

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 414

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 september 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 juli 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 maart 2012 over risicoverevening (29 689, nr. 380);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 april 2012 ter aanbieding van het samenvattend rapport «Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010», onderdeel van het «vereveningsonderzoek Zorgverzekeringswet en compensatie eigen risico», opgesteld door de NZa (29 689, nr. 386);**
- **de brief van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2012 over de stand van zaken met betrekking tot risicoverevening (29 689, nr. 388);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2012 ter aanbieding van het eindrapport van de commissie Evaluatie Risicoverevening Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 391);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 mei 2012 inzake het onderzoek toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt (32 620, nr. 62);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juni 2012 inzake de commissie Evaluatie Risicoverevening ZVW (29 689, nr. 405);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juni 2012 over de stand van zaken betreffende het ex-antierisicovereveningsmodel 2013 (29 689, nr. 403).**

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: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Smeets, Smilde, Mulder, Dijkstra, Van der Veen en Leijten,

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

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg en heet de minister, haar ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en onze geachte afgevaardigden van harte welkom. We hebben een spreektijd van vijf minuten per fractie afgesproken. Het woord is als eerste aan mevrouw Smilde van de CDA-fractie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De steunpilaren die de solidariteit van de Zorgverzekeringswet moeten waarborgen, zijn de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie. We hebben het hier vandaag over de risicoverevening. De zorgverzekeraars kunnen daardoor iedereen accepteren, ondanks gezondheidsverschillen. We kunnen constateren dat dit de afgelopen jaren goed is gegaan. Dat is ontzettend belangrijk, want als het verkeerd zou gaan, konden wij wel inpakken met ons mooie zorgsysteem. Gelukkig laten rapportages de afgelopen jaren zien dat het goed gaat. Toch moeten we het systeem regelmatig tegen het licht houden, want op termijn zijn er wel risico's. Er zijn immers gewoon groepen met voorspelbare verliezen. Die zijn identificeerbaar. Als je dat koppelt aan een grotere risicodragendheid van de zorgverzekeraars, is het niet ondenkbaar dat er misschien toch heel subtiele manieren komen om er op een of andere manier voor te zorgen dat je een gezonde populatie contracteert. De minister heeft daarom de commissie-Don gevraagd om eens te kijken naar hoe dat gaat. In het rapport van de commissie-Don lezen wij dat er een aanpak op verschillende fronten wenselijk is. De risicoselectie is het belangrijkste vraagpunt. De NZa kijkt elk jaar naar de directe risicoselectie. Daar is in het algemeen geen aanwijzing voor, maar zou de NZa ook specifiek kunnen kijken naar wat de commissie-Don nu boven tafel heeft gekregen? Dan zouden we elk jaar de vinger aan de pols kunnen houden. We moeten de risicoverevening voortdurend up to date houden. We weten van de afgelopen jaren dat we de ex-anteverevening zo goed mogelijk moeten doen. Dat hebben we ook gedaan. De hoge kosten zitten inmiddels in de ex ante, waardoor we ook op een verantwoorde manier de ex post kunnen afbouwen. De commissie-Don geeft aan dat er twee mogelijkheden zijn om op een subtiele manier – ik noem het maar zo, in navolging van de commissie – toch aan indirecte selectie te kunnen doen. Een mogelijkheid is door mensen tussentijds te laten opzeggen bij de zorgverzekeraar en de andere manier zijn bepaalde vormen van doelgroepencollectiviteit. Het punt van de collectiviteiten vind ik wel een beetje jammer. De minister weet uit haar vorige functie dat wij met de collectiviteit een slag hoopten te slaan in de Zorgverzekeringswet. De bedoeling was dat het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker zou worden om grote groepen mensen te contracteren, al hebben die gezondheidsverschillen. Dat gebeurt niet en dat vind ik jammer. Wat kunnen we daaraan doen? Misschien hebben de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) daar ook ideeën over? Hoe kan het dat de patiëntenorganisaties die handschoen niet oppakken? Dat vind ik toch jammer.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Volgens mij staat het antwoord daarop in het rapport van de commissie-Don. Als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld chronisch zieken zou aantrekken, dan weet die verzekeraar zeker dat hij

verlies lijdt op die collectiviteit. Ik begrijp de vraag dan ook niet helemaal. Erkent mevrouw Smilde wat de commissie-Don zegt, namelijk dat het onaantrekkelijk is om met name chronisch zieken in een collectiviteit onder te brengen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kom op beide vragen nog terug. Wij hadden daar graag de collectiviteit voor gebruikt en dat gebeurt niet. Op de vraag van de voorspelbare verliezen kom ik terug.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De reactie van mevrouw Smilde verbaast mij. Eerst zegt zij dat er nauwelijks sprake is van risicoselectie en vervolgens beaamt zij dat zorgverzekeraars in ieder geval geen chronisch zieken in een collectiviteit opnemen vanwege de voorspelbare verliezen. Ik wacht haar verdere betoog af.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nu haalt u wel alles door elkaar. Ik gaf aan dat de collectiviteiten nog niet lopen zoals wij het hadden bedoeld. Wij wilden collectiviteiten niet alleen via werkgevers/werknemers, maar ook via bijvoorbeeld patiëntenorganisaties. Ik vroeg wat we daaraan kunnen doen. Ik zie daar ook de keerzijde van, namelijk die voorspelbare verliezen. Daarvan zei ik dat ik er nog een aantal opmerkingen over wil maken.

De **voorzitter**: U hebt nog twee minuten.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Is het mogelijk om de voorspelbare verliezen beter in beeld te krijgen? We hebben ook een rapport gezien van de verzekerden met een AWBZ-indicatie. De chronisch zieken zijn überhaupt niet goed in beeld. Is er een mogelijkheid om dat beter naar voren te halen? Daarnaast is de ggz-populatie bij de commissie-Don niet meegenomen. Ook daar zijn voorspelbare verliezen te zien. Het gaat hier om subtiele vormen. In haar brief zegt de minister dat het nog wel redelijk gaat en dat we wel zo kunnen doorgaan. Ik vind echter dat wij op de punten die ik net genoemd heb, er bovenop moeten zitten en een fikse stap moeten zetten. Hoe gaat de minister dat doen?

Dan heb ik nog een paar vragen over nieuwe toetreders. Op dat punt ben ik teleurgesteld. Het is duidelijk dat het moeilijk is voor nieuwe toetreders, anders waren ze er wel geweest. Een belangrijke toegangsdramp is de kapitaalseis. Ik vroeg mij af of het antwoord van de Europese Commissie op de vragen van mijn collega Wortman uit het Europees Parlement nog respijt kan bieden voor de bijzondere positie van de zorgverzekeraars. De Commissie signaleerde dat er verdere drempels zijn en noemde de complexe regelgeving, de afschaffing van de ex-postcompensaties et cetera. Kunnen we daar niet meer aan doen, teneinde toch nieuwe toetreders te krijgen? Het is toch wat mager als het bij de constatering blijft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb gemist wat het CDA vindt van de commissie-Don, die immers oordeelt dat de gevaren voor het huidige stelsel alleen te voorkomen zijn met de perfecte manier van risicoverevening. Tegelijkertijd zitten we in een stelsel waarin we willen dat zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. Wat kiest de CDA-fractie? Kiest zij voor solidariteit of kiest zij voor risico?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het CDA kiest voor solidariteit. Dat kan uitstekend met dit systeem, dat hebben we de afgelopen jaren gemerkt. In wezen werkt het risicovereveningssysteem heel goed, alleen is het op een aantal punten mogelijk om aan een indirecte vorm van risicoselectie te doen. Ik wil dat de minister daar meer bovenop zit. Daar moet naar onze mening een tandje bij, maar op zich loopt de risicoverevening gewoon

goed, met name omdat we de ex-anteverevening steeds hebben kunnen bijstellen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Nu ben ik wel heel erg benieuwd naar wat de minister zal antwoorden en of het CDA daar tevreden mee zal zijn. Wij stellen al jaren Kamervragen over zorgverzekeraars die via collectiviteiten mensen weren of de gezonde populatie opzoeken. Daar is nooit een probleem van gemaakt. De NZa heeft nooit opgetreden. Nu het rapport van de commissie-Don er ligt, zouden we toch moeten zeggen: ho, pas op de plaats. Blijkbaar is het CDA echter nog niet overtuigd van de risico's die we lopen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik geloof niet dat mevrouw Leijten dat kan concluderen uit wat ik de afgelopen vijf minuten heb gezegd. Ik geef aan dat wij daar zorgen over hebben. Ik wil ook van de minister horen hoe zij daarmee omgaat. Ik heb niet voor niets gevraagd of de NZa in haar jaarlijkse rapportage de mogelijkheid heeft om juist daar nog meer bovenop te zitten. Ik denk dat we daarmee het uiterste doen. Bovendien zullen we ook jaar voor jaar moeten kijken hoe het gaat. Als we het voor dit jaar dichtgeregeld hebben, kan het over twee jaar nog zo zijn dat we er opnieuw naar moeten kijken, omdat er dan wellicht ergens weer lucht in zit.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. De risicoverevening is zowel de parel als de achilleshiel van ons solidaire zorgstelsel. We moeten die achilleshiel en die parel ontzettend goed in de gaten houden en beschermen. We moeten ze telkens monitoren en aanpassen als dat nodig blijkt te zijn of als daar aanleiding toe is. Het is goed dat er een aantal rapporten ligt en dat de CG-Raad een rapport heeft doen opstellen hierover. Het onderwerp is daar belangrijk genoeg voor. Er staat veel goed nieuws in de rapporten. De commissie-Don bijvoorbeeld constateert dat er op dit moment geen doelbewuste strategieën van verzekeraars zijn om aan risicoselectie te doen. Ook zijn er geen aanwijzingen dat verzekeraars doelbewust groepen aanmoedigen zich te verzekeren bij een bepaalde verzekeraar. Het is ook goed dat de minister van VWS een aantal zaken gaat doen. De ex ante wordt uitgebreid in 2013 en er komt onderzoek naar het opnemen in de verevening van de ggz, comorbiditeit, hulpmiddelen, AWBZ-indicaties en langdurige zorg.

Op een aantal aandachtspunten geldt voor mijn fractie dat je het probleem moet oplossen voordat het een probleem wordt. De commissie-Don constateert immers dat er wel groepen zijn waarop voorspelbaar verlies of winst kan worden gemaakt. De identificatie van die groepen is op korte termijn mogelijk. De minister zegt dat er continu aandacht is voor de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en voor de verbetering van de risicoverevening. De VVD is het eens met die continue aandacht, maar wat bedoelen we precies daarmee? Is dat het jaarlijks aanpassen en evalueren van de risicoverevening? Of moeten we naar een systeem toe waarin er niet jaarlijks, maar direct actie wordt ondernomen als er een signaal is of een melding dat er aan risicoselectie gedaan wordt of dat de risicoverevening niet klopt? Dat kan een methode zijn om verzekeraars die zoiets in hun hoofd halen, te ontmoedigen. Ze weten dan immers dat daar gelijk iemand achteraan zal zitten. Wellicht is het een taak voor de marktmeester, de NZa, om dat te doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is altijd interessant om mensen of zorgverzekeraars die het fout doen, meteen achter de broek aan te zitten, maar de vraag is hoe je dat constateert. Wynand van de Ven – dat stuk is ook bijgevoegd – maar ook anderen geven aan dat bepaalde collectiviteiten niet aangeboden worden, omdat daarmee financiële risico's worden binnengehaald. Zo bieden zorgverzekeraars geen collectiviteiten aan voor

chronisch zieken en laten ze chronisch zieken in de marketing buiten beschouwing. Dan is er sprake van indirecte risicoselectie. Hoe wordt dat bestreden?

De heer **Mulder** (VVD): Als er geen collectiviteiten worden aangeboden voor chronisch zieken, kun je redeneren dat er neutraal wordt gedraaid. Het kan echter ook een reden zijn om daar eens naar te kijken. Klopt dan de risicoverevening wel? Blijkbaar is het niet lonend om deze collectiviteit aan te bieden. Dat kan een reden zijn om daar in te duiken. Dat bedoel ik met «er gelijk op zitten» bij elke aanwijzing. De marktmeester moet er gelijk op springen bij meldingen uit het veld en zodra blijkt dat zorgverzekeraars met een goede reputatie bijvoorbeeld chronisch zieken niet contracteren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan kunnen ze er nu al op springen. Niet alleen door de commissie-Don, maar ook in een artikel in de Economisch Statistische Berichten (ESB) werd gemeld dat chronisch zieken een groot voorspelbaar verlies zijn en dat zij met name door de afschaffing van de ex-postfactor een nog groter risico voor de zorgverzekeraars worden. De constatering is dat er niets aangeboden wordt. Waar springt de NZa nu bovenop?

De heer **Mulder** (VVD): Als dat zo is, en dat wordt gesuggereerd, dan moet je goed kijken of de verevening klopt of dat je misschien hulpmiddelen moet opnemen in de verevening, of dat de AWBZ-indicatie erbij moet of de langdurige zorg als indicator. Zo kun je er achteraan gaan om de risicoverevening nog beter op orde te krijgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb nog niet helder wat de heer Mulder nu vraagt van de minister. De minister ziet weinig aanleiding in het rapport van de commissie-Don. De VVD-fractie ziet daar meer aanleiding in. Dat doet mij deugd, maar wat moet de minister nu gaan doen?

De heer **Mulder** (VVD): Om te beginnen is de commissie-Don nog positief. Zij zegt dat er op dit moment geen doelbewuste strategieën zijn van verzekeraars om aan risicoselectie te doen. De risicoverevening die wij hebben, is zo belangrijk dat we die heel goed moeten verdedigen. Dat betekent dat je bij elke aanleiding die er is, er als het ware op moet springen om te bezien of het wel of niet klopt. Mijn beeld is dat wij dat nu jaarlijks doen, met de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR), maar misschien kan de marktmeester NZa dat wat steviger doen. Bij de NZa heb ik echter ook gelijk een kanttekening. In de Volkskrant van 29 december 2011 stond, ik had toen een aantal vragen gesteld ...

De **voorzitter**: U gaat nu verder met uw betoog, begrijp ik?

De heer **Mulder** (VVD): Ja.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten had nog een afrondende vraag over het vorige.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat de NZa die taak nu heeft, maar niet vervult. Daarom ben ik een beetje op zoek naar wat de VVD nu precies voorstelt. Het zou zomaar eens kunnen dat we op dit vlak wat dichter bij elkaar liggen dan op andere vlakken.

De heer **Mulder** (VVD): Ik wil iets zeggen over de NZa. Vorig jaar had ik een aantal vragen gesteld over Promovendum en de collectiviteit van Blue en Besured. Toen stond in de Volkskrant van 29 december 2011 dat de NZa geen aanleiding zag om onderzoek te doen. Eigenlijk zegt de

commissie-Don dat er wel degelijk werk ligt voor de NZa. De NZa moet zich de bevindingen van de commissie-Don aantrekken. De commissie-Don constateert ook dat de budgetpolis met tussentijdse opzegmogelijkheid een verkapte mogelijk is, het risico op schade af te wentelen op collega-verzekeraars. De minister heeft een paar maanden geleden in het vorige AO gezegd dat zij de NZa daar in de marktscan 2012 onderzoek naar laat doen. Mijn fractie vraagt zich nu ook naar aanleiding van de brief af wat de minister vindt van de mogelijkheid om tussentijds te kunnen opzeggen. Is dat een probleem? Zo ja, is zij voornemens om die mogelijkheid voor budgetpolissen tegen te gaan? Op basis waarvan wil zij dat doen? Wanneer wil zij dat doen en hoe wil zij dat doen? Daar is de brief nog niet helder over.

In het vorige AO hebben we het ook gehad over polissen en collectiviteiten die mensen uitsluiten. De minister heeft toen gezegd: als blijkt dat er op een bepaalde groep een zekere winst is te maken, dan is er een probleem. Volgens mij is dat probleem er, want de commissie-Don zegt dat studenten en hoogopgeleiden voorspelbaar winstgevend zijn. De minister zegt dat ze wil nagaan hoe er met het begrip student geopteerd kan worden in de verevening, maar hoe doe je dat met de opleiding? De minister noemt dat vrijwel onmogelijk, maar is het dan niet van tweeën een? Of we hebben een groot probleem met de opleiding en doen daar wat aan via de verevening, of we zeggen: we gaan het type polissen verbieden waarin expliciet wordt ontmoedigd op opleiding. Graag hoor ik daarop een reactie van de minister.

Ik heb nog een vraag. In het rapport van de commissie-Don wordt niet gesproken over de geestelijke gezondheidszorg. Is dat een omissie? Zou het niet zaak zijn dat de commissie daar ook nog naar kijkt?

Tot slot het nieuwe vereveningscriterium. De heer Van de Ven heeft in Economische Statistische Berichten en in het rapport van de CG-Raad opgeroepen om ook eens naar een aantal nieuwe vereveningscriteria te kijken zoals meerjarig lage kosten, hulpmiddelen, ggz en AWBZ. Hij roept ook op om te kijken hoe bestaande criteria zoals het vrijwillig eigen risico, een genormeerd tarief achteraf voor zwangerschap en het rekening houden met comorbiditeit verfijnd kunnen worden. Graag hoor ik een reactie van de minister op deze ideeën van Van de Ven en anderen in het rapport van de CG-Raad en in de ESB.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. D66 wil vooruit met de Zorgverzekeringswet. Als het gaat om de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg, moeten we niet nu op de rem trappen. We moeten wel kritisch blijven en verbeteringen aanbrengen. Dat geldt in het bijzonder voor de risico-verevening. Naast de acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie is risicoverevening de derde pijler onder de Zorgverzekeringswet. Daarmee compenseren we de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerde populatie, zodat er een gelijk spelveld ontstaat, waarop zorgverzekeraars eerlijk kunnen concurreren. Belangrijk is daarbij het tegengaan van risicoselectie, zodat de zorgverzekering voor iedereen toegankelijk blijft. Hoe beter we het vereveningssysteem regelen, hoe kleiner de prikkels zijn voor risicoselectie. D66 wil het systeem daarom blijven aanpassen. We willen dat aan de voorkant goed regelen, zodat we gedoe achteraf kunnen voorkomen. Met een solide ex-antisicovereveningsmodel weten verzekeraars sneller waar zij aan toe zijn en wordt de inkoop van doelmatige zorg gestimuleerd. Daarom vind ik het verstandig dat de minister niet teruggrijpt op nieuwe ex-postcompensaties.

Mijn fractie is blij met de grondige evaluatie van het systeem van risicoverevening door de commissie-Don. Het is goed om te horen dat er op dit moment volgens de commissie geen grootschalige risicoselectie plaatsvindt, maar er zijn wel uitzonderingen. Zo vindt er indirect een vorm van selectie plaats door de mogelijkheid van het tussentijds opzeggen van

de zorgverzekering, waarvoor je met een hoog vrijwillig eigen risico betaalt. Daarmee worden winstgevende cliënten zoals studenten gebonden, die overstappen als ze verlies maken. De concurrent of collega-verzekeraar wordt dan opgezadeld met de zieke student, zou ik maar zeggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil even terug naar de relatie tussen de risicoverevening en de doelmatigheid. Mevrouw Dijkstra zegt dat een perfect of bijna perfect werkend risicovereveningssysteem de doelmatigheid zou bevorderen. Nu is er echter juist een spanningsveld tussen het risicovereveningssysteem en de doelmatigheid. Hoe preciezer je de risicoverevening geregeld hebt, hoe minder doelmatig je hoeft te functioneren, want het wordt toch allemaal verevend. Dat is ook de theorie die uit verschillende stukken naar voren komt. Hoe ziet mevrouw Dijkstra de relatie tussen aan de ene kant haar wens tot een perfect functionerend risicovereveningssysteem en aan de andere kant de wens tot doelmatige inkoop?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil misschien wel een perfect systeem, maar ik weet ook wel dat een perfect systeem niet bestaat. Vandaar ook het pleidooi voor het blijven aanpassen van het risicovereveningssysteem. De doelmatigheid wordt juist gediend als zorgverzekeraars weten waar ze aan toe zijn. Als dat in het ex-antemodel wordt geregeld, kunnen ze daar veel beter op anticiperen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het staat ook in de stukken: hoe beter je ex-antesysteem is, hoe minder de doelmatigheid aan de orde is. De minister komt daar zelf ook in een van haar brieven op terug. Als alles perfect of bijna perfect geregeld is, vervalt, althans volgens de minister, een van de prikkels om doelmatig in te kopen. Ik kom daar straks in mijn inbreng op terug. Mijn vraag was hoe mevrouw Dijkstra met dat spanningsveld omgaat, maar ze heeft daar eigenlijk al antwoord op gegeven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb daar antwoord op gegeven. Ik kan dat nog een keer doen, maar dat heeft weinig zin. Ik vervolg mijn betoog. Ik was gebleven bij de winstgevende cliënt, die een hoog vrijwillig eigen risico heeft en tussentijds kan opstappen, waardoor de concurrent wordt opgezadeld met de zware lasten. Dat vinden wij onwenselijk, net als de commissie-Don overigens. De minister blijft in haar brief onduidelijk over haar standpunt. Wil zij het tussentijdse opzeggen nu wel of niet verbieden? De commissie-Don constateert dat op studenten en hoogopgeleiden voorspelbare winsten kunnen worden gemaakt. Om selectie op deze criteria te voorkomen, raadt de commissie een betere compensatie aan. De minister wil echter niet naar het criterium opleiding kijken voor de ex-anteverevening, omdat daarover geen goede informatie bestaat. Is zij bereid om met haar onderwijscollega te bezien hoe een registratie van de opleiding mogelijk kan worden gemaakt?

Mevrouw **Leijten** (SP): Wil D66 dat het tussentijds opzeggen van de zorgverzekering verboden wordt?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja, dat heb ik gezegd. D66 vindt dat onwenselijk, net als de commissie-Don.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra gaat verder. Zij heeft nog precies tweeënhalve minuut.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister start wel onderzoek naar het criterium student. Wanneer zal dat onderzoek klaar zijn?

De collectiviteiten zijn hier al eerder aan de orde geweest.

AWBZ-verzekerden en verzekerden die hulpmiddelen gebruiken, hebben hogere Zvw-kosten en zijn voorspelbaar verliesgevend. Het lijkt mij daarom goed om beide indicatoren als vereveningscriterium toe te voegen. Volgens de minister kan een AWBZ-indicatie nog niet in 2013. Ze schrijft in haar brief dat zij wil onderzoeken hoe het vormgegeven kan worden voor 2014. Mag ik daaruit opmaken dat ze in elk geval van plan is om die indicatie vorm te geven? Ook het hulpmiddelengebruik kan door gebrek aan registraties nog niet worden toegevoegd. Hoe snel kan dat wel? Wanneer kan dit als vereveningscriterium worden toegepast?

De commissie-Don heeft helaas niet gekeken naar het risicovereveningssysteem voor de ggz. Op welke termijn gaat de minister hier alsnog in voorzien?

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hun inkoopcriteria transparant maken en dat verzekerden informatie krijgen over de kwaliteit van ingekochte zorg. Dat vergroot de keuzevrijheid van de patiënt en het voorkomt dat een zorgverzekeraar die verlies maakt op een bepaalde groep, dit compenseert via de inkoop van slechtere zorg. D66 wil dat zorgverzekeraars worden verplicht om alle beschikbare informatie openbaar te maken. Verder moeten wat ons betreft verzekeraars hun verzekerden zo snel mogelijk informeren welke zorgaanbieders ze hebben gecontracteerd en waarom. Wil de minister hierop een reactie geven? Vindt zij ook dat zorgverzekeraars hiertoe verplicht moeten worden? Het voorkomen van risicoselectie is belangrijk voor alle patiënten. De commissie-Don adviseert daarom patiëntenorganisaties te betrekken bij het vereveningssysteem. Wij ondersteunen dit streven, maar hoe ziet de minister dat voor zich? Op welke manier wil ze signalen uit de praktijk gaan verzamelen?

Tot slot onderscheidt de NZa een aantal drempels voor nieuwe toetreders en kleinere zorgverzekeraars. In het huidige systeem van risicoverevening is de kleine verzekeraar slechter af. Kleine verzekeraars zijn extra gevoelig voor verliesgevende verzekerden. Ik vraag de minister daarom ook structureel onderzoek te doen naar subgroepen die voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn. Dit kan dan periodiek in het vereveningssysteem verwerkt worden, waardoor we ongewenste selectie voorkomen. Daarmee maken we het vereveningssysteem toekomstbestendig. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Het huidige stelsel moet drie doelen dienen. De zorg moet betaalbaar en van goede kwaliteit zijn en de toegang tot de zorg moet voor iedereen in gelijke mate gegarandeerd zijn. Over de relatie tussen marktwerking en betaalbaarheid kan ik kort zijn.

Nadat bij de ziekenhuizen is gebleken dat er sprake is van een forse omzetstijging in het vrij onderhandelbare segment, blijkt nu ook bij de tandheelkunde dat de invoering van marktwerking alleen maar leidt tot onnodige kostenstijging. Wat de kwaliteit van de zorg betreft is nog niet overtuigend aangetoond dat het stelsel leidt tot aantoonbare verbetering van de kwaliteit. De minister schrijft in haar brief van 28 juni betreffende de evaluatie van de risicoverevening ook: «er is echter niet altijd voldoende kwaliteitsinformatie over het zorgaanbod beschikbaar. Meer inzicht in de kwaliteit van de zorg is noodzakelijk». Als dat nu nog steeds niet voldoende geregeld is, is de vraag wanneer het dat wel zal zijn. Eigenlijk hebben we het vanmiddag over de toegang tot de zorg. De gelijke toegang tot de zorg voor iedereen, ongeacht ziekterisico of inkomen, is een parel van ons stelsel. Die gelijke toegang wordt geborgd door het risicovereveningssysteem, in eerste instantie zeker bedoeld om verzekeraars een gelijk spelveld te geven en om te voorkomen dat er op risico wordt geselecteerd. Uit alle voorliggende stukken, zoals het

voortreffelijke rapport van de commissie-Don, blijkt dat op basis van voorspelbare verliezen bij vooral de chronisch zieken risicoselectie mogelijk is. In een recent artikel in de ESB stelt professor Van de Ven, een van de oervaders van het risicovereveningssysteem, het volgende. «Een flink aantal polissen die thans worden aangeboden, kunnen als risicoselectie met als gevolg indirecte premiedifferentiatie worden gekwalificeerd en ondermijnen de beoogde solidariteit.» Verderop stelt hij dat in feite de kroonjuwelen van de Zorgverzekeringswet, te weten acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, ondermijnd worden. Ook geeft hij aan dat hierdoor de kwaliteit van de zorg wordt aangetast. Het is immers voor de zorgverzekeraar onaantrekkelijk, zeker in financiële zin, om te investeren in de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Het vaak aangehaalde argument dat de zorgverzekeraar wel in kwaliteit moet investeren in verband met reputatieschade, weerlegt hij door erop te wijzen dat niemand weet hoe goed de zorg geweest zou zijn als de prikkels correct waren geweest. Ook Achmea zorgverzekeraars heeft in het verleden en recent weer laten weten dat zorgverzekeraars ontmoedigd worden om te investeren in de zorg voor chronisch zieken. Graag hoor ik een reactie van de minister op deze constatering. Hoe kan zij garanderen dat er binnen het huidige systeem wel prikkels zijn om te investeren in chronisch zieken? Hoe zien die prikkels er dan precies uit?

Hoe beoordeelt de minister de constatering dat de afbouw van de ex-postfactor de voorspelbare verliezen vergroot en daarmee ook de druk op de risicoselectie? De heer Van de Ven geeft dat ook aan. Wat betekent dat voor de verdere afbouw van de ex-postfactor? Wat betekent het in de praktijk voor investeringen in de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken?

De commissie-Don is helder in haar aanbevelingen. Zij stelt dat het blijven voortbestaan van voorspelbaar verlies- en winstgevende groepen kwetsbaar is voor de toekomstige ontwikkeling in de zorgverzekeringsmarkt. Ze wijst op het gevaar van het toenemende belang van de aanvullende verzekering en stelt dat de verzekeraar met de dekking en de polisvoorwaarden of met medische selectie voor een aanvullende verzekering sterker dan nu kan gaan sturen op het aantrekken van gunstige verzekerden voor de basispolis. Graag hoor ik daarop een reactie van de minister. In hoeverre gebeurt dat nu al? Welke garanties heeft de minister dat de medische selectie via een aanvullende verzekering niet zal toenemen? Hoe ver de risicoverevening moet gaan in het wegwerken van verlies- en winstgevende groepen en welke doelmatigheidsprikkels er moeten overblijven, is objectief wetenschappelijk niet vast te stellen en daarom feitelijk een normatieve keuze.

Tot slot stelt de commissie-Don dat in de uitruil tussen doelmatigheid en solidariteit altijd een politieke afweging gemaakt moet worden. Die politieke afweging blijkt overduidelijk uit de reactie van de minister op de aanbevelingen van het rapport-Don. Ik geef een paar voorbeelden. Het feit dat er geen doelbewuste strategieën van verzekeraars zijn om tot risicoselectie over te gaan, bevestigt de minister in haar mening dat het Nederlandse risicovereveningssysteem goed functioneert. Dat staat op pagina 2 van de brief. De minister vertrouwt er dus op dat de zorgverzekeraars geen risicoselectie zullen toepassen. Verderop stelt zij echter dat de introductie van nieuwe ex-postcompensatie niet haar voorkeur heeft, omdat dit de prikkels voor de inkoop van doelmatige zorg door zorgverzekeraars zou verminderen. Het vertrouwen in de zorgverzekeraars bleek hier toch weer niet zo groot te zijn.

De **voorzitter**: U hebt nog een halve minuut.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij zijn geen voorstander van marktwerking. De stukken bewijzen dat ook. We denken dat het goed is om door te gaan met risicoverevening, omdat dit ook goed is voor de regionale

budgettering. We willen graag – anderen hebben het ook gezegd – dat de aanbevelingen van de commissie-Don worden uitgevoerd, met specifieke aandacht voor één risicodragers per concern en om te voorkomen dat er geprofiteerd wordt van de ex post.

Tot slot. Wat is de stand van zaken in de risicoverevening 2013? Wanneer krijgt de Kamer daar inzicht in en waarom wordt nu niet toegezegd dat de ex post 2013 gelijk is aan de ex post 2012?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We hebben het vandaag over een zeer complexe materie, die in Nederland misschien slechts door een handjevol mensen door en door wordt begrepen. Het is daarom ook niet zo gek dat we een hoop onderzoeksrapporten hebben over de werking van de risicoverevening. Mensen begrijpen vrij goed wat risicoselectie is. Het is de schadelast van dure chronisch zieken buiten de deur houden – zo spreken immers zorgverzekeraars over hun patiënten – om winst te kunnen maken. Wij willen dat allemaal niet, althans dat zeggen we. Toch stelt de SP jaar op jaar Kamervragen over polissen of over wervingsbeleid, en jaar op jaar wordt er gezegd: er is niets aan de hand. Waarom zou je betalen voor kraamzorg als je geen kraamzorg nodig hebt? Dat is gewoon een reclameleus van een zorgverzekeraar. Een andere zorgverzekeraar zegt: heb je een mbo-opleiding of lager, dan kom je bij ons niet in de collectiviteit. Dat is gewoon risicoselectie. Het lijkt mij goed dat de minister zegt: dat is risicoselectie. Dan is de volgende stap die zij zou moeten zetten, dat zij de NZa oproept om op te treden. Als de NZa niet wil of niet kan optreden of geen verstand heeft van risicoverevening of van risicoselectie, dan moet de minister misschien maar zelf optreden. De VVD vraagt hier niet voor niets om scherp optreden. Dat dit soort polissen wordt aangeboden, legt natuurlijk de bijl aan de wortel van het systeem. Eigenlijk is het dan ook gek dat de SP er zo bovenop zit en er Kamervragen over stelt, maar het is ons een lief ding waard dat mensen niet als kostenpost worden benaderd, maar gewoon toegang hebben tot zorg. Ik wil graag dat de minister met de NZa afsprekt dat er wordt opgetreden bij dit soort dingen. Of de NZa iets doet, moet niet van Kamervragen afhankelijk zijn of van een kritische houding van de VVD. Ik vind het eerlijk gezegd ook wel een beetje schokkend dat de NZa adviseurs nodig had bij haar onderzoek naar de risicoverevening. Zit daar wel voldoende kennis? Is er überhaupt onafhankelijke kennis hierover?

De commissie-Don heeft onderzoek gedaan en stelt dat er, hoewel verzekeraars zich in hun marketing in toenemende mate richten op aantrekkelijke doelgroepen, achter de meeste praktijken geen doelgerichte strategieën tot risicoselectie schuilen. Ik ben politicus genoeg om hier ook de andere vertaling van die zin te geven: het lijkt niet zo, maar het ruikt er wel naar. De commissie heeft geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars op grote schaal groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden, ontmoedigen bij het verzekeren. Op welke kleine schaal heeft de commissie-Don dat dan wel geconstateerd? Waarom neemt de minister de aanbevelingen van de commissie-Don niet over? De commissie zegt toch dat de inzet van maatregelen noodzakelijk is om serieuze ondermijning van de solidariteit te voorkomen? Ik snap niet dat de minister dit zo klakkeloos naast zich neerlegt. Meer prikkels tot doelmatigheid, meer risico op de verzekerden, meer risico op de schadelast staat haaks op de solidariteit. De heer Van der Veen zei het al, het is een politieke afweging hoe je hiermee omgaat. Als de minister dus niets doet, is mijn conclusie dat zij die gevaren voor lief neemt. Dat zijn gevaren die zullen leiden tot het uitsluiten van hoge risico's.

Ik heb nog een andere vraag aan de minister. Hoe wil zij omgaan met de zorgverzekeringsmarkt? Is er niet een situatie aan het ontstaan die eigenlijk veel te gevaarlijk is voor deze minister? Stelt u zich eens voor dat een schadelastverzekeraar het niet meer voor elkaar krijgt om winst te maken of om zichzelf overeind te houden. Wat gebeurt er dan? Is er

nagedacht over het scenario dat grote verzekeraars gered zouden moeten worden? Mensen denken mogelijk dat dit een flauwe vraag is, maar ik heb bij de banken ook altijd gedacht dat wij die niet overeind hoefden te houden, en toch hebben we nu in heel Europa crisis omdat systeem-banken omvallen.

De **voorzitter**: U hebt nog een halve minuut.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan zou ik graag willen dat de minister ingaat op de grote zorgen van de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), die zeggen: we zien een mate van risicoselectie en die is nog het grootst bij de aanvullende verzekering. Daar zien zij echt het probleem dat men niet meer verzekerd kan worden als men bekend gebruiker is. Het voorbeeld van de reuma is genoemd. Hoe gaat de minister daarmee om in de toekomst? Is het echt nodig dat iets wat niet meer collectief wordt verzekerd, zo duur wordt in de aanvullende verzekering dat chronisch zieken daar geen recht meer op hebben? Of zullen we afspreken dat er voor de aanvullende verzekering mogelijk ook een acceptatieplicht komt?

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng in eerste termijn. Na een korte schorsing gaan we luisteren naar de beantwoording van de minister in eerste termijn. Ik stel voor dat wij ons daarbij in eerste instantie beperken tot twee interrupties. Dan hebben we ook nog een tweede termijn en zien we of meer interrupties mogelijk zijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik ben het eens met een aantal woordvoerders die hebben gezegd dat risicoverevening het fundament is onder de Zorgverzekeringswet. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie in de Zorgverzekeringswet kan zonder aanvullend beleid het gelijke spelveld tussen zorgverzekeraars aangetast worden. Het is dus ongelooflijk belangrijk dat dit adequaat en accuraat is. Door de acceptatieplicht in de Zorgverzekeringswet wordt directe risicoselectie uitgesloten. Als verzekeraars echter niet adequaat worden gecompenseerd voor de voorspelbaar winst- en verliesgevende verzekerden in hun portefeuille, dan ontstaat er toch een prikkel tot risicoselectie. Door de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van hun verzekerde populatie, wordt het gelijke spelveld geborgd en wordt de prikkel tot risicoselectie gemitigeerd. Het blijft bij mitigeren, omdat de werkelijkheid nooit helemaal kan worden nagebootst.

Het ex-antiserisicovereveningsmodel voor de somatische zorg is goed. Hierdoor heb ik in 2012 een grote stap kunnen zetten in de afbouw van de ex-postcompensaties. Dat het vereveningsmodel goed is, blijkt ook uit het feit dat de commissie-Don en de NZa geconstateerd hebben dat er geen sprake is van doelbewuste risicoselectie. Ook heeft de NZa geconstateerd dat de risicoverevening geen toetredingsbarrières opwerpt voor nieuwe zorgverzekeraars. Wij moeten echter altijd scherp blijven op het ex-antemodel en altijd verbetering nastreven om te voorkomen dat zich in de toekomst een situatie voordoet die zich tot nu toe nog niet heeft voorgedaan. We moeten dus de verbetering van het risicovereveningsmodel nastreven.

Door onderhoud van de bestaande criteria en door onderzoek naar nieuwe criteria zorg ik ervoor dat het ex-antevereveningsmodel up to date blijft. Ik voel me in dit beleid gesterkt door de aanbevelingen van de commissie-Don. In haar advies geeft de commissie-Don een aantal aanbevelingen voor het ex-antevereveningsmodel. Onderzocht zou moeten worden of het model verbeterd door het toevoegen van criteria die betrekking hebben op AWBZ-gebruik, hulpmiddelengebruik en poliklinisch zorggebruik. Ook stelt de commissie-Don voor, een vereveningscriterium

op te nemen waarbij voorspelbaar lage kosten worden verevend. Om met het laatste te beginnen: ik ben mij ervan bewust dat verzekeraars op de groep zeer gezonde verzekerden mogelijk voorspelbaar winst kunnen maken en dat hierdoor een prikkel tot positieve selectie zou kunnen ontstaan. Van de oplossingen die door de commissie-Don genoemd worden om groepen zeer gezonde verzekerden op te nemen in het vereveningsmodel, blijft met name het toevoegen van het criterium student als onderzoeksrichting over. De eerste actie die ik onderneem, is dus dat ik laat onderzoeken of het criterium student opgenomen kan worden in het ex-antemodel.

Naar de andere verbeterpunten van de commissie-Don – het toevoegen van criteria die betrekking hebben op het AWBZ-gebruik, het hulpmidde-
lengebruik en het poliklinisch zorggebruik – heb ik het afgelopen jaar onderzoek laten uitvoeren. Dat heeft ertoe geleid dat – en dat is mijn tweede actie – het vereveningsmodel voor somatische zorg in 2013 uitgebreid kan worden met poliklinische diagnosekostengroepen (DKG's). Daarnaast bieden de onderzoeken die ik de laatste maanden heb laten uitvoeren, hoopvolle aanknopingspunten voor de verbetering van het vereveningsmodel van volgend jaar, door opname van een criterium gebaseerd op het AWBZ-verbruik. Dat zou de derde stap zijn. De vierde stap is dat ik verwacht in 2014 een grote stap te kunnen zetten in de kwaliteit van het ex-antemodel voor geneeskundige ggz, door het opnemen van psychische DKG's.

De vijfde stap zijn de gesloten collectiviteiten. Ik heb de NZa al gevraagd om daar onderzoek naar te doen en dat gebeurt momenteel ook, dat is in gang gezet. De zesde stap is dat ik laat onderzoeken wat er aan wetten of anderszins aangepast moet worden om mijn voornemen met de tussentijdse opzegging uit te kunnen voeren. De zevende actie betreft het probleem dat wij hebben met het gebruik van hulpmiddelen. Dat zit hem in het gebrek aan uniformiteit van de registratie bij de verzekeraars. Wij hebben besloten om de kwaliteit en de uniformiteit van de hulpmiddelenregistratie bij ministeriële regeling af te dwingen. Het is zeer ongebruikelijk om dat te doen, maar dat doen we, omdat het op een andere wijze tot nu toe gewoon niet voor elkaar is gebracht. Als dan over 2013 en 2014 de gegevens beschikbaar komen, kunnen we daar ook daadwerkelijk iets mee in de verevening. Dat is de zevende actie op basis van de aanbevelingen van de commissie-Don. Daarmee heb ik ook de inleiding afgerond en ga ik over naar de vragen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De ggz is niet meegenomen in het rapport van de commissie-Don. De minister zegt nu dat zij de psychische curatieve ggz wil opnemen in de ex ante. Ik ben het daar erg mee eens, maar valt dat goed te doen? Met de hoge kosten in de ex ante hebben we immers ook al een probleem gehad. Kan dan de psychische ggz al in 2013/2014 opgenomen worden?

Minister **Schippers**: Wij verwachten in 2014 een grote stap te kunnen zetten door de psychische DKG's op te nemen. Daar zijn we nu hard voor aan het werk. De commissie-Don heeft er zelf voor gekozen om de ggz niet mee te nemen. Ze zei: als wij iets bestuderen, dan moet dat wel enige body hebben en dat is bij de ggz wel beschouwd eigenlijk nog niet het geval. De commissie heeft daar dus zelf toe besloten. Dat betekent echter niet dat er op de ggz niets gebeurt, want wij zijn heel druk bezig om op de ggz wel stappen te ondernemen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Is het voldoende identificeerbaar om het straks in de ex ante te krijgen?

Minister **Schippers**: Het probleem dat wij nu hebben, is dat onvoorspelbare verliezen heel moeilijk te identificeren zijn. Anders hadden we

het al gedaan. Omdat het zo moeilijk is, vergt het studie, maar dat wil niet zeggen dat we het niet doen. Wij werken er hard aan om het ex-antemodel ook daarin te verbeteren.

Ik vervolg mijn beantwoording. Mevrouw Smilde vroeg of de NZa specifiek zou kunnen kijken naar de risicoselectie. De NZa kijkt jaarlijks naar de polissen en de collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt. Dat is een jaarlijkse cyclus. De NZa heeft op ons verzoek aangegeven dat zij specifiek zal kijken naar de gesloten collectiviteiten. Naar aanleiding van het vorige debat, waarin onder anderen de heer Mulder daar expliciet vragen over stelde, heb ik de NZa daar opdracht toe gegeven. Ik wil de eerste resultaten daarvan afwachten.

Is het mogelijk om de voorspelbare verliezen beter in beeld te krijgen? Ik stel de gegevens van de risicoverevening beschikbaar aan onderzoeksbureaus zoals SEO en de Erasmus Universiteit om analyses van subgroepen te maken. Van de Erasmus Universiteit heb ik begrepen dat men van plan is, de subgroepanalyse jaarlijks te herhalen. Dat vind ik echt goed nieuws, want wij moeten alle knappe koppen laten meedenken over dit onderwerp. Overigens tonen deze analyses groepen verzekerden aan die verlies- dan wel winstgevend zijn voor verzekeraars, maar dat wil niet zeggen dat ze herkenbaar zijn voor verzekeraars. Die slag is bijvoorbeeld met het criterium opleiding heel moeilijk te maken, maar dat gebeurt dus wel.

Heeft de interventie in het Europees Parlement nog mogelijkheden voor zorgverzekeraars geboden om een specifieke positie te creëren? Ja, want naar aanleiding van die interventie is er in de solvabiliteitsregels een mogelijkheid gecreëerd om voor kleinere zorgverzekeraars een apart regime, een light regime te creëren. Het kabinet heeft dat overgenomen. Dat regime is kortgeleden in werking getreden. Nieuwe kleine toetreders kunnen dus zo'n light regime laten gelden. Dit zijn recente ontwikkelingen die een gevolg zijn van die interventie.

Wat bedoelen we precies met continue aandacht voor het risicovereveningssysteem? Bedoelen we jaarlijks of kunnen we ook direct actie ondernemen? Er is continue aandacht voor het risicovereveningssysteem, niet alleen bij mij, maar ook al bij mijn voorgangers, moet ik zeggen. Ik denk dat iedereen steeds alert is op signalen en als we ze niet hebben gehoord, dan stellen we commissies zoals de commissie-Don in om er onderzoek naar te doen. Er is een bepaalde vaste cyclus, omdat verzekeraars voorafgaand aan een jaar moeten weten waar ze aan toe zijn. Zij moeten immers hun premie kunnen berekenen. Wij doen dat inderdaad continu, maar de maatregelen worden in een vaste cyclus genomen, zodat de premie berekend kan worden door de zorgverzekeraars. De NZa heeft met name op het terrein van de risicoselectie een rol en niet zo zeer op het terrein van de risicoverevening.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister heeft het over kleine verzekeraars. Wat is de omvang van een kleine zorgverzekeraar? Welk aantal verzekerden heeft een kleine zorgverzekeraar?

Minister **Schippers**: Ik heb een aantal voorbij zien komen, maar dat weet ik niet uit mijn hoofd. Het wordt even opgezocht.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mij staat bij 5 000, maar ik kan mij vergissen. Dat is wel erg weinig om een light regime toe te passen.

Minister **Schippers**: Het getal 5 000 wordt door mijn ambtenaren herkend.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan wordt het light regime wel toegepast op heel erg kleine zorgverzekeraars.

Minister **Schippers**: Ja, maar het gaat vaak om nieuwe toetreders. Die beginnen pas. Dit gaat over de toetredingsdrempel van verzekeraars die nieuw beginnen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de pretentie dat ik een beetje verstand heb van verzekeren, maar het lijkt mij wel erg light, als ik het zo mag zeggen, nu blijkt dat er bij een ingewikkelde verzekering sprake is van risico's van 5 000 verzekerden.

Minister **Schippers**: Die constatering is juist.

Ik ben al ingegaan op de introductie van de opleiding in het vereveningsmodel. De vraag is eigenlijk of je een criterium opleiding ook daadwerkelijk kunt operationaliseren. We kijken er nu naar hoe dat geoperationaliseerd moet worden en of het criterium student daartoe dient. Dat is de vertaling die wij hebben gekozen en daar wordt in de komende periode onderzoek naar gedaan.

Ik heb al gezegd dat het een bewuste keuze was van de commissie-Don om de ggz niet mee te nemen, omdat het ex-antemodel voor de ggz te jong was om de werking ervan te beoordelen. Het model van de ggz is nog volop in ontwikkeling.

Wanneer is het onderzoek naar het criterium student afgerond? Ik zal de Kamer in juni volgend jaar berichten over de resultaten van de onderzoeken die ik vanaf nu laat doen, dus ook hiernaar. Dan zal ik de Kamer informeren over de mogelijkheden en de onmogelijkheden.

Wanneer ben ik van plan om een AWBZ-indicatie in te vullen? In het onderzoek dat de afgelopen maanden heeft plaatsgevonden is een goede basis gelegd voor een afwegingskader. Dat kader moet in een vervolgonderzoek verder uitgerekt worden, omdat daar nog een slag voor nodig is. Het kan dan worden toegepast voor de introductie van een nieuw vereveningscriterium voor het model 2014. In juni volgend jaar bij de brief over het ex-antemodel zal de Kamer hierover nader geïnformeerd worden. Wanneer komt er een onderzoek à la de commissie-Don naar de ggz? Dat hebben we nog niet afgesproken. Het model dat wij bij de ggz hebben, is nog heel jong. Wij richten ons nu eerst op de ontwikkeling van dat model, want er is nu eigenlijk nog heel weinig.

Ik weet niet of ik de vraag van mevrouw Dijkstra goed begrepen heb over het verplichten van zorgverzekeraars om snel duidelijkheid te geven over de ingekochte zorg. Ik neem aan dat zij duidelijkheid aan de verzekerden bedoelt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja.

Minister **Schippers**: Ik ben van mening dat ze dat voor 1 november zouden moeten doen, omdat verzekerden dan nog kunnen kiezen. Als zij voor een naturapolis kiezen, kunnen zij dan weten welk ziekenhuis wel gecontracteerd is en welk ziekenhuis niet. Het was de bedoeling om dat in wetgeving vorm te geven. We zijn nu demissionair en dan gaat het allemaal toch anders. Ik ben echter zelf van mening dat het uiteindelijk toch voor november gedaan moet worden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wil de minister de verzekeraars verplichten om duidelijkheid te geven over hun keuze en de kwaliteit? Waarom heeft de verzekeraar met bepaalde zorgaanbieders die contracten gesloten? Het moet transparant zijn voor de verzekerde wat hem of haar dan te wachten staat.

Minister **Schippers**: Dat is hetzelfde als dat het contracteren op basis van objectieve criteria moet geschieden. Ik heb al in een eerder overleg, vorige week of de week daarvoor, gezegd dat er transparantie moet zijn over de gehanteerde criteria en over wie er uiteindelijk gecontracteerd is en wie

niet. Het is van groot belang dat dit gebeurt voordat mensen kiezen welke polis ze nemen. Als je dit model werkelijk wilt laten werken, dan moet dat. Ook de heer Van Veen refereerde al aan de transparantie inzake de kwaliteit. Als je bij nul begint en iets moet opbouwen, dan kost dat tijd, zeker als het om kwaliteit gaat. Daar transparant over zijn, is sneller gezegd dan gedaan. Welke criteria hanteer je? We hebben niet voor niets een kwaliteitsinstituut opgericht om daar structuur en tempo in aan te brengen. Daar wordt continu aan gewerkt.

Dan het ESB-artikel over de kwaliteit van zorg die ook door risicoselectie wordt aangewakkerd. Zoals wij de zorgverzekering op dit moment hebben ingericht, is het de bedoeling dat het aantrekkelijk is om collectiviteiten te contracteren van bijvoorbeeld mensen die een bepaalde ziekte hebben, bijvoorbeeld diabetes. Dan maakt het echt iets uit, anders dan de heer Van der Veen analyseerde. Als je een goedwerkend ex-antesysteem hebt, moet je het systeem zien te verslaan door zo goed zorg in te kopen dat de door jou ingekochte zorg voor de groep in kwestie de beste prijs-kwaliteitsverhouding heeft. Daarom is het van groot belang dat er geen risicoselectie is. We zien dat chronisch zieken zich zonder drempels kunnen verzekeren, maar het is nog niet zo ver dat wij zeggen: we kunnen hen eruit halen. Dat is dus ook precies de reden waarom SEO, de Erasmus Universiteit en de commissie-Don gevraagd werden om scherp te krijgen welke stappen we moeten nemen om tot de gewenste verbetering te komen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan ben ik toch benieuwd hoe de minister reageert op wat wij van Achmea hebben gehoord, namelijk dat het goed organiseren van kwalitatieve zorg voor chronisch zieken eigenlijk niet lonend is. Als je dat goed doet, dan stapt een verliesgevende doelgroep naar je over. Daarmee snijd je dus in je eigen vinger. Daar zou de minister dan toch op moeten reageren?

Minister **Schippers**: Daarom heb ik aan het begin van mijn betoog ook die zeven stappen genoemd die wij op basis van het advies van de commissie-Don zullen zetten om het systeem nog beter te maken. We hebben namelijk heel goed naar de commissie geluisterd en brengen de adviezen van de commissie goed in praktijk. Ik wil ook wel gezegd hebben dat Nederland een uniek systeem heeft. Iedereen is van mening dat er geen beter vereveningssysteem is, maar dat is geen reden om stil te gaan zitten. De commissie-Don heeft aanbevelingen gedaan en ik heb net gezegd hoe wij die oppakken.

Mevrouw **Leijten** (SP): De opsomming van de zeven punten is heel mooi, maar in de brief heeft de minister de Kamer laten weten dat ze bijvoorbeeld inzake de tussentijdse opzegging van de zorgverzekeraar helemaal niets onderneemt. Dat is dan nieuw. Het zou wel goed zijn als ze iets ging ondernemen en dan moet ze ook duidelijk maken wat ze onderneemt. Als een zorgverzekeraar die dit uitvoert, zegt: het is voor ons in het systeem niet lonend om kwalitatief goede zorg te organiseren voor chronisch zieken, dan is dat toch een belangrijk signaal? Ik wil graag van de minister weten hoe zij daarop reageert.

Minister **Schippers**: Er staat niet dat ik niets doe. Ik heb net aangegeven dat wij een nieuw onderzoeksprogramma voor de komende periode gaan opzetten en dat een van de voorziene onderzoeken zich richt op de vraag hoe wij die risicoselectie kunnen vermijden. Wat is daar verder specifiek voor nodig? Moeten daar wetten voor veranderd worden? Moeten daar regels voor worden aangepast? Laten we daar nog even goed naar kijken. Ik vind het ook van groot belang bij ons systeem dat we de stappen die we zetten, heel zorgvuldig zetten. Ik heb iets liever één keer extra onderzocht dan helemaal niet onderzocht. Het is immers een systeem dat,

als je doorslaat, ook weer perverse prikkels heeft. Laten we er zorgvuldig en stapsgewijs verbetering in aanbrengen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het voorbeeld van de diabetescollectiviteit raakt de kern exact. Met de risicoverevening is begonnen om toen nog ziekenfonds- en zorgverzekeraars een level playing field te geven. Daar is later de doelmatigheid aan toegevoegd. Neem de diabetescollectiviteit. Een zorgverzekeraar gaat zijn best doen om de cijfers te verslaan – ik zeg het in mijn termen – wetend dat dit verliesgevend is, zoals de minister zegt. Die zorgverzekeraar gaat ontzettend zijn best doen voor de diabeten, krijgt voor die kwaliteit ook echt de handen op elkaar, maar blijft verliezen. De zorgverzekeraar mag hopen dat de andere diabeten in Nederland niet te horen krijgen dat dit nou een zorgverzekeraar is die kwaliteit levert voor diabeten, want anders blijven de slechte risico's toestromen. De zorgverzekeraars zitten in een heel rare spagaat, zodra zij met een aantoonbaar verliesgevende groep aan de slag gaan. Erkent de minister dat? Als je dat erkent, ga je anders naar het risicovereveningssysteem kijken.

Minister **Schippers**: Dat is wat er in de VS is gebeurd met een zorgverzekeraar die zorg gaf aan een bepaalde groep chronisch zieken, waarop die veelvuldig gingen toestromen, met als gevolg dat de verzekeraar failliet ging. Wij zijn hier echter niet in de VS. Wij hebben ons systeem toch echt een stuk beter ingericht en daar ben ik ook heel erg trots op. Dat neemt niet weg dat wij verbeteringen nodig hebben. Het neemt ook niet weg dat wij heel scherp moeten zijn op signalen die er komen, of ze nu van een verzekeraar afkomstig zijn of van een commissie die we zelf hebben ingesteld of van een patiëntenvereniging zoals de NPCF of de CG-Raad. We moeten er scherp op zijn om ons systeem steeds verder te verbeteren. Ik zeg helemaal niet dat ons systeem af is. Ik geef steeds weer nieuwe stappen aan die nodig zijn om het beter te maken, zodat we uiteindelijk in de ideale situatie komen, want daar willen we wel naartoe.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We komen er op deze manier niet uit. Natuurlijk zijn we hier niet in de VS, alleen – en daar waarschuwt Van de Ven voor – op het ogenblik neemt de voorspelbare verliesgevendheid zelfs toe als gevolg van het afschaffen van de ex-postfactor. Ik zie dat toch echt als probleem.

Tot slot: de minister zegt toe dat ze naar alles gaat kijken en de heer Mulder zei: iedereen moet er bovenop zitten. Toch vind ik in beide brieven niet terug wat de concrete maatregelen zijn, waar ze precies op neerkomen en hoe een en ander dan precies gemeten wordt. Dat maakt die discussie ook zo ingewikkeld. De minister kan elke keer tegen mij zeggen: daar kijk ik naar. Ja, maar hoe kijkt ze dan? En op welk moment is er wat geregeld? En hoe wordt dat gemeten? Dat zijn de vragen die ik heb.

Minister **Schippers**: Er zijn concrete dingen. Er komt een ministeriële regeling waardoor de hulpmiddelen eenduidig geregistreerd worden. Dat verhelpt een manco waardoor we tot nu toe de hulpmiddelen niet konden gebruiken in het vereveningssysteem. Dat is een zeer ongebruikelijke stap, die we nu wel zetten. De poliklinische DKG's worden voor 2013 in het vereveningsmodel opgenomen. Ik kan het rijtje wel afmaken, maar er is een aantal dingen waaraan we iets dachten te hebben. Dat dachten we ook van het AWBZ-gebruik, maar dat bleek toch gecompliceerder te zijn dan we op het eerste gezicht hadden gedacht. Er was namelijk niet gezegd dat je in dit systeem winst maakt op mensen boven de 75 die gezond zijn en dat je verlies maakt op mensen die in de AWBZ zitten. De zaak lag niet eenduidig genoeg om dit criterium zo op te nemen. Dingen die eenduidig zijn en waarmee we iets kunnen, nemen we dit jaar op. De opname van een aantal andere zaken daarentegen waar echt nog een slag overheen moet, hebben we nu in gang gezet voor volgend jaar.

Natuurlijk zou het goed zijn als het ons lukte om ervoor te zorgen dat collectiviteiten zich gingen richten op groepen patiënten en dat het voor een verzekeraar zou lonen om daaraan te werken. De commissie-Don heeft echter ook vastgesteld dat je, als je chronisch ziek bent in Nederland, gewoon bij iedere verzekeraar goede zorg krijgt. De commissie-Don heeft eigenlijk de stand van zaken helemaal niet zo negatief beoordeeld als hier wordt afgeschilderd.

De aanvullende verzekering is een vrije verzekering, waarin een zorgverzekeraar zelf risicoselectie mag toepassen. Ik geloof dat in de praktijk 70% dat niet doet, maar het kan wel. 30% doet het ook. Op dat vlak kan er dus inderdaad sprake zijn van risicoselectie. Dat is een belangrijke afweging die de politiek moet maken als er iets uit het pakket wordt gehaald. Er kan risicoselectie worden toegepast op de aanvullende verzekering. Dat is een gegeven dat wij ons moeten realiseren.

Dan de afbouw van de ex post. Waarom is de ex post 2012 niet gelijk aan de ex post 2013? In het regeerakkoord hebben we afgesproken dat we de ex-postcompensaties afbouwen. Uiteraard doen we dat zorgvuldig en in evenwicht met hoe het staat met de ex-anteverevening. We hebben in de Kamer met elkaar afgesproken dat we ieder jaar vlak na de zomer een AO hebben waarin ik aangeef wat ik met de ex post zou willen en dat de Kamer daar ook over debatteert. Voor de zomer houden we het debat over de risicoverevening, en na de zomer standaard een debat over de afbouw, of niet-afbouw, van de ex-postcompensaties. Op deze wijze kan ik in de zomer nog het inzicht krijgen dat ik nodig heb om het besluit te nemen dat ik dan aan de Kamer voorleg. Dat is de cyclus die we hier hebben afgesproken.

Heeft de NZa wel voldoende kennis? Waar moet de NZa die kennis vandaan halen? De NZa heeft voldoende kennis van de risicoverevening voor het uitvoeren van haar toezichtstaak. Als zij iets heel expliciet moet doen op het gebied van de risicoverevening, kan zij kennis van buitenaf inhuren. Dan gaat het om kennis die zij niet structureel nodig heeft. Het is ook een goede taakverdeling om kennis in te huren als die nodig is.

Op welke kleine schaal heeft de commissie-Don wel risicoselectie geconstateerd? Zij heeft geen exacte definitie gegeven van de schaal die zij constateert. De commissie heeft het over groepen van verzekerden van verschillende omvang. De commissie heeft bijvoorbeeld gekeken naar doelgroepolissen en naar bepaalde chronisch zieken, maar verder heeft zij dat niet uitgesplitst. De Kamer heeft het rapport van de commissie in haar bezit en zal dat daaruit ook hebben opgemaakt.

Waarom heb ik de aanbevelingen van de commissie-Don niet overgenomen? De aanbevelingen op het terrein van procedurele en institutionele verbetermogelijkheden van de risicoverevening neem ik zo goed als allemaal over. Verbeteringen aan het model neem ik over en laat ik onderzoeken. De aanpassing van de Zorgverzekeringswet met betrekking tot het tussentijds opzeggen laat ik ook onderzoeken. Alleen wat de ex post betreft staan wij er anders in. Dat valt ook te zien aan het regeerakkoord. De risicoverevening is immers niet alleen bedoeld om risicoselectie uit te sluiten. Het is ook de bedoeling dat de ex-anteverevening het spelveld op enig moment dusdanig heeft gemaakt dat je geen ex-postschade meer van elkaar hoeft te verevenen, want dat draagt natuurlijk niet bij aan het scherpe inkopen. Het zet mensen veeleer ertoe aan, via het vereveningssysteem zo veel mogelijk geld binnen te krijgen. We willen dat ze beter gaan inkopen.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, uw tweede interruptie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is natuurlijk wel iets waarvan de commissie zegt dat het noodzakelijk is om de serieuze ondermijning van de solidariteit te voorkomen, maar ik heb eigenlijk een andere vraag. Als er

risicoselectie wordt geconstateerd, door wie dan ook, wat doet de NZa dan nu?

Minister **Schippers**: De NZa heeft een jaarlijkse scan waarin ze goed kijkt naar wat er op de markt gebeurt. Als er een speciale aanleiding voor is, bijvoorbeeld de gesloten collectiviteiten, dan zoomt ze daarop in. Of ik vraag haar om daarop in te zoomen, of de NZa besluit daar zelf toe. In het geval van de gesloten collectiviteiten zoomen ze daar dus op dit moment op in.

Mevrouw **Leijten** (SP): Inzoomen, onderzoek doen ... het is allemaal zo mager. Zou de minister niet gewoon moeten zeggen: dat doen we niet, het is risicoselectie en daar stoppen we mee? Is niet de waarschuwing van de commissie-Don dat niets doen een serieuze ondermijning betekent voor de toekomst?

Minister **Schippers**: Ik denk dat je heel goed moet nadenken over het systeem dat echt de backbone van onze verzekeringsmarkt is. Het is niet erg als je extra onderzoek laat doen voor aanpassing van het ex-antesysteem. De commissie-Don constateert dat verzekeraars momenteel niet doen aan bewuste en directe risicoselectie. Het is van groot belang dat wij, als wij ons ex-antesysteem aanpassen, dat op een goede manier doen. Soms lijkt het heel simpel, maar blijkt na onderzoek dat het toch wat moeilijker is. Kijk naar de AWBZ. We houden wel de vinger aan de pols, want alle polissen worden door de NZa bekeken en we krijgen dat allemaal hier te horen. Als aanpassingen noodzakelijk zijn, voer ik ze uit, evenals mijn voorgangers dat deden en mijn opvolgers denkkelijk ook zullen doen.

Wat gebeurt er met zorgverzekeraars die het niet meer redden? Het is een private markt. De Nederlandsche Bank stelt solvabiliteitseisen aan iedere verzekeraar. Alle verzekeraars voldoen hier ruimschoots aan, maar dat hoef ik mevrouw Leijten niet te vertellen, want zij begint hier regelmatig over de gelden die de verzekeraars aanhouden. Dat is niet voor niets. Dat doen ze om, als ze in slecht weer verkeren, te kunnen doorgaan met het inkopen en betalen van verzekerde zorg. Ze willen aan hun verplichtingen voldoen. Omdat alle verzekeraars ruimschoots aan de eisen voldoen, heb ik geen signalen dat verzekeraars het niet gaan redden. Mochten ze het niet redden, dan staat in de wet dat de verzekeraars aan hun verplichtingen moeten voldoen. Daar hebben ze dus ook die reservegelden voor. Dan komt er als het goed is weer een nieuwe verzekeraar of een andere verzekeraar neemt de klanten over.

Dan de zorgen van de CG-Raad en de NPCF. Wat er in het pakket blijft en wat niet, is en blijft een politieke afweging die wij hier met elkaar maken. Ik kan er niet op vooruitlopen wat er in de toekomst op dat vlak gaat gebeuren. Dat is aan een nieuw kabinet. Het al dan niet afsluiten van een aanvullende verzekering is een individuele afweging, die mensen zelf maken. Er zijn verzekeraars die aan risicoselectie doen op de privémarkt, maar het merendeel doet dat niet. Ik acht de betrokkenheid van de patiëntenbeweging bij het risicovereveningssysteem ontzettend belangrijk. Zij krijgen immers signalen over weigeren en andere vormen van risicoselectie. Ik zeg toe dat wij hen daarbij zullen betrekken.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik kijk even rond of er nog vragen zijn blijven liggen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil nog even reageren op het laatste wat de minister zei, want ik had daar ook naar gevraagd. De minister zegt: ik zal ze daarbij betrekken, maar hoe zal zij dat doen?

Minister **Schippers**: Ik praat een paar keer per jaar met de verzekeraars over het vereveningssysteem en zal er in ieder geval voor zorgen dat ik dat ook met de patiënten doe en dat de patiënten door onze ambtenaren betrokken worden bij de afwegingen die voortdurend over dat vereveningssysteem gemaakt worden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De commissie-Don doet het voorstel om de patiëntenorganisaties bij het bestuurlijk overleg te betrekken dat één keer per jaar plaatsvindt.

Minister **Schippers**: Dat zeg ik, althans dat bedoelde ik te zeggen. Ik dacht dat het twee keer per jaar plaatsvond. Bij dat overleg zal ik ze betrekken. Ik vind het daarnaast belangrijk dat er ook via mijn ambtenaren signalen worden uitgewisseld. Dat gebeurt nu ook en ik zeg toe dat het zal blijven gebeuren.

De **voorzitter**: Voordat we naar de tweede ronde gaan, wil ik even de vragen inventariseren die zijn blijven liggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik had ook gevraagd naar het voorstel om één risicodrager per concern te hebben.

De **voorzitter**: Deze vraag neemt de minister mee in haar tweede termijn. Dan gaan wij nu naar de tweede termijn van de kant van de Kamer.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik wil de minister bedanken voor haar antwoorden. Eerlijk gezegd vind ik haar in haar beantwoording, waarin ze de concrete stappen opsomt die ze neemt, wat kordater dan in de brief die ze de Kamer heeft gestuurd. In de brief leek het er een beetje op dat er maar wat afgewacht wordt, terwijl er uit de beantwoording duidelijk wordt dat de minister een aantal zaken in gang heeft gezet en daar ben ik heel erg blij mee, want dat is een goede zaak. We hebben een prima rapport gehad van de commissie-Don en daar moeten we ook wat mee doen. Ik heb nog een paar vragen. We hebben nu de commissie-Don gehad. De NZa moet nu het proces weer op zich nemen. Is de NZa in staat om alles wat de commissie-Don heeft gesignaleerd in haar rapportages mee te nemen? Mijn tweede vraag. Het is prima om de patiënten te betrekken bij het bestuurlijk overleg, maar worden zij ook bij de andere zeven stappen betrokken? Ik noem de hulpmiddelen. Ik kan mij voorstellen dat patiëntenorganisaties daar ook wel zo hun ideeën over hebben. Dan heb ik nog een vraag. De commissie-Don stelt dat het mogelijk is om indirect via de inkoop dusdanig te sturen dat je als zorgverzekeraar minder aantrekkelijk bent voor chronisch zieken, dat je hun toetreding dus als het ware ontmoedigt. Heeft de minister dat meegenomen?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Om te beginnen dank ik de minister voor haar beantwoording. Ik deel de opvatting van collega Smilde dat de minister in de beantwoording wat steviger lijkt dan in de brief. Het is meer een houding van: wordt vervolgd en dat is hier zeer van toepassing. Ik heb nog twee punten. Er liggen twee criteria, student en opleiding. Met het begrip student wil de minister aan de slag, maar voor opleiding is dat lastig. Dan blijft de vraag staan wat je doet met collectiviteiten die wel degelijk selecteren op opleiding. Blijkbaar is dat met de verevening niet tegen te gaan. Wat doet de minister in dat geval? Mijn tweede punt betreft de NZa. Collega's hebben het ook al gevraagd: kan de NZa, die marktmeester is, optreden als scheidsrechter? Vorig jaar hebben we het over de NZa gehad. Ik had een aantal schriftelijke vragen gesteld. De NZa zei: wij zien geen aanleiding tot onderzoek naar Promovendum, Blue en Besured. De commissie-Don zegt nu: let daar wel degelijk op. De minister zegt nu dat dit niet continu kan, maar als we het

vergelijken met een scheidsrechter, dan moet die scheidsrechter de hele wedstrijd lang een gele en een rode kaart op zak hebben en niet alleen de eerste helft of de tweede helft. De minister zegt in overleg te gaan met de NZa. De vraag is echter of de NZa niet gewoon moet optreden als marktmeester en als scheidsrechter. Wil de NZa dat en kan de NZa dat ook? Dat is toch een fundamentele vraag. Wat de VVD betreft, heeft de NZa die rode kaarten gewoon op zak, de hele wedstrijd lang, indien nodig ook in de verlenging en zelfs gedurende de penaltyserie.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten heeft hier een interruptie op?

Mevrouw **Leijten** (SP): Jazeker, want bij mij blijft de vraag overeind wat de VVD nu voorstelt. De tijd van vragen is voorbij. We hebben in februari ook al een debat hierover gehad, toen gingen we nog even wachten op de rapporten van de commissie-Don. Nu zijn die rapporten er en moet er toch echt iets gebeuren. Komt de VVD met een motie dat de NZa dat moet regelen? Kunnen we dat samen doen? Ik vind dit wel een erg makkelijke oproep aan de minister.

De heer **Mulder** (VVD): Wat collega Leijten bij de VVD ziet, is een opbouw. We beginnen met vragen. We zien het rapport van de commissie-Don, we horen de minister zeggen dat ze in overleg gaat met de NZa. Wij zeggen vervolgens: als je overlegt met de NZa, neem dit dan mee. Vervolgens gaan wij zien wat daar uitkomt. Stap voor stap gaan wij op ons doel af.

Mevrouw **Leijten** (SP): De opbouw zit er bij de SP al wat langer in. Wij hebben over dit soort zaken al vaker Kamervragen gesteld en het antwoord is iedere keer geweest: de NZa herkent het niet, doet er niets aan, gaat u maar slapen. Ondertussen zien wij gewoon in de reclames de oproep: u gaat zich toch niet verzekeren voor iets wat u niet nodig hebt. Daarmee wordt bewust reclame gemaakt gericht op de jongere, de student, de hoger opgeleide. Ik stel vast dat de VVD stevig is in woorden, maar terughoudend in daden.

De heer **Mulder** (VVD): Misschien is het verschil tussen de VVD en de SP wel dat de SP zaken vlug, vlug, vlug wil, terwijl de VVD degelijk opbouwt en uiteindelijk het doel ook bereikt.

De **voorzitter**: Dank u wel. We gaan naar mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik kan heel kort zijn. Ik wil mij vooral aansluiten bij de vragen die gesteld zijn door de collega's van CDA en VVD. Ik wil de minister ook nog iets anders vragen. Zij heeft die zeven stappen omschreven. Ik sluit mij aan bij de collega's dat dit steviger klinkt dan wat er in de brief staat. Kunnen we die stappen op papier krijgen? Dat is handig en het kan kort.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De beste verzekeraar is de verzekeraar die het beste is in risicoselectie, want dat is een kenmerk van de verzekeraar. We vragen dus iets heel onnatuurlijks als we verzekeraars houden aan de risicoverevening. Dat maakt ook dat je echt heel goed in de materie moet zitten, wil je kunnen ontdekken op welke wijze zorgverzekeraars direct of indirect aan risicoselectie doen. De commissie-Don geeft er aanwijzingen voor en ik ben het eens met iedereen die vraagt of de NZa daar wel geschikt voor is. Ik zou bijna zeggen, al bedoel ik het niet zo, dieven vang je met dieven.

Ik blijf toch zitten met het probleem van de kleine zorgverzekeraars. Voor verzekeraars die tot 125 000 verzekerden hebben, geldt een light regime. De kleinste zorgverzekeraar die we op het ogenblik hebben, heeft 125 000 verzekerden. Ik vraag de minister toch om daar meer aandacht aan te

besteden. De tendens is nu – De Friesland Zorgverzekeraar is daar een voorbeeld van – hoe groter je bent, hoe minder last je van het risicovereveningssysteem hebt. Ik vraag meer aandacht voor de positie van de kleine verzekeraar. Ik maak mij echt zorgen over nieuwe toetreders. De minister zegt dat er al twee bezig zijn. Nou, ze zijn al heel lang bezig en de signalen die ik krijg, zijn niet optimistisch. Betekent het, als het die twee niet lukt, dat de toetredingsdrempel te hoog is? Tot slot. Ik heb eerder gezegd dat het risicovereveningssysteem niet alleen een kwestie van wetenschap is, maar ook van politiek. Er zitten politieke elementen in die politieke besluitvorming vergen. In die zin is het niet waardevrij. Het is de winst van de commissie-Don dat ze dat naar voren heeft gebracht. Dank aan de minister voor haar antwoorden, die inderdaad wat steviger klonken dan de brief.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik was laatst in debat met een commissaris van de verzekeraar Menzis, een partijgenoot van deze minister, de heer Linschoten. Hij wist mij te zeggen dat het risicovereveningssysteem goed moet zijn, omdat je anders een ordinaire markt krijgt voor verzekeren. Ik ben wel blij dat de minister opsomt wat ze gaat doen aan die risicoverevening. Dat heeft ze overigens in een van de brieven ook al gedaan. Wat de geconstateerde risicoselectie betreft, ongeacht of dat via collectiviteiten gebeurt of door het opzeggen van polissen, en de mazen in de wet, vind ik toch dat de minister echt te slap is. De NZa zou een autoriteit moeten zijn waar de zorgverzekeraars voor sidderen. Ik kan u zeggen dat dit niet het geval is. Ik vind echt dat de minister zichzelf, de NZa, maar eigenlijk ook haar systeem van concurrentie, van marktwerking tekort doet als ze hier niet bovenop gaat zitten. Het inzoomen op het lek maakt niemand in de zorgverzekeringsmarkt aan het schrikken. Dat er nu wordt gekeken naar collectiviteiten ... In 2010 vroegen wij al om op te treden tegen Promovendum. Waarom zou er nu ineens urgentie ontstaan? Dit is een debat over het systeem. Het is duidelijk dat de SP dit systeem niet wenst. Wij vinden wel dat de risicoverevening goed moet zijn. Dat delen we met deze minister. Risicoselectie zou niet moeten optreden. Daarom zitten we er zo bovenop. Ik vraag de minister om korte metten te maken met de tussentijdse opzegging. Dat is een duidelijk lek in het systeem en daar moet je niet een vergrootglas op zetten. Dat lek moet je dichten, ook wat de collectiviteiten betreft. Wij zullen wel met moties komen als de minister het in opdracht geven van onderzoeken voldoende vindt. Wij vinden dat je, als een boot lek is, het lek moet dichten.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dit was de tweede termijn van de kant van de Kamer. We gaan naar de minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Smilde zei dat, nu de commissie-Don er is geweest, de NZa het proces verder moet dragen. Ze vroeg of de NZa in staat is om dat te doen en alle aspecten in haar rapportages mee te geven. Wij hebben de commissie-Don niet voor niets gevraagd om de risicoverevening tot in de haarvaten te bezien. Daar is de commissie geschikter voor dan de NZa, maar de NZa is degene die als toezichthouder de polissen nakijkt, die kijkt of er risicoselectie is en of de toezichthouder moet ingrijpen. De NZa is in staat om die rol te spelen en ik ben van mening dat de NZa daar ook voldoende toe is uitgerust. Het is prima om de patiëntenorganisaties te betrekken bij het bestuurlijk overleg, maar kan dat ook gebeuren bij andere stappen, bijvoorbeeld de hulpmiddelen? Ik kan de hulpmiddelen nu alleen aanpassen bij ministeriële regeling. Waar de patiëntenvereniging kennis en kunde heeft die wij kunnen gebruiken, zat de patiëntenvereniging zeker betrokken worden. De commissie-Don zei dat sturing ook via de inkoop mogelijk is. Dat is wel degelijk waar. Dat is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverzeke-

raars, maar het is de NZa die naar de polissen kijkt en nagaat of de verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De minister zegt dat de NZa naar polissen kijkt, maar er wordt met name gekeken wat ze wel contracteren. Van de commissie-Don kreeg ik het idee dat het probleem veel meer ligt in wat ze niet contracteren, als ontmoedigingsbeleid. Dat is veel moeilijker in die polissen aan te tonen.

Minister **Schippers**: Nee, want de zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Niet contracteren lijkt mij niet aan de orde. De verzekeraar is verplicht om te contracteren. We zien nu juist een tegengestelde beweging, namelijk dat zorgverzekeraars meer en meer inkopen op kwaliteit. Kwaliteit wordt meer dan ooit tevoren als een aspect erbij betrokken, waar het vroeger louter om de prijs ging. Dat is een tegengestelde beweging. Die zie je ook heel erg bij de ketenzorg, die ook gaat over chronisch zieken, met COPD en diabetes met name. Je ziet verschillende ontwikkelingen. Enerzijds bemoeit men zich juist met de ketenzorg en anderzijds worden er zaken geconstateerd die ons zeker alert moeten maken, maar die nog niet zeggen dat er sprake is van risicoselectie. We moeten ook voorkomen dat dit gebeurt.

Student en opleiding zijn twee criteria. De heer Mulder vroeg hoe ik die ga aanpakken. Ik heb de NZa al laten kijken naar onder andere Promovendum. Het is niet zo dat deze collectiviteiten niet binnen de wet passen. Dat doen ze wel. Toch heb ik de NZa naar aanleiding van het vorige debat opdracht gegeven, omdat de NZa dat niet zelf deed, om hier specifiek op in te zoomen. Het is dus niet zo dat ik het telkens uitstel en onderzoek op onderzoek aankondig. Nee, naar aanleiding van het vorige overleg heb ik de NZa gevraagd om hier specifiek naar te kijken. Als we de NZa dat vragen, vind ik wel dat we dan ook moeten afwachten waar de NZa mee komt, in plaats van nu te zeggen: ik heb aan de NZa weliswaar onderzoek gevraagd, maar ik wacht de resultaten niet af. Dat lijkt mij niet de juiste volgorde. Ik wil de uitkomst afwachten.

Kan de NZa optreden als marktmeester en als scheidsrechter? Dat kan zij. Zij kan optreden als marktmeester, ze kan ingrijpen als bijvoorbeeld de acceptatieplicht wordt verzaakt of dat er premiedifferentiatie plaatsvindt waar dat niet mag. Dan kan de NZa optreden en dat zal zij ook moeten doen.

Kan ik de Kamer de zeven stappen op papier aanleveren? Ik heb van de voorzitter begrepen dat er een geredigeerd woordelijk verslag wordt gemaakt van dit overleg, dus dan hebben we ze alle zeven op papier. Het gaat er helemaal niet om dat ik iets niet wil of dat ik mij ergens achter wil verschuilen. Die zeven punten heb ik in gang gezet of ze worden nog in gang gezet. Ik vind dat ik daaraan gehouden kan worden of dat mijn opvolger daaraan gehouden kan worden. We willen immers allemaal een beter systeem.

Ik ben het met de heer Van der Veen eens dat deze materie heel erg complex is en dat je echt knappe koppen nodig hebt die hier meer verstand van hebben dan wij. Ze moeten verstand hebben van economie, maar ze moeten ook gewoon boerenverstand hebben en verstand van de sector. Daarom betrekken wij hier ook allerlei mensen bij. De commissie-Don is samengesteld in overleg met onder andere de Kamer, omdat ik van mening ben dat wij die knappe koppen nodig hebben. Ik ben heel blij dat de Erasmus Universiteit eveneens heeft aangegeven hier jaarlijks bovenop te willen zitten omdat het zo complex is. Dan heb je eigenlijk iedereen nodig.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zei net met dieven vang je dieven, dat was een erg boude uitspraak. Veel zorgverzekeraars doen gewoon goed hun best, maar je zou met name die zorgverzekeraars moeten pakken die

er onderdoor duiken en allemaal trucjes uithalen. Ik ben het zeer met de minister eens dat je daar echt veel deskundigheid voor nodig hebt. Ik heb de commissie-Don al geroemd en geprezen. Het spreekt mij aan om op deze wijze met dit onderwerp om te gaan.

Minister **Schippers**: Ik ben dat met u eens. Als ik duiken kan voorkomen of als ik ergens een hek kan zetten opdat dit niet gebeurt, dan zal ik dat niet nalaten. Het punt is wel dat we heel goed moeten kijken. Wij dachten met de AWBZ wel wat te hebben. Ik had dat hek heel graag gezet, maar toen bleek het toch weer net een slag anders te liggen. Dat is de complexiteit waar we het steeds over hebben. Ik ben het ook met u eens dat het risicovereveningssysteem politiek is. Daarom denk ik ook dat het heel goed is om gewoon in juni en in september vaste overleggen te hebben over de ex ante en de ex post. Dat is misschien een aanrader voor de volgende Kamer en mijn opvolger.

Is een risicodragers per concern mogelijk? Dat is niet mogelijk. Grotere concerns zijn op verschillende wijze ontstaan. De financiële structuur is de eigen keuze van de zorgverzekeraars. Veelal is er sprake van verschillende economische entiteiten die niet samengevoegd kunnen worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Waarom één risicodragers per concern? Omdat een kleine zorgverzekeraar over het algemeen eigen risicodragers is en geen escapemogelijkheden heeft, terwijl er in een groot concern – dat staat ook in het rapport van de commissie-Don – wat geschoven kan worden met de risico's, om het kort door de bocht te zeggen. Dan kun je een beetje uitrekenen waar je ex post ongeveer op uitkomt. Het is concurrentievervalsend als je binnen één concern meerdere risicodragers hebt en dat gebeurt nu gewoon. Ze zullen het niet in de krant zetten, maar het gebeurt gewoon. Misschien is het goed om met de kleine verzekeraars te praten over dit element. Zij zitten er goed in en kunnen ook aangeven in hoeverre het inderdaad concurrentievervalsend is.

Minister **Schippers**: Uiteindelijk is die winst- en verliesrekening die je bij elkaar optelt, hetzelfde. Ik was niet voornemens om hier iets aan te doen. Misschien dat mijn opvolger daar anders over denkt, maar ik was het niet van plan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zal mijn opvolger vragen om hierover door te gaan.

Minister **Schippers**: Ik ben het met de heer Linschoten eens dat de risicoverevening goed moet zijn. We hebben haar immers niet voor niets. We hebben een acceptatieplicht en een verzekeringsplicht om een einde te maken aan de onverzekerde in Nederland, die voor 2006 hier nog gewoon bestond. Als je een acceptatieplicht en een verzekeringsplicht wilt, heb je een goede risicoverevening nodig. Dat is evident. Ik ben in die zin voorzichtig dat ik mij heel goed laat adviseren door mensen die daar echt verstand van hebben. Als zij tegen mij zeggen: hier moet je een hek zetten en daar moet je een kuil graven, dan ben ik de eerste die in haar handen spuugt om dat te gaan doen, maar ik laat me daar wel heel goed over adviseren. Als er tegen mij gezegd wordt: op het eerste gezicht leek het wat, maar het is net wat minder en we moeten net wat verder kijken, dan vind ik ook dat we een degelijk pad moeten volgen, juist omdat dit de backbone is van ons systeem.

De commissie-Don geeft eigenlijk een goed rapportcijfer voor hoe het in Nederland nu gaat, maar wijst een paar zaken aan waar we alert op moeten blijven. Ik luister heel goed naar die commissie en ben alert, maar het gaat heel goed, dat moeten we niet uit het oog verliezen. Als de NZa een keer een pas moet zetten of een tik moet uitdelen, dan zal ik de laatste

zijn die daar voor gaat liggen. Dat is de taak van de NZa en dat moet zij vooral doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mij verbaast het zo dat er knappe koppen naar hebben gekeken. Juist de specialisten die ernaar hebben gekeken, zeggen twee dingen. Je zou het tussentijds overstappen onmogelijk moeten maken en je moet ervoor zorgen dat de ruimte tussen de winstgevende selectie en de voorspelbaar verliesgevende selectie zo klein mogelijk wordt gehouden. Precies op deze twee aanbevelingen zegt de minister: ik moet er toch nog maar eens onderzoek naar laten doen. Waarom is dat toch? Als je al zegt: ik laat er knappe koppen naar kijken en ik laat de crème de la crème mij adviseren, waarom moet er dan nog een keer onderzoek komen naar wat zij adviseren?

Minister **Schippers**: Ik zet geen nieuw onderzoek in naar de collectiviteit, want dat onderzoek loopt al. Van dat onderzoek krijgen we de gegevens als het afgelopen is. Van het tussentijds opzeggen heb ik gezegd dat er wet- en regelgeving voor moet worden aangepast. Ik inventariseer wat er moet worden aangepast. Wat kan de Kamer meer vragen van een demissionair minister? Dat ik zelf de wet ga aanpassen? Dat ik nu nieuwe wetsvoorstellen ga maken? Dat is toch raar! Ik laat inventariseren wat daarvoor nodig is, zodat degene die mij opvolgt daar meteen een besluit over kan nemen.

De **voorzitter**: Ik constateer dat wij aan het einde gekomen zijn van dit algemeen overleg. Er is een VAO aangemeld met als eerste spreker mevrouw Leijten. Ik dank de minister, haar ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en sluit dit AO.