

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 761

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 augustus 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 juni 2016 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 inzake aanbieding overzicht inzake budgetplannen (Kamerstuk 29 689, nr. 610);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2015 inzake aanbieding rapport «Zorgthermometer – Verzekerden in beeld 2015» (Kamerstuk 29 689, nr. 612);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2015 inzake reactie op verzoek commissie inzake het artikel in Het Financieele Dagblad van 25 maart 2015 over het gepubliceerde onderzoek van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit (Kamerstuk 32 620, nr. 158);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juli 2015 inzake solvabiliteit II en de uitwerking ervan op zorgverzekeraarniveau, naar aanleiding van het algemeen overleg Zorgverzekeringwet/zorgstelsel d.d. 4 maart 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 640);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2015 inzake reactie op verzoek van de commissie voor over toezending van de marktscan zorgverzekeringen (Kamerstuk 29 689, nr. 647);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2015 inzake onderzoeksprogramma risicoverevening 2015–2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 661);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2015 inzake VWS-Verzekerdenmonitor 2015 (Kamerstuk 33 077, nr. 15);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 oktober 2015 inzake onderzoek omvang en aard van zorgmijding (Kamerstuk 29 689, nr. 664);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 januari 2016 inzake kwantitatief onderzoek naar**

- risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 683);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 inzake verzamelbrief VWS-onderwerpen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2016 inzake beantwoording vragen commissie over een overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 690);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 april 2016 inzake antwoorden op vragen van de commissie over kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 697);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 mei 2016 inzake aanbieding ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 715);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juni 2016 inzake risicoverevening 2017: nieuwe stappen in verbetering compensatie voor chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 725).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Leijten en Rutte,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.02 uur.

De voorzitter:

Ik open dit algemeen overleg en heet alle aanwezigen welkom. Ik stel een spreektijd van vier minuten per fractie voor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Een goede risicoverevening is de ruggengraat van het zorgverzekeringsstelsel. Die zorgt ervoor dat zorgverzekeraars een eerlijk speelveld hebben en ook dat uiteindelijk, doordat zorgverzekeraars een eerlijk speelveld hebben, gezonde en zieke mensen als ze zorg nodig hebben even goede zorg krijgen. Ik vond het wel mooi om te zien hoe dat in een van de position papers stond: de toekomst van de risicoverevening is bepalend voor de toekomst van de Zvw. De Minister heeft de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan de risicoverevening, waarmee een aantal belangrijke stappen vooruit is gezet. Het CDA maakt zich echter op een aantal onderdelen nog wel zorgen. De Minister stelt in haar brief «dat per 2017 naar verwachting 200.000 extra chronisch zieken worden geïdentificeerd, waarvoor verzekeraars een passende compensatie ontvangen». De CDA-fractie weet van deze wens van deze Minister, naar aanleiding van Kwaliteit loont. Maar tegelijkertijd hebben we op vrijdag 17 juni een artikel in de Volkskrant kunnen lezen van twee grote zorgverzekeraars die stellen dat die maatregelen niet voldoende zijn. Nog steeds krijgt een zorgverzekeraar voor een gezonde jongere € 100 per jaar meer dan gemiddeld aan zorg wordt uitgegeven voor de klant. De oproep in dat artikel is ook: Minister, ga nog meer doen om ervoor te zorgen dat chronisch zieken extra gecompenseerd worden. Ik krijg graag een reactie van de Minister op dit artikel.

In de brief stelt de Minister ook dat ze eigenlijk bewuste overbetaling van chronisch zieken en gehandicapten niet passend vindt. Zij baseert haar uitspraak op een onderzoek uit 2014. Maar sinds 2014 is er veel veranderd in de Zvw. Verpleging en verzorging zijn overgedragen, evenals de ggz. Maakt dat de situatie eigenlijk niet anders? Kan de Minister zich wel zo baseren op het onderzoek uit 2014?

Ik kom toe aan het risicodragend maken van de wijkverpleging in de ggz. Het CDA vindt dat op de langere termijn toch risicovol. Ik zal proberen dat uit te leggen. Dat risicodragend maken doet de Minister op dit moment door de onorthodoxe verdeelcriteria... Ik heb te weinig tijd om uit te leggen wat risicoverevening betekent.

