitter**: Mevrouw Wiegman, het gaat echt te lang duren op deze manier.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dit is wel een van mijn belangrijkste punten.

De **voorzitter**: Ga uw gang.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het lijkt nu een beetje alsof de mens in het systeem vermalen moet worden. Ik zeg niet dat het systeem helemaal op de kop moet, maar alstublieft, minister, heb oog voor die mens. Het gaat er niet om dat die persoon een riantere positie moet krijgen ten opzichte van een doorsnee Nederlander; het gaat erom dat de personen over wie ik het heb in een buitengewoon niet-riante positie zitten, en soms in heel schrijnende situaties, waarin zorg nodig is en geen geld voorhanden is.

Minister **Schippers**: Dat geldt soms ook voor Nederlanders die hier legaal verblijven. Zij moeten ook hun eigen betaling betalen. Die situatie is dus niet anders. We hebben net een evaluatie gedaan van de praktijk en daaruit zijn geen grote knelpunten naar boven gekomen. Mevrouw Wiegman zegt eigenlijk: u hebt mij vorige maand een evaluatie gegeven; wilt u weer een evaluatie doen, want ik heb signalen dat het niet goed gaat. Ik kan me best voorstellen dat er moeilijkheden ontstaan in een individueel geval, net als er in de Nederlandse situatie in een individueel geval wel eens moeilijkheden ontstaan. Er is echter geen aanleiding om structurele maatregelen te nemen op basis van de laatste evaluatie die we hebben gedaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb over die evaluatie een vraag gesteld. Ons valt namelijk op dat het wel heel erg een evaluatie is op basis van de papieren werkelijkheid. Ik heb de minister gevraagd of zij bereid is om veldonderzoek te laten doen door met huisartsen en ziekenhuizen in gesprek te gaan, maar bijvoorbeeld ook met klinieken voor geestelijke gezondheidszorg en wellicht met kerkelijke organisaties. Waar lopen zij tegenaan en wat zijn knelpunten? Wij horen namelijk wel dat het voor artsen niet aantrekkelijk is om zorg te verlenen, terwijl dat medisch wel noodzakelijk is. Is de minister bereid om zo'n onderzoek te laten doen?

Minister **Schippers**: Voor deze evaluatie is met een waslijst aan instanties gesproken, ook instanties die in het veld werken. Het is dus niet zo dat iemand in een ivoren toren heeft bedacht hoe het zit. Ik kan die instanties wel opnoemen, want ik heb ze hier allemaal staan: huisartsenpraktijk A, huisartsenpraktijk B, ... Ik weet niet of ik ze allemaal moet opnoemen.

De **voorzitter**: Nee.

Minister **Schippers**: Ik noem nog Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg, de GGD in Utrecht, Groningen...

De **voorzitter**: Minister, wij geloven het wel.

Minister **Schippers**: Het zijn dus gewoon apotheken, huisartsen en anderen die het werk doen. Er is niet alleen gesproken met koepels. Hulpinstanties hebben aangegeven dat wij ook internationaal gezien een uiterst nette regeling hebben. We hebben net een evaluatie gedaan, die volgens mij grondig was, onder de partijen die zorg leveren. Ik weet niet wat mevrouw Wiegman nog meer verlangt.

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

Minister **Schippers**: De volgende vraag van mevrouw Wiegman ging over de vrije prijzen voor apothekers. Daarmee is men heel recentelijk van start gegaan, dik twee weken geleden. Ik vind het dus veel te vroeg om al zicht te hebben op de daadwerkelijke effecten ervan. De informatie uit het veld laat nu een wisselend beeld zien. Dat is ook niet gek als je twee weken bezig bent. Ik heb nog geen signalen of klachten van patiënten ontvangen over de vrije tarieven. Ik heb wel begrepen dat de invoering niet of nauwelijks tot vragen heeft geleid van patiënten aan de NPCF. De informatie die wij na twee weken hebben, laat zien dat vooral de contractering van de eerste drie prestaties, te weten terhandstelling, instructie bij benodigd hulpmiddel en medicatiebeoordeling, van de grond komt, zowel bij de ketens als bij de individuele apothekers. Een grote verzekeraar heeft al meer dan 90% van de apothekers, zowel ketens als zelfstandigen, en apotheekhoudende huisartsen voor twee jaar gecontracteerd. Een andere zorgverzekeraar heeft al met 70% van de apotheekhoudenden een contract. Dat is in voorgaande jaren echt anders geweest; toen was het veel later. In het verleden kwamen de contracten pas in de loop van het jaar tot stand. Dit vind ik dus positieve berichten. Over de hoogte van de tarieven die zijn uitonderhandeld kan ik nog niets zeggen. In de marktscan van de NZa die hierop gericht is, zal daar nader op worden ingegaan. Ik heb er dus vertrouwen in dat dit goed loopt en ik heb nog geen echte signalen ontvangen dat dit niet zo zou zijn. Het is ook nog wel heel vroeg in het jaar om hierover, of over het bereiken van de doelstellingen, iets zinnigs te vertellen.

Ik ga mijn best doen om de volgende vraag van mevrouw Wiegman te beantwoorden. Als zij daar niet tevreden mee is, wil ik de vraag schriftelijk verder beantwoorden, want het is een ingewikkeld verhaal. Ik kan in ieder geval zeggen dat dure geneesmiddelen onder de voorwaardelijke toelating, die sinds 1 januari 2012 mogelijk is in de Zorgverzekeringswet, via een add-on worden vergoed. Aan voorwaardelijke toelating is onder meer onderzoek verbonden naar de kosteneffectiviteit en vaak naar de therapeutische meerwaarde. Bij de besluitvorming wordt ook nagegaan of er alternatieve therapieën mogelijk zijn. Na afloop van de voorwaardelijke toelating adviseert het CVZ aan de minister van VWS. Ik kan mij voorstellen dat mevrouw Wiegman haar verdere vragen nog beantwoord wil zien. Dan zal ik dat schriftelijk doen.

## Voorzitter: Smilde

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Alle begrip daarvoor. Ik zie daar wel graag enige snelheid in. Ik zou dan willen weten om welke medicijnen en welke patiënten het gaat. Het zijn ernstige ziektes en dit moet niet teveel tijd vergen. Dus niet: ach, we zien we over een poosje wel hoe het daarmee gaat.

Minister **Schippers**: Als mevrouw Wiegman mij de vragen schriftelijk stelt, zullen wij daarop echt zo snel mogelijk antwoorden. Dan gebeurt dat preciezer dan als ik het nu uit de losse pols zou moeten bedenken. Mij is ook gevraagd naar homotherapie of vermeende homotherapie. Gisteren hebben we daar in de Kamer kort over gesproken. De essentie is dat de inspectie deze week al naar deze organisatie toe gaat, om precies te bekijken wat daar gebeurt. Dat wacht ik af. Zijn er in de Zorgverzekeringswet in het algemeen andere therapieën die eventueel onder een andere dbc gedeclareerd kunnen worden? Daar moeten de zorgverzekeraars eigenlijk op controleren. Zij moeten bekijken of er geleverd wordt wat men heeft afgesproken. Gebeurt het? Ik ben er bijna zeker van, maar ik kan er de vinger niet op leggen. Ik kan niet aanwijzen waar, maar we hebben de zorgverzekeraars, die dit daadwerkelijk moeten controleren en die moeten ingrijpen als ergens zorg wordt geleverd die niet conform is met wat wij zouden vergoeden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Door de zorgverzekeraars wordt dan natuurlijk gezegd dat er problemen rijzen met de privacy. Speelt dat hierbij een rol of vindt de minister ook dat dit niet interfereert?

Minister **Schippers**: Privacy is natuurlijk een aandachtspunt, maar je kunt als zorgverzekeraar wel dingen nagaan. Een zorgverzekeraar contracteert een instelling en kan dus nagaan wat er in die instelling gebeurt, of dat in ieder geval proberen. Dat een zorgverzekeraar het niet helemaal precies weet, daar kan ik inkomen, want men kan niet de spreekkamer in, maar de zorgverzekeraar kan zich er natuurlijk wel van vergewissen of zijn patiënten naar een deugdelijke organisatie gaan. Mevrouw Dijkstra heeft het over reïncarnatietherapieën. Misschien worden die ergens gegeven en op een andere manier gedeclareerd, maar ik neem aan dat een zorgverzekeraar in zo'n organisatie wel uitzoekt wat er gebeurt, zonder precies de patiënten met naam en toenaam te hoeven kennen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het probleem is dat de zorgverzekeraars aangeven dat zij hier niets mee kunnen doen. De homotherapie die nu in het nieuws is gekomen, is gedeclareerd als de behandeling van een jeugdtrauma. Dat is voor een zorgverzekeraar natuurlijk bijzonder moeilijk om uit te zoeken.

Minister **Schippers**: Ja, maar de inspectie zoekt dat nu uit. Ik kan me voorstellen dat een zorgverzekeraar, als hij ernstige vermoedens heeft dat er iets gebeurt in het kader van allerlei therapieën die niet in de Zorgverzekeringswet zijn opgenomen en niet evidencebased zijn, aan de inspectie kan vragen om bij die instelling te gaan kijken. In het algemeen denk ik dus dat we niet onze handen in de lucht hoeven te gooien en hoeven te zeggen: we mogen de spreekkamer niet in dus we weten het niet! Mevrouw Smilde vroeg naar de verdragsgerechtigden. Een en ander is afgesloten met de laatste uitspraak, maar mevrouw Smilde vraagt of er klachten zijn over de uitvoering en of ik iets over de evaluatie kan zeggen. De uitvoering van de buitenlandtaak van het CVZ loopt nog niet optimaal. Daarom is besloten dat deze taak door VWS en het CVZ gezamenlijk wordt geëvalueerd. Daarbij wordt zowel de feitelijke uitvoering als de wet- en regelgeving bekeken. Doel van de evaluatie is het doorvoeren van

structurele verbeteringen waardoor de burger beter wordt bediend. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan het evaluatierapport. Ik zal het rapport, dat ik begin maart verwacht, aan de Kamer toezenden. Ik zal daarin ook ingaan op de inkomensafhankelijke bijdrage en de verdragsbijdrage. Daarbij speelt ook de vraag: wie int wat, Belastingdienst of CVZ? Soms vraag je je wel eens heel simpel af waarom ze iets niet verrekenen, maar dan zit het bij twee organisaties. We zullen dit dus verder nagaan. Het evaluatierapport waar mevrouw Smilde om vroeg, is op 8 december aan de Kamer gestuurd, samen met mijn reactie.

Ten aanzien van de eigen betalingen heb ik al gezegd dat het CVZ geen grote problemen herkent bij de eigen betalingen voor medicijnen door illegalen. Eigen betalingen voor medicijnen worden door apothekers rechtstreeks aan het CVZ overgemaakt. Clearing House Apothekers, het betaalkantoor van de apothekers, kan nog niet rechtstreeks betalen aan het CVZ. Dat is onhandig, maar het is geen wezenlijk probleem. In het rapport over de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet in 2010 geeft de NZa aan dat zij vindt dat zorgverzekeraars hun zorgplicht actiever moeten invullen. Verschillende leden hebben daarnaar gevraagd. De NZa bedoelt daarmee het actiever oppakken van de zorgplicht. Zorgverzekeraars moeten onder andere beter bepalen wat zij voldoende gecontracteerde zorg vinden voor de verzekerdenpopulatie. Zij moeten proactief naar alternatieven zoeken als het bestaande zorgaanbod niet toereikend is. Zorgverzekeraars zouden ook helder voor ogen moeten hebben wat zij onder goede, tijdige en bereikbare zorg verstaan en een actieve rol moeten spelen bij de ontwikkeling van transparante kwaliteitsinformatie. In 2011 heeft de NZa de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht gepubliceerd. Die is bedoeld om meer duidelijkheid te krijgen en te verschaffen over de rol die de zorgverzekeraars zouden moeten spelen. Die duidelijkheid schept de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om de zorgplicht beter en actiever na te leven. De NZa concludeert overigens in haar rapport over een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet dat zij geen indicaties heeft dat de zorgverzekeraars zich niet aan hun zorgplicht hebben gehouden.

Patiëntenverenigingen zouden relatief weinig collectiviteiten afsluiten. In 2011 was 66% van de Nederlandse bevolking via een collectief verzekerd, in de meeste gevallen via een werkgeverscollectief en in minder dan 0,1% via een collectiviteit van een patiëntenvereniging. In 2010 waren er 64 collectiviteiten van patiëntenverenigingen met in totaal 29 000 verzekerden. Mij is niet bekend waarom zo weinig mensen verzekerd zijn via een patiëntencollectiviteit. Er is heel veel concurrentie met andere collectiviteiten. Mensen zijn lid van verschillende clubs en kunnen door de verschillende groepen waartoe zij behoren kiezen waar zij het meeste uithalen. Daarnaast blijkt uit het NIVEL-onderzoek uit 2009 naar de rol van collectiviteiten in het stelsel dat patiëntenverenigingen weinig energie steken in de totstandkoming van een collectieve zorgverzekering. Misschien is het een kip-en-eiverhaal. Misschien hebben ze het een keer geprobeerd maar kregen ze weinig reacties, en andersom.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Terwijl de collectiviteiten toch interessant zijn voor patiëntenverenigingen. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet was in ieder geval het idee dat je met patiëntencollectiviteiten heel snel zou verdienen als je een heel goede zorginkoop zou plegen. Dan zou je namelijk met één specifieke groep te maken hebben waarvoor je heel specifieke zorgaanbiederscontracten zou kunnen sluiten. In die zin is dit dus een heel andere ontwikkeling dan was voorzien. Het zou ook een uiting van risicoselectie kunnen zijn van zorgverzekeraars, omdat zij er toch te weinig aan overhouden. Ik neem echter aan dat dit ook door de commissie-Don wordt meegenomen.



Minister **Schippers**: Dat is speculatie. Je zou ook kunnen zeggen dat die patiënten te verdeeld over het land zitten en we het eigenlijk over een regionale markt hebben, waardoor de selectieve inkoop op te veel plaatsen plaats zou moeten hebben. Dat is dus de vraag. Maar de commissie-Don bekijkt inderdaad of er groepen te identificeren zijn waarop op voorhand verlies of winst te behalen is. Wat daar uitkomt is dus wel relevant.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als het echt zo is dat patiënten te zeer over het land verdeeld zijn waardoor geen goede selectieve zorginkoop gedaan kan worden, moet je je echt afvragen waar je mee bezig bent. Het doel is immers dat patiënten via selectieve zorginkoop betere zorg kunnen krijgen.

Minister **Schippers**: Ja, maar het gaat over het ziektebeeld. Mijn opmerking is evenzeer speculatie als die van de heer Van der Veen. Uiteindelijk moeten we bekijken of er op voorhand een verlies of een winst te verwachten is als je een bepaalde groep contracteert. En dat is precies de kernopdracht van de commissie-Don. Ik ga verder met het declaratieoverzicht. Het is bekend hoe belangrijk ik dat vind, en vele woordvoerders met mij. Mij is vaak gevraagd: als je het kostenbewustzijn van mensen wilt bevorderen, moet je hen dan niet veel meer inzicht geven in de kosten van zorg? Anderen hebben mij gevraagd: moet je artsen eigenlijk ook niet veel meer inzicht geven in de kosten van zorg? Wat betreft patiënten ben ik daar een groot voorstander van. We zijn hierover ook in overleg met zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Ook de NPCF is hierbij betrokken. Wij zullen eraan blijven trekken. Het verschijnsel neemt inderdaad toe, maar ik wil eigenlijk dat het gewoon 100% wordt. Dat hebben we ook uitgebreid besproken tijdens de begrotingsbehandeling.

Ik heb inderdaad begrepen dat Menzis uit coulance maagzuurremmers voor risicopatiënten gaat vergoeden. De kosten van die coulanceregeling komen niet ten laste van de basisverzekering. Dat kan niet, want wij bepalen wat er in de basisverzekering zit en niet de zorgverzekeraar. De kosten kunnen ook niet worden ingebracht voor een eventuele verevening. Menzis betaalt dit uit eigen middelen. Iedereen mag iets voor een ander vergoeden. Wij hebben het naar aanleiding van Kamervragen van de SP ook gehad over de eigen betaling. Het staat Menzis dus vrij om dit te doen. Het gebeurt overigens wel meer dat zorgverzekeraars om hen moverende redenen middelen aanbieden die niet in het basispakket zitten. Ook dat gaat dan via deze route.

Mevrouw **Leijten** (SP): Welk signaal haalt de minister uit het feit dat een zorgverzekeraar besluit om toch de maagzuurremmers te vergoeden? Zou het zo kunnen zijn dat we met deze bezuiniging penny wise, pound foolish zijn?

Minister **Schippers**: We hebben het hier eerder uitgebreid over gehad. Natuurlijk moeten we bedenken wat we opnemen in de basisverzekering, die we met zijn allen opbrengen. Daar is ooit de «trechter van Dunning» voor ontwikkeld: als iemand iets voor eigen risico en rekening kan dragen, zou je dat eigenlijk niet in de basisverzekering moeten opnemen. In het regeer- en gedoogakkoord zijn daar ook afspraken over gemaakt. Zijn er aandoeningen met een lage ziektelast die je uit het pakket zou kunnen halen? Het gaat er uiteindelijk om dat mensen met weinig inkomen en een dure ziekte die vergoed krijgen van de zorgverzekeraar. Dat brengen we dan met zijn allen collectief op. Ik weet dat onze visies daarop botsen, maar als iets voor eigen risico en rekening is te dragen, vraag ik me echt af waarom we dat collectief versleutelen. We hebben het over maagzuurremmers à € 10 voor drie maanden. Alles na de drie maanden pakken we

namelijk collectief op; dat zit in de basisverzekering. Het geldt dus alleen voor mensen die de maagzuurremmers incidenteel, kortdurend moeten slikken. Wij vinden dit van belang, ook om de zaak betaalbaar te houden. Daar heb ik wel een opmerking bij geplaatst. Als je dit soort dingen doet en artsen vervolgens massaal zorgen voor een negatieve substitutie door duurdere middelen, blazen we de collectiviteit met zijn allen langzaam maar zeker op. Ik heb dat gezien toen ik zelf in de Ziekenfondsraad zat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt de zaak natuurlijk omkeren. De SP denkt hier inderdaad anders over. De collectiviteit wordt opgeblazen op het moment dat je een politiek van eigen schuld, dikke bult gaat voeren. Ik vroeg naar het signaal dat hiervan uitgaat. Dat deed ik dinsdag eigenlijk ook toen we spraken over de eigen betalingen voor jongvolwassenen in de geestelijke gezondheidszorg. Eigenlijk zegt de verzekeraar, en in het geval van dinsdag de zorgaanbieder: als we dit niet vergoeden is dat schadelijk, dus we doen het wel want uiteindelijk hebben we hogere kosten als we het niet doen. Welk signaal haalt de minister daaruit, anders dan een boekhoudkundig verhaal? Want dan moet zij gewoon eerlijk zijn en zeggen: gezonde mensen moeten niet zo veel betalen voor zieke mensen.

Minister **Schippers**: Nee, juist niet, want mensen die heel ziek zijn en meer dan drie maanden lang maagzuurremmers nodig hebben, krijgen die gewoon vergoed via de verzekering. Ik ben van mening dat patiënten ook hun eigen verantwoordelijkheid hebben. En dan is de vraag: wat kan iemand voor zijn eigen risico en verantwoordelijkheid dragen? Voor een solidair systeem waaraan we met zijn allen moeten bijdragen, moeten we ook scherp bekijken wat we daar wel en niet in moeten verzekeren.

De **voorzitter**: Ikzelf had nog een vraag over hoe het zit met de substitutie naar duurdere middelen. Heeft de minister daar zicht op?

Minister **Schippers**: Nee, dat is twee weken bezig, dus daar kunnen we nog helemaal geen zicht op hebben. Dat zijn uiteraard wel relevante gegevens.

De **voorzitter**: Die worden wel meegenomen?

Minister **Schippers**: Ja. Ooit hebben wij taxibriefjes gehad. Wij vinden allemaal in de Kamer dat mensen die heel ziek zijn en zelf geen vervoer hebben, vervoer zouden moeten krijgen. Maar vervolgens gaven huisartsen die briefjes aan iedereen die daarom vroeg. Wat was het resultaat? Het is onbetaalbaar geworden en gaat uit het pakket. Het is belangrijk als iedereen hierin zijn verantwoordelijkheid neemt: de patiënt, de voorschrijver, de verzekeraar; iedereen, omdat wij zo'n systeem allemaal betaalbaar willen houden.

De **voorzitter**: De tijd begint te dringen, dus ik stel voor om zeer korte vragen en vervolgvragen te stellen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb de maagzuurremmers genoemd. Gaat de zorgverzekeraar nu bepalen wat kwalitatief goede zorg is en wat wij wel en niet gaan vergoeden, of houden we ons aan de richtlijnen die de beroepsgroep opstelt? Ik zit met die vraag. Dit hangt met elkaar samen. De minister heeft in een brief gesteld dat een zorgverzekeraar bij orthopedische zaken de lat hoger mag leggen, dus hogere eisen mag stellen. Gaan we de kant op dat een zorgverzekeraar bepaalt dat maagzuurremmers bijvoorbeeld wel moeten? Willen wij die kant opgaan?

Minister **Schippers**: Het mag. Ik zou heel graag hebben dat zorgverzekeraars eigen betalingen zouden inzetten bij hun naturapolissen en daarop zouden concurreren. Dat mag, maar dat doen ze nu mondjesmaat of niet. Hierbij zie je dit wel gebeuren. Ik weet dat niet, misschien is het een soort marketing, maar ze mogen dit wel.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik vroeg of dit wenselijk is.

Minister **Schippers**: Ik vind dit een verantwoorde maatregel, anders had ik hem niet genomen. Ik vind het wenselijk dat iemand een eigen risico voor zijn rekening neemt. Ze mogen het echter wel.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat bedoelde ik niet. Mijn vraag was: vinden wij het wenselijk dat een zorgverzekeraar gaat bepalen wat kwalitatief wel en geen goede zorg is?

Minister **Schippers**: Dat doet een zorgverzekeraar. De inspectie bepaalt wat de bodem is en stelt welke kwaliteit voor iedereen in Nederland is vereist. Een zorgverzekeraar kan daaraan eigen eisen en andere zaken toevoegen. Hij kan zeggen: de inspectie stelt zo iets wel als norm, maar wij leggen de lat hoger. Dat is toegestaan, en zelfs wenselijk. Maar ik denk dat wij een beetje langs elkaar heen praten.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Volgens mij was het de bedoeling dat de beroepsgroep ging bepalen wat in het algemeen de minimumkwaliteit van een behandeling is. Volgens mij hebben we daar al die tijd over gesproken toen we het hadden over selectieve zorginkoop. Als zorgverzekeraars links en rechts zelf maar een beetje de zaken gaan bepalen, wordt het volgens mij een grote chaos.

Minister **Schippers**: Het eerste deel is: welke betalingen en geneesmiddelen laat je voor rekening van patiënten zelf komen? Het tweede deel betreft de kwaliteit. Wij hebben richtlijnen en standaarden, die de beroepsgroep ofwel zelf opstelt en waarop de inspectie controleert; ofwel de beroepsgroep doet dat niet, en als het goed is, zal het kwaliteitsinstituut daar straks een beetje vaart in brengen. De zorgverzekeraar kan echter stellen: alle ziekenhuizen in de omgeving voldoen aan de eisen die de beroepsgroepen hebben opgesteld, maar deze twee ziekenhuizen leveren zulke topzorg, met een veel lager aantal herstelbehandelingen dan in de andere ziekenhuizen waardoor patiënten veel minder vaak terug moeten voor een nieuwe operatie, dat wij deze contracteren. Zo iets werkt in het voordeel van de verzekerden.

Ik ga verder met de contractering van ggz met eerste- en tweedelijnsaanbieders door zorgverzekeraars. Volgens de gegevens van de NZa hebben de vier grootste verzekeraars in 2009 twee derde van de eerstelijnspsychologen met een omzet boven € 1 000 gecontracteerd en 80% van de vrijgevestigde tweedelijnsaanbieders met een omzet boven € 1 000. De contracteergraad voor de jaren 2010 en 2011 is nog niet bekend, maar zodra ik deze gegevens heb, zal ik de Kamer nader informeren. In ieder geval wordt dus niet alle ggz gecontracteerd.

Het probleem met persoonlijke casussen is dat je daar altijd zo goed mogelijk op probeert te reageren, maar wel onvoorbereid. In de Zorgverzekeringswet heeft de vergoeding van contactlenzen bij grote sterkte de voorkeur; bij zulke grote sterkte zijn contactlenzen kwalitatief beter dan brillenglazen. Dit geldt ook voor kinderen, dus ook kinderen krijgen deze contactlenzen. Mij is niet bekend of zij deze twee keer per jaar kunnen krijgen, dat zou ik echt moeten nagaan. Ik weet dat niet uit het hoofd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben altijd bereid om deze casussen voor te leggen aan de minister, maar het gaat mij ook om het principe. Kunnen

kinderen die een probleem hebben met zien of horen, worden beperkt vanwege de vergoeding van hulpmiddelen? Kunnen we niet gewoon de afspraak maken dat we dat niet doen, zodat kinderen gewoon naar school kunnen, kunnen deelnemen, zich kunnen ontwikkelen, dus voor die contactlenzen in aanmerking komen? Dat is meer de onderliggende principiële vraag.

Minister **Schippers**: Voor mij is de principiële kwestie dat de Zorgverzekeringswet zinnig en zuinig moet zijn. Als het zinnig is om per jaar twee keer voor kinderen contactlenzen te vergoeden, kan ik mij heel goed voorstellen dat wij dat doen. Ik weet dit echter niet, ik zou dit echt moeten uitzoeken. Voor gehoorapparaten geldt: hoe langer je ermee doet, hoe hoger de vergoeding. Bij het stimuleren van zinnigheid en zuinigheid speelt altijd een dergelijke afweging: wanneer is iets zinnig en zuinig, wanneer is iets nodig en wanneer niet? Artsen kunnen zoiets goed bepalen. In het voordeel dat u noemde zijn contactlenzen kennelijk aangewezen. Ik zal laten uitzoeken hoe het precies zit met deze casus.

De **voorzitter**: Het moet echt heel kort, want we hebben nog maar een halfuur en de minister moet nog de vragen van vijf leden beantwoorden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is waar, voorzitter, maar het gaat mij om de principiële vraag. Zinnig en zuinig? Voor een kind met een zichtbeperking dat zich ontwikkelt en door een minder goede bril niet naar school kan, is zoiets allesbehalve zinnig, en voor de toekomst is dit zeker niet zuinig. Ik zal deze casus naar de minister sturen, maar ben ook van plan om met een motie hierover te komen, omdat ik echt vind dat we de ontwikkeling van kinderen niet afhankelijk moeten laten zijn van een bepaald pakket van voorzieningen en hulpmiddelen. Als kinderen niet naar school kunnen omdat zij niet kunnen zien of horen, schieten wij onszelf echt in de voet en beperken wij de ontwikkeling van jonge mensen.

Minister **Schippers**: Daar kan niemand het mee oneens zijn, dat kinderen die naar school gaan moeten kunnen zien en horen; dat lijkt me evident. U stelt dat hier een probleem is, ik vraag u mij dit even te laten uitzoeken. Ik kom terug op dit voorbeeld.

Over de reumapatiënten bestaat een misverstand. Er wordt gesteld, of in ieder geval wordt niet expliciet gemaakt, dat deze behandelingen uit het pakket zijn gegaan omdat het CVZ heeft aangegeven dat ze niet bewezen effectief zijn; over die behandelingen gaat het namelijk. Het CVZ is de pakketbeheerder, die laten we het pakket voortdurend doorlichten. Ten aanzien van deze behandelingen en een aantal andere heeft het CVZ geen bewijzen van effectiviteit kunnen vinden. Alleen daarom worden ze niet meer vergoed in het pakket, niet omdat we er nu eenmaal wat uit moesten gooien.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is inderdaad niet gezegd. Uiteraard weet ik dat; ik heb het ook over de reumapatiënten gehad. Wij krijgen vele berichten van reumapatiënten die fysiotherapiebehandelingen niet meer uit het pakket vergoed krijgen, terwijl dat eerst wel het geval was. Zij zeggen dat ze niet meer kunnen functioneren, dat hun bewegingsapparaat heel veel fysiotherapeutische behandelingen en oefeningen nodig heeft, dat zij niet meer kunnen werken, dat zij worden uitgeschakeld en dat zij deze behandelingen absoluut niet zelf kunnen betalen. Het gaat namelijk niet om een paar behandelingen, maar soms wel om 200 behandelingen per jaar. Ik vind dit een heel ingewikkeld vraagstuk. Het CVZ constateert dat ze niet effectief zijn, maar patiënten zeggen zelf dat zij er buitengewoon veel baat bij hebben. Ik wil voorkomen dat deze mensen straks een beroep doen op dure geneesmiddelen. In sommige gevallen zijn die

er niet voor hen, dus worden zij uitgeschakeld en is er het probleem dat zij niet meer kunnen participeren.

De **voorzitter**: Collega's, het moet echt korter. We hebben een heel royale eerste termijn gehad en nu komen er voortdurend uitgebreide betogen.

Minister **Schippers**: Ik kan dit niet beoordelen; ik ben geen medicus en dus niet daartoe onderlegd. Wij hebben hiervoor het CVZ in de arm genomen, daar zitten de deskundigen. Als wij niet op deskundigheid wensen af te gaan, moeten wij hier politiek het pakket voorstellen, op basis van ons oordeel. Wij hebben daar echter niet toe besloten. Wij hebben besloten dat het CVZ, gedegen en deskundig, wetenschappelijk onderzoekt of zaken evidencebased zijn, of ze bewezen effectief zijn. Het CVZ heeft zulk onderzoek gedaan en komt tot de conclusie dat deze langdurige behandelingen van de fysiotherapeut die werden vergoed, niet bewezen effectief zijn. Ik moet daarop afgaan. Ik kan u vertellen dat ik maandelijks een enorme hausse aan adviezen krijg. Iedereen denkt altijd dat het pakket wordt uitgekleeft, maar het pakket wordt maandelijks groter. Wij krijgen steeds meer behandelingen, technieken en medicijnen in het pakket. Wij moeten voor het pakketbeheer één instantie hebben die wetenschappelijk onderzoek doet naar effectiviteit. Als we daarop niet kunnen vertrouwen, hebben we een groot probleem.

De **voorzitter**: Vanaf nu laat ik de minister haar betoog afmaken, dus zonder interrupties.

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten vroeg of ik een andere instantie dan de NZa onderzoek zou willen laten doen naar risicoselectie, omdat de NZa niet objectief zou zijn. Ik acht de NZa wel objectief; dat is een onafhankelijke autoriteit die haar eigen adviezen kan geven en deugdelijk onderzoek doet. Ik vertrouw dus op de adviezen van de NZa. Wij hebben de commissie-Don, die heel verschillend is samengesteld met mensen uit alle geledingen van deze sector, gevraagd om ook onderzoek te doen naar risicoselectie, dus je zou kunnen zeggen dat dit dubbelop wordt gedaan. Mevrouw Leijten vindt het Berenschotonderzoek eigenlijk niet zo'n goed onderzoek, slechts een papieren onderzoek. Dat betwist ik. Het was zeker geen papieren onderzoek, maar een veldonderzoek. Zij vroeg om een nieuw onderzoek, maar als ik bij ieder onderzoek dat ik doe – en er zijn nu verschillende evaluatieonderzoeken aan de gang – een tweede onderzoek zou moeten doen, zal het allemaal wel heel moeizaam gaan en zal er steeds meer van ons te besteden geld naar onderzoek gaan. Ik heb net een onderzoek door Berenschot laten doen en ben dan ook niet voornemens om dit al binnen een halfjaar te laten overdoen. Ik kom bij de vragen van de heer Van der Veen. In een eerder overleg met de Kamer heb ik toegezegd dat ik het geheel rond de NZa en de nieuwe toetreders en zorgverzekeraars weer eens goed zal laten bekijken. Het onderzoek naar nieuwe toetreders is niet zo lang geleden gedaan. We doen nu wederom een onderzoek, dat 1 april moet zijn opgeleverd. Wij hebben gesproken over de fusietoets van de zorgverzekeraars. Daarover is ook een motie ingediend. Ik heb destijds op die motie gereageerd: de NMa zal het toetsingskader voor dit soort fusies nader bezien en aanscherpen. Ik heb dit de Kamer via een brief laten weten, maar die heb ik nu niet bij de hand. Ik kom hierop terug in tweede termijn. Over de nominale premie het volgende. Er is een behoorlijke druk op de premie geweest, dat weten wij allemaal. Op een gegeven moment zeiden we dat de premies in die zorgverzekeringsmarkt wel heel scherp werden vastgesteld. Ik heb niet de indruk dat dit deze keer ook is gebeurd, maar bij tijd en wijle gebeurt dit wel. Door verbeteringen in de risicoverevening worden zorgverzekeraars wel steeds beter in een gelijke uitgangspositie gebracht. Met betrekking tot de signalering heb ik zonet aan de heer

Mulder toegezegd dat ik zal bekijken wanneer de premies bekend zijn gemaakt, hoe snel op elkaar alles kwam en of het nu sneller of langzamer gaat dan voorheen. Verder ken ik de genoemde opmerkingen niet, maar als ze zouden zijn gemaakt, zou ik ze ook zorgelijk vinden.

Wij hebben enkele malen gesproken over de positie van zorgverzekeraars, over hoe sterk deze kan zijn en over hoe het staat met nieuwe toetreders. De NMa levert met de fusietoets een nieuwe richtsnoer. Wij bezinnen ons natuurlijk ook op manieren om de toetreding tot de markt gemakkelijker te maken. Als die er niet of onvoldoende is, moeten er ergens barrières zijn. Ik heb het vermoeden dat die bij de solvency liggen, maar dat weet ik niet. Het zou handig zijn om dat te weten, zodat we barrières op dat gebied zouden kunnen wegnemen. Ik weet dat er verschillende pogingen worden gedaan om nieuwe verzekeraars op te richten, maar of die succesvol zullen zijn, moeten we afwachten.

Het is belangrijk om stil te staan bij het feit dat de Europese regelgeving verandert in 2015. Zouden we een opt-in mogelijk moeten maken voor de pensionado's of verzekerden in het buitenland? Ik heb daar grote problemen mee. In Nederland hebben we namelijk ook geen opt-in. Waarom niet? Een opt-in betekent namelijk dat je je niet hoeft te verzekeren, of op een andere manier kunt verzekeren. Dat betekent weer dat de slechte risico's de neiging zullen hebben om zich bij een verzekeraar aan te melden en de minder slechte risico's niet. Hierdoor zullen steeds meer mensen afvallen; naarmate premies hoger worden zullen de mensen met de minst slechte risico's immers ook vaker overwegen om iets anders te gaan doen. Door een dergelijke spiraal wordt een verzekering uiteindelijk kapotgemaakt. We hebben de vrijwillige AWBZ in het buitenland gehad. Die was geen succes, omdat precies datgene gebeurde wat ik zonet schetste. Bovendien, als we dit zouden gaan doen, zullen andere groepen natuurlijk ook wel zoiets willen en kun je dat niet weigeren; je kunt namelijk niet de ene groep zoiets wel toestaan en de andere niet. En waarom zouden in dat geval multinationals en internationale organisaties zich niet aan de verzekering kunnen onttrekken? Ook nog speelt de vraag: wie betaalt de rekening als een extra dekking wordt gecreëerd? Er is dan namelijk sprake van een dubbele dekking. Gaan de mensen dat geld ophoesten? Ik denk niet dat in dat geval veel mensen zich zullen gaan verzekeren. En als die mensen het niet doen, moeten Nederlanders die extra dekking voor verzekerden in het buitenland gaan betalen. Wij hebben hiernaar gekeken. Niet alleen nu, maar ook veel eerder, toen de discussie over verzekerden in het buitenland speelde, hebben verschillende politieke partijen zelf onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een opt-in. Er is nu rust op het front vanwege een uitspraak op het hoogste niveau: wat is gebeurd, kan zo en mag zo. Eigenlijk wil ik die rust wel bewaren. Jarenlang hebben wij gerechtelijke procedures gehad. Het hoogste college heeft net een definitieve uitspraak gedaan. We hebben een verzekering met een buitenlanddekking, en het woonlandbeginsel geldt. Als mensen dus in een land wonen waar de kosten laag zijn, wordt hun premie daarop aangepast. Mij lijkt dit een keurig systeem, ik vind dat heel goed te verdedigen.

Over de Ziekenfondswet nog het volgende. Natuurlijk hoor ook ik wel geluiden dat mensen daar snel naar terug zouden willen. Maar ik denk dat positieve dingen altijd wat langer blijven hangen dan de knelpunten die reden waren voor de verandering. De keuzevrijheid ten tijde van de Ziekenfondswet was natuurlijk nul; je werd gewoon op je postcode aan een ziekenfonds toebedeeld. Als het ziekenfonds het niet zo deed als jij wilde, had je pech; je zat nu eenmaal bij dat ene ziekenfonds. Er zaten grote nadelen aan het ziekenfondssysteem, die we met het huidige gemixte systeem behoorlijk hebben kunnen ondervangen.

Ik ga verder over de tandartsen en de apothekers, en het selectief inkopen op prijs en kwaliteit. Natuurlijk is er ook een monitor voor de farmacie. Als deze gegevens oplevert over vrije prijzen en prestatiebekostiging, gaan ze

natuurlijk naar de Kamer. De contractering geschiedt in Nederland altijd heel laat. Ik heb dat bekeken en ben daar echt van geschrokken. Wij hebben nu afgesproken om dit in ieder geval in de tweede lijn sneller te gaan doen. Voor apothekers en de eerste lijn ziet het er eigenlijk best wel goed uit, al weet ik niet of dit zal doorzetten; de monitor zal dat moeten laten zien. Ik ben het met eenieder eens dat in een dergelijk systeem snelle contractering aan het begin van het jaar logisch is.

Is het toegestaan dat een zorgverzekeraar zijn tandartsverzekering heeft ingebed in allerlei andere verzekeringen daarbij, dus dat er geen sprake is van een losstaande verzekering, maar dat daar andere zaken aan zijn gekoppeld? Wij reguleren aanvullende verzekeringen niet. Dat kan ook niet volgens de Europese schaderichtlijn. Als je zaken uit het basispakket haalt, kan de verzekeraar een smal, breed en nog breder pakket maken, naast aanvullende verzekeringen. Wij kunnen daar geen eisen aan stellen. Bij de premiestelling hebben wij ook geen inspraak.

De nieuwe wet met betrekking tot de illegale zorg is nog heel jong; die is nog maar een paar jaar oud. Ik ben niet voornemens om wijzigingen in die wet aan te brengen; niet voor een verbreding, maar ook niet voor een versmalling van de verzekering. Ik weet dat de argumenten destijds uitgebreid zijn uitgewisseld. ik was daar zelf bij.

Over het toezicht op de solvabiliteit ontstond een discussie. Hierop is al toezicht, via de Europese Unie. Er komt alleen een nieuwe regeling, die zaken wat zal aanscherpen. Europa houdt echter nu al toezicht op onze banken en verzekeraars in den brede.

De vragen van de heer Van der Staaij heb ik inmiddels beantwoord via de overige vragen. Mevrouw Dijkstra vroeg naar de uitvoering van de motie-Van der Veen, waarin wordt verzocht om een versnelling van de jaarcyclus en de vaststelling van het risicovereveningssysteem. Ik heb een externe partij gevraagd om de jaarcyclus helder in kaart te brengen. Deze externe partij beziet drie scenario's van versnelling en zal mij adviseren over de mogelijkheden. Dit onderzoek is nagenoeg afgerond. Ik streef ernaar om het rapport en mijn reactie daarop uiterlijk maart naar de Kamer te sturen.

Ik heb reeds gezegd dat wij eerst het onderzoek van de commissie-Don moeten afwachten, alvorens te willen kijken naar eventuele alternatieve scenario's. Over het contracteerproces heb ik eigenlijk ook al gesproken. Dat is nu duidelijk sneller dan in afgelopen jaren; de aandacht voor kwaliteit wordt in de contracten steeds groter. Wij moeten echter nog even wachten om de signalen in de totale trend te kunnen zien. Ik kom in tweede termijn terug op Remicade; het antwoord heb ik nu niet en ik wil de vergadering niet al te zeer ophouden.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik geef de leden in hun tweede termijn één minuut en daarna nog een halve zin. Ik heb daarbij het volste vertrouwen in mijn collega's.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor de toezeggingen over artikel 13 en price signaling. De minister zei de uitspraak van de woordvoerder over price signaling niet te kennen. Eigenlijk stelde hij dat dit gebeurt, ik heb hier de uitspraak. Kan de minister deze onder de aandacht van de NMa brengen en vragen of hij correct is en wat de NMa in dat geval daartegen gaat doen, en zo niet, welke instrumenten en bevoegdheden de NMa nodig heeft om wel iets te doen?

Wij hebben gesproken over de commissie-Don, die onderzoek doet naar het kroonjuweel en tevens de achilleshiel van ons systeem. Wanneer is die commissie klaar? De minister heeft gezegd dat de NZa kijkt naar de labeling. De NZa bekijkt dat dus volgens de minister, in de antwoorden op de schriftelijke vragen staat dat hier aandacht aan wordt besteed, maar in de Volkskrant zegt de NZa dat ze geen onderzoek doet. Het is toch niet zo moeilijk om dat onderzoek te doen? Kijk naar Promovendum; je kunt zo

voorrekenen dat die meer dan 10% korting geeft. Dat is dus niet kijken, dat is even rekenen en in dat geval heeft de NZa volgens mij voldoende reden voor een onderzoek. Ik vraag de minister om deze regeling dus expliciet te bekijken, dat is toch een kleine moeite. Mevrouw Leijten zat namelijk al met me te flirten om een gezamenlijke motie in te dienen. De minister wil het toch niet op haar geweten hebben dat de SP en de VVD in elkaars armen worden gedreven?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. De minister heeft een wisselend beeld van de contractering van apotheken. Ik wijs haar op het risico van de conclusie dat het gemiddeld genomen allemaal heel goed gaat. Gemiddeld kan het namelijk wel heel goed gaan, maar vandaag zijn in de verschillende bijdragen juist die gekke uitschieters aangestipt. Alstublieft aandacht daarvoor, in het belang van de patiënt. Nu de evaluatie van de bijdrageregeling voor vergoeding van de behandelingskosten van onverzekerbare vreemdelingen. Het probleem is dat de NZa gegevens heeft aangeleverd, maar de vraagstelling was heel technisch en gaat vooral over het systeem. Ik heb dus sterke twijfels over de kwaliteit van de antwoorden. Een veldonderzoek naar wat er precies gebeurt, waarin eens met de gewone mensen in gesprek wordt gegaan, zou ik bijzonder op prijs stellen.

Tot slot Different. Het zou goed zijn als de Kamer zo snel mogelijk op de hoogte wordt gesteld als de minister meer weet over de resultaten van het onderzoek van de inspectie. Vragen en twijfels, maar vooral ook vooroordelen moeten zo snel mogelijk uit de lucht. Als er geen homotherapie wordt aangetroffen, zou ik willen voorstellen om dat woord ook weer te schrappen. Ik weet niet of dat mogelijk is, maar als je een woord maar vaak genoeg gebruikt, bestaat het en komt het in de Van Dale. De minister begrijpt wat ik bedoel.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Laten we ons alsjeblieft niet te naïef opstellen tegenover zorgverzekeraars; dat zijn commerciële jongens, die weten hoe geld moet worden verdiend. Dus als Besured en Promovendum zeggen dat mensen bij hen alleen binnenkomen als zij hoogopgeleid zijn of heel jong en anders niet, is er iets aan de hand. En een motie-Mulder/Leijten, daar verheug ik me wel op. Doe gewoon dat onderzoek naar deze twee labels. Goed dat de commissie-Don dat macro-onderzoek naar verschillende doelgroepen doet, dat is een uitwerking van de motie waaronder ook mijn naam staat. Minister, doe dus niet naïef. Die zorgverzekeraars hebben er een commercieel belang bij om dit te doen, dus doe specifiek onderzoek naar deze labels. Overigens vind ik een motie-Mulder/Leijten best interessant, daar niet van.

Behandelingen voor reumapatiënten zouden niet effectief zijn, maar ik krijg veel berichten van reumatologen en individuele patiënten dat ze wel degelijk effectief zijn. Ik heb de minister gevraagd of zij het meldpunt serieus wil nemen dat de reumavereniging heeft gestart en waarop nu al zo'n 1 500 reacties zijn gekomen. Ik heb ook vragen gesteld over het weigeren van deze patiënten in de aanvullende verzekering, maar de minister heeft deze vragen niet beantwoord. Vindt de minister dit eigenlijk ook niet een vorm van risicoselectie, want iedereen zou daar toch terecht moeten kunnen?

Ik hoop dat ik een reactie krijg op mijn opmerkingen over de bril, voor een eventueel VAO. Ik zie nu namelijk wel degelijk aanleiding om een verslag van een algemeen overleg aan te vragen, mede omdat ik geen antwoord heb gekregen op een aantal vragen, ook niet die over reumaproblematiek en fysiotherapie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. In dezelfde minuut als mevrouw Leijten, het volgende. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Naar



aanleiding van de opmerking van de minister tegen mevrouw Gerbrands: vóór 2006 kon een verzekerde uit meer ziekenfondsen kiezen dan nu uit zorgverzekeraars. Verder is het goed dat we een schriftelijk antwoord krijgen op de vragen over de opt-inregeling. Ik denk namelijk dat we die rust allemaal wel willen, dus hoe helderder het antwoord, hoe beter. Graag zie ik nog eens schriftelijk vastgelegd waarom dit een onverstandige regeling zou zijn. En des Pudels Kern van het stelsel is toch het functioneren van de zorgverzekeraars. De minister is niet ingegaan om mijn vraag over de positie van de burger/patiënt met betrekking tot de dominantie van bepaalde zorgverzekeraars in bepaalde regio's. Wij zullen hierop zeker nog terugkomen. Heeft de minister zo langzamerhand geen plan-B?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Voor de goede orde: ik wil niet terug naar het oude ziekenfonds, maar dergelijke geluiden hoor je wel her en der, omdat mensen het gewoon heel ingewikkeld vinden en het af en toe allemaal niet meer snappen. Mevrouw Wiegman refereerde al aan de apothekers. De KNMP komt met heel andere berichten naar buiten. Er mag dan wel sprake van contractering zijn, maar die is heel laat en er is niet of nauwelijks over onderhandeld en het is dan een beetje als: dit zijn de tarieven, take it or leave it. Het gevolg is dat patiënt misschien moeten gaan bijbetalen voor medicijnen die eigenlijk gewoon zouden moeten worden vergoed. Ik wil daar nog wel even een reactie van de minister op. Net was er wat verwarring over mijn punt van de koppelvekoop. Als je gewoon een basisverzekering van een zorgverzekeraar hebt en alleen maar een tandartsverzekering erbij wilt, word je heel vaak gedwongen om een aanvullende verzekering daarbovenop te nemen. Ik vroeg of dat mag. Het ging mij dus niet om de manier waarop zorgverzekeraars pakketten samenstellen, maar om de vraag of mensen mogen worden gedwongen om een extra aanvullende verzekering te nemen als je slechts een tandartsverzekering wilt, die los wordt aangeboden.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik bedank de minister voor haar beantwoording. Wij wachten het nader onderzoek af naar risicoselectie en voorkeursbeleid en zien wel of er nog een interessante «Boxmeermotie» zal komen, als vrucht van een samenwerking tussen Mulder en Leijten. Over Different nog het volgende. Goed dat wij over de uitkomst van het onderzoek van de inspectie nog zullen vernemen. Wij zullen hier ongetwijfeld van op de hoogte geraken via de hierover reeds ingediende schriftelijke vragen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De minister heeft gezegd dat in maart een brief naar de Kamer komt over de beoordeling van het risicovereveningssysteem, naar aanleiding van de motie-Van der Veen. Gaat die brief überhaupt over de mogelijkheid om de Kamer daarvan op de hoogte te houden, of gaat hij ook over de wijze waarop dat gaat gebeuren? Is de minister bereid tot aanpassing van het beleid als via het meldpunt van de reumavereniging blijkt dat het tot heel grote problemen voor reumapatiënten leidt? En ik wil de minister nogmaals vragen of het niet goed zou zijn om een onderzoek te doen naar de financiële effecten van het beleid op de langere termijn, zowel met betrekking tot de reumapatiënten en fysiotherapie, als met betrekking tot de maagzuurremmers. En volgens de apothekers is sprake geweest van een late contractering en van slikken of stikken. Hoe gaan we dit in de toekomst voorkomen? Dat was namelijk absoluut niet de bedoeling.

De **voorzitter**: Ikzelf sluit mij aan bij alles wat is gezegd over risicoselectie. Er komt een evaluatie van de feitelijke wet- en regelgeving met betrekking tot de verdragsgerechtigden. Ik vroeg mij af of de minister veranderingen verwacht. Verder hebben we een woonlandfactor, maar

verdragsgerechtigden kunnen hun zorg toch in Nederland krijgen. Dat kan betekenen dat mensen die in een land met een lage woonlandfactor wonen, bijvoorbeeld in Tsjechië, een geringere bijdragen krijgen voor hun zorg in Nederland. Hoe zit dat precies?

Mijn laatste opmerking gaat over de beleidsregel van de NZa rond de zorgplicht. Die is net ingevoerd. Ik neem aan dat wij in de eerstvolgende monitor duidelijk krijgen hoe de zorgverzekeraars die zorgplicht precies invullen, met name op grond van die beleidsregel. Ik ben erg geïnteresseerd of de continuïteit van zorg daar ook onder valt.

Ik geef nu weer het woord aan de minister. Ik zal haar laten uitspreken, dus zonder interrupties, omdat wij nog maar een paar minuten hebben.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zal beginnen met mijn antwoord op de vraag over Remicade. Ik zal hiervoor een stuk voorlezen uit mijn schriftelijk antwoord op de vragen van het Kamerlid Van Gerven; hij heeft hierover schriftelijke vragen gesteld. Remicade was vanaf 2006 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen, zodat ziekenhuizen bij gebruik hiervan extra financiering ontvingen, dus boven op hun budget. Voorwaarde voor de opname ervan was dat de fabrikanten en veldpartijen aanvullend onderzoek zouden uitvoeren, om de kosteneffectiviteit van deze toepassing aan te tonen. Dit aanvullende onderzoek heeft onvoldoende plaatsgevonden. Volgens de voorwaarden verbonden aan de opname zou de extra financiering dus stopgezet moeten worden. Dit heeft op zichzelf nog geen gevolgen voor de aanspraak met betrekking tot Remicade, want het CVZ heeft nog geen pakketadvies uitgebracht over dit middel bij de voorgenoemde indicatie. Als het CVZ een pakketadvies uitbrengt over Remicade, zal ik beslissen of dit middel bij deze indicatie tot het pakket moet behoren of niet. Zolang dat niet aan de orde is, heeft de patiënt nog wel aanspraak op Remicade bij colitis ulcerosa.

Wat is er nu dus aan de orde? Er is een besluit om een tijdelijke toelating tot het pakket mogelijk te maken, dat per 1 januari ingaat. Iedereen wil die mogelijkheid van een tijdelijke toelating tot het pakket: de patiënt, want hij wil snel toegang tot innovatieve medicijnen die hem kunnen helpen; de fabrikant, omdat hij zijn middel zo snel mogelijk in de markt wil zetten; de arts wil dit, omdat hij zo snel mogelijk een goed, nieuw, veelbelovend middel wil kunnen voorschrijven. Als er geen aanvullend onderzoek wordt gedaan, of onvoldoende, of als hoe dan ook niet binnen de afgesproken periode wordt aangetoond dat zo'n middel kosteneffectief is en een therapeutische meerwaarde heeft, moet ik het middel uit het pakket halen. Doe ik dat niet, dan is deze tijdelijke toelating al dood voordat zij is begonnen. Als de Kamer mij hier niet in steunt, zullen wij deze tijdelijke toelating uiteindelijk niet kunnen volhouden. Als ik allerlei medicijnen toelaat die eigenlijk niet voldoen aan de eisen die wij daaraan hebben gesteld, zullen wij dit systeem heel moeilijk kunnen volhouden; dan zou namelijk uiteindelijk alles het pakket in kunnen stromen, of het nu helpt of niet. En dit is meteen het dilemma rond zo'n innovatie.

Ik wil de quote over de prijssignalering zeker voorleggen aan de NMa. Het rapport van de commissie-Don komt op 1 juli naar mij. Ik zal daar dan een standpunt over formuleren en dit daarna naar de Kamer sturen. Ik heb een aantal keren gezegd dat wij dit probleem – als het al een probleem is – langs twee lijnen onderzoeken: de eerste is via de commissie-Don en ten tweede doet de NZa expliciet binnen de marktscan onderzoek naar deze labels, naar deze collectiviteiten die apart de markt op gaan. Ik weet niet precies wat de Kamer wil: moet dit onder een apart kopje, dus naast de marktscan? Mij lijkt dat onzin. De NZa kan hieraan toch in het kader van de marktscan expliciet aandacht besteden? Ik heb dat al eerder toegezegd en doe dit bij dezen nogmaals.

Over de apothekerscontractering nog het volgende. We zijn twee weken bezig. Normaal loopt die contractering ver door in het jaar. Als ik zie hoe snel dit nu gaat, valt het mij reuze mee. Hoe gaat het precies in de

praktijk? Dat weet ik niet, want de NZa doet nu een marktscan. Het lijkt mij van groot belang om die marktscan af te wachten, om te kunnen beoordelen of het een individuele signalering is of een grotere trend, en of het in bepaalde delen van het land, of bij bepaalde verzekeraars, erger is. Het is nog niet bekend wanneer ik deze marktscan onder ogen zal krijgen, maar aangezien ik de Kamer toch al schriftelijke informatie heb beloofd, zal ik dat daarin meenemen.

Een aantal leden vroegen om het veldonderzoek dat al is gedaan naar medicijnen en bijbetaling, nogmaals te doen, omdat het een tamelijk technisch onderzoek was. Ik deel die mening niet, ik vind dat wij goed onderzoek hebben gedaan. We hebben niet alleen de koepels onderzocht, we hebben huisartsen en anderen die echt het werk doen gevraagd naar hun ervaringen. Ik ben van mening dat we niet allerlei onderzoeken vlak na elkaar moeten overdoen. Dat vind ik echt zonde van de capaciteit die we hebben.

Als de inspectie onderzoek heeft gedaan naar Different en de therapieën die daar worden gegeven, zal ik de Kamer daarvan natuurlijk op de hoogte stellen. Ook ik ben van mening dat we «homotherapie», of «onthomoën», zo snel mogelijk uit ons vocabulaire moeten halen, aangezien hierbij geen sprake is van een ziekte. En als het geen ziekte is, kun je er ook niet van genezen; gelukkig maar.

Bij de kwestie rond reuma zit ik met hetzelfde dilemma als bij de toelatingen tot het pakket: ik krijg per maand bakken met medicijnen en therapieën aangeboden, die alle in het pakket willen. Ik heb de kennis niet; de ene keer moet je daarvoor farmacoloog zijn, de andere keer moet je gespecialiseerd zijn in allerlei oncologische behandelingen. Geen enkel persoon kan al die kennis in zich verenigen. Voor een objectief criterium om te bepalen of iets wel of niet in het pakket kan, hebben we het CVZ. Als wij de CVZ-oordelen gaan verwerpen, moeten we wel weten waaraan we beginnen. Er zijn namelijk ook therapieën en geneesmiddelen die ik op basis van het CVZ-advies afwijs. Het zou anders betekenen dat de sluis opengaat voor allerlei therapieën en behandelingen.

Is er risicoselectie? Bij 70% van de aanvullende verzekeringen wordt er niet geselecteerd. Bij de 30% waarbij wel wordt geselecteerd, gaat het voornamelijk over tandartshulp. Wil dat zeggen dat er nooit iemand wordt geweigerd voor een aanvullende verzekering op basis van andere kenmerken? Ik sluit dat niet uit, maar evident zijn er genoeg verzekeraars die mensen zonder selectie toelaten tot fysiotherapie.

Ik ben het met mevrouw Gerbrands eens dat het kiezen van een zorgverzekeraar ingewikkeld is. Nu doe je dat met name op prijs, je wilt dit steeds meer op kwaliteit doen, op wat zo'n zorgverzekeraar extra biedt. Ik kan mij heel goed voorstellen dat mensen het systeem nog heel ingewikkeld vinden. Wijzelf zijn daar ook een beetje debet aan. Er waren de eigen betalingen, de medicijnknaak, we hebben de no-claimregeling gehad. En als iets heel lang bestaat, slijt het als het ware in het systeem van mensen. Wij hebben allemaal de neiging om dingen steeds beter te maken, of in ieder geval steeds te willen veranderen.

Wat betreft de KNMP en de andere berichten: ik wil echt de marktscan afwachten, ik zal kijken hoe snel hij er is.

Koppelverkoop, bijvoorbeeld de tandarts én een extra verzekering, is toegestaan. Is het wenselijk? Als patiënt vind ik dat niet wenselijk. Ik heb jarenlang gezocht naar een aanvullende verzekering zonder alternatieve therapieën. Nou, daar moet je echt goed naar zoeken! Ik weet niet of die er nu is, maar destijds heb ik die niet kunnen vinden. Verzekeraars koppelen van alles aan elkaar en bieden dat als een pakket aan hun verzekerden aan. Vanuit de politiek kan ik daar niets aan doen.

Mevrouw Dijkstra vroeg waar het onderzoek betrekking op heeft. Het onderzoek gaat over de versnelling van de procedures; daarover ging de motie-Van der Veen ook. Het rapport van de commissie-Don komt, zoals gezegd, in juli. De maatregelen met betrekking tot de maagzuurremmers

zijn genomen op advies van het CVZ; die kunnen voor kortdurend gebruik heel goed voor eigen risico worden genomen. Gaat het wel goed bij de apothekers, is het slikken of stikken, hoe zit het met de timing van de contractering? Dit betreft de marktscan. Verwacht ik veranderingen van wet- en regelgeving ten aanzien van de pensionado's en verdragsgerechtigden? Voor zover wij hier en nu kunnen nagaan, verwacht ik die niet. Als ik nu iets mis, zal ik dat voegen bij de reeds toegezegde informatie. Er bestaan voor bepaalde landen lage woonlandfactoren, maar vanwege de Europese richtlijn kunnen mensen inderdaad hun zorg krijgen in Nederland; mensen kunnen namelijk op grond daarvan zelf kiezen waar zij hun zorg krijgen, dus dat kan ook in Nederland. Het Toezichtskader zorgplicht wordt inderdaad gemonitord. Op de andere vraag van de heer Van der Veen kan ik antwoorden dat ik gisteren een brief naar de Tweede Kamer heb gestuurd over de pensionado's, met mijn beweegredenen om niet voor de opt-in te kiezen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): In antwoord op de vraag over Remicade had de minister het over colitis ulcerosa, maar ik had het over sarcoïdosepatiënten en voor hen is de werking van Remicade gewoon aangetoond. Over die mensen gaat het dus; dat zijn mensen die van ziekenhuis naar ziekenhuis worden gestuurd en van iedereen te horen krijgen dat zij daarop aanspraak kunnen maken en recht hebben.

De **voorzitter**: Wij vragen de minister om het verdere antwoord in haar aanvullende brief te zetten.

Ik dank de minister voor haar beantwoording. Er is gevraagd om het verslag van dit algemeen overleg op de agenda te zetten, met mevrouw Leijten als eerste spreekster, maar misschien is het goed als wij eerst even wachten totdat wij extra informatie hebben gekregen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het goed om die extra informatie af te wachten. Ik zal de minister ook per ommegaande informatie over de casus van dat meisje en de specifieke brillenglazen doen toekomen, maar daarbij vraag ik haar wel of het mogelijk is dat die brief in de loop van de volgende week naar de Kamer komt.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de minister. Zij zegt mij dat die brief binnen twee weken bij de Kamer kan zijn. Wij zullen de Griffie vragen om het verslag van dit algemeen overleg op de agenda te zetten, nadat wij die brief hebben ontvangen. Over twee weken krijgen wij deze brief. Ik sluit bij dezen de vergadering, met dank aan de minister en haar ambtenaren, de collega's en de minister die geduldig naar ons hebben geluisterd.