De voorzitter:

Misschien is er wel een collega die u wil interrumperen om te vragen, wat risicoverevening nou eigenlijk precies betekent.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Laten we er een show van maken. Wilt u uitleggen wat risicoverevening inhoudt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat is een goede vraag. Zorgverzekeraars krijgen van tevoren een bak met geld voor elke verzekerde die ze hebben. Verzekeraars krijgen meer geld voor de verzekerden die ziek en/of oud zijn. Doordat ze voor de verschil-

lende profielen gecompenseerd worden, kunnen ze eigenlijk voor elke verzekerde even goede zorg inkopen. Hoe beter we dat met elkaar geregeld hebben, hoe eerlijker zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar kunnen concurreren, wat ze dan vooral op kwaliteit kunnen doen. Ik kom toe aan het risicodragend maken van de wijkverpleging en de ggz. Het CDA vindt dat risicovol. Waarom? De Minister doet dit door de onorthodoxe verdeelcriteria wijkverpleging in het voorgaand jaar en de geriatrische revalidatie in het voorgaand jaar te handhaven. Op zich is dat prima, maar in 2019 worden de onorthodoxe verdeelcriteria afgeschaft. Ligt er dan wel een goed model voor de risicoverevening, voor de ggz en voor de wijkverpleging? Ik ben er nog niet helemaal van overtuigd dat dat zo is. Het is namelijk buitengewoon lastig. Een spreekwoord dat ik altijd van huis heb meegekregen, is dat je geen oude schoenen weg moet gooien voordat je nieuwe hebt. Waarom stelt de Minister de risicodragendheid niet uit totdat er goede inhoudelijke criteria zijn? Kan zij de garantie geven dat de verdelende werking van 2017 als minimumeis voor de toekomst blijft, als de onorthodoxe kenmerken worden afgeschaft in 2019? Met andere woorden: we weten eigenlijk niet waar we in 2019 staan. Kunnen we ervoor zorgen dat we in ieder geval in 2019 er niet slechter voor staan dan op dit moment? Wil de Minister die garantie geven?

We hebben al meerdere keren gesproken over het geplande Europese onderzoek naar Solvency II. We zijn inmiddels weer een aantal maanden verder. Hoe staat het daarmee? Is inmiddels bekend wat de insteek van Financiën en VWS zal zijn? Kunnen we daarvan een update krijgen? De Minister geeft in haar brief aan dat de Kamer nog informatie krijgt over de reactie op het advies van het Zorginstituut Nederland over de toegang tot de ggz-cliënten tot de Wlz. Zij schrijft heel geruststellend: dit zal geen consequenties hebben voor de verzekerde aanspraken of de risicoverevening in 2017. Maar er ligt een motie-Keijzer/Bergkamp (30 597, nr. 397). Wat betekent een en ander voor de uitvoering van de motie?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Goede risicoverevening is cruciaal voor het behoud van solidariteit in de zorg. Hoe beter de verevening, hoe kleiner onder andere de kans op risicoselectie: het uitsluiten van mensen die heel hoge zorgkosten hebben. Er zijn heel goede stappen gezet in de risicoverevening, bijvoorbeeld het voornemen om mensen die veel zorg gebruiken, chronisch zieken, beter te compenseren, zodat het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker wordt om juist voor deze mensen, die zo veel zorg nodig hebben, de beste zorg in te kopen. Tegelijkertijd zijn er allerlei wijzigingen doorgevoerd in het stelsel. De ggz-verpleging en -verzorging vraagt om extra aanpassing van het vereveningsmodel. Er worden nu grote stappen gezet, met een forse onderzoeksagenda van de Minister. Dat vinden wij belangrijk. Maar meer is nodig richting perfectie, al weten wij allemaal dat dat bijna een heilig doel aan het worden is. Maar nogmaals, er zijn goede stappen gezet. Wij hebben daar veel vertrouwen in.

De **voorzitter**:

Laten we maar even stoppen, vanwege de bel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik had het net over het belang van goede risicoverevening. Wat ook belangrijk is, is de aanwezigheid van polisvoorwaarden. Op verzoek van de Kamer is er nader onderzoek gedaan naar allerlei zaken rondom de polissen die kunnen leiden tot risicoselectie. Die vragen gaan over de budgetpolis, een vrijwillig hoger eigen risico, polisbelemmeringen, reclame enzovoorts. Er is nu een eerste onderzoek van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) opgeleverd, en er komt nog een verdiepend

onderzoek. Dat vinden wij erg belangrijk, omdat het nogal een thema is, dat goed onderzocht moet worden. Maar het moet wel tijdig klaar zijn, want het poliscircus begint straks weer. Hoe zorgen we er dan voor dat de informatie die er nu al ligt, kan worden meegenomen voor komend overstapjaar?

Wij hebben nog een vraag over de bijsluiters bij de zorgpolis. Nu lijkt het erop dat de zorgpolissen heel ingewikkeld worden. Daarvoor maken we dan een bijsluiters. Maar is het niet eenvoudiger om nadere eisen te stellen aan de polis? Die moet eenvoudig zijn, waarop moet worden toegezien. Welke ambitie heeft de Minister precies met de bijsluiters? Wat kunnen we mogelijk leren van de financiële wereld? Wat vraagt het van de NZa? Het vraagt om een consumentenbril. Wat gaan we komend jaar merken van de NZa als het gaat om regulering, handhaving en toezicht?

Ik kom op de risicoverevening zelf. Er zijn goede stappen gezet. Achmea en VGZ vinden dat ook. Maar ze hebben ook zorgen over de ggz, verpleging en verzorging, en mensen met extreem dure geneesmiddelen. Welk perspectief op verbetering biedt de Minister hen? Is de systematiek t-1 voldoende? Kunnen ze eventuele schommelingen opvangen met de reserves die ze nu al hebben? We willen namelijk voorkomen dat patiënten de dupe worden van de huidige situatie.

Mijn laatste punt gaat over de uitkomstbekostiging. We hebben een hele berg brieven gehad, ook daarover. De Minister steunt het doel: veel meer betalen op de uitkomst van de behandeling en op kwaliteit, in plaats van heel veel doen. Bij de begrotingsbehandeling hebben we een motie ingediend, waarin de regering wordt verzocht de NZa te vragen, onderzoek te doen, zodat de kwaliteit van de behandeling leidend wordt: het goede gesprek aan de voorkant moet worden betaald, in plaats van de prikkel die er nu is, die kort door de bocht inhoudt dat, hoe sneller je het mes in iemand zet, hoe meer je verdient. Wat is de stand van zaken van dit onderzoek? Dat kan namelijk een bijdrage leveren aan de uitkomstbekostiging richting 2020. Welke concrete stappen worden er nu gezet richting uitkomstbekostiging?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Er staan bij dit debat veel stukken op de agenda. Maar ik mis een onderwerp in uw betoog, namelijk de zorgmijding. We hebben een onderzoek gekregen waaruit blijkt dat minimaal een half miljoen mensen de zorg mijden, vanwege het hoge eigen risico. De Minister vindt dat maar een kleine groep, maar ik vind 500.000 mensen een grote groep. Wat vindt de PvdA ervan dat, zoals de onderzoekers zelf aangeven, juist mensen met een laag inkomen volstrekt ondervertegenwoordigd zijn in het onderzoek? Vindt mevrouw Bouwmeester het onderzoek naar risicomijding überhaupt representatief?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat zijn veel vragen. Maar ik ben blij dat de SP ze stelt, want ik had eigenlijk nog een paar andere punten op mijn lijst staan, die ik nu toch kan maken. Elke persoon die de zorg mijdt vanwege financiën is er één te veel. Juist daarom hebben we de Minister twee jaar geleden gevraagd, daar eens onderzoek naar te doen en wel samen met de huisartsen. Daar kwam uit dat er mensen zijn die zorg mijden, maar er zijn heel veel potjes en regelingen waardoor mensen gecompenseerd kunnen worden. Wat blijkt: die zijn niet altijd vindbaar. Wat moet je dan doen? Er is een hele lijst maatregelen opgesteld door de Minister, waarvoor dank. In mijn vorige leven was ik sociaal raadvrouw, toen hielp ik die mensen daarbij. Wat mij betreft kunnen ze een steuntje in de rug krijgen. Het kabinet zou om tafel gaan met de VNG om te kijken hoe ervoor kan worden gezorgd dat er een loket is bij gemeenten waar iedereen met dit probleem heen kan en gewoon geholpen wordt. Wat is er uit dat onderzoek gekomen? Klopt het dat mensen die potjes en regelingen niet kennen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het is natuurlijk heel slim van mevrouw Bouwmeester om dit te zien als extra spreektijd, maar ze had ook even mijn vraag moeten beantwoorden. Wij vragen al heel lang hoe groot de groep is. Wij vinden dat er iets moet gebeuren aan het eigen risico, omdat dit leidt tot het mijden van zorg. De Partij van de Arbeid heeft dat echter nooit gewild, omdat er nog onderzoek gedaan werd. Nu ligt er een onderzoek waarvan de onderzoekers zelf zeggen dat de mensen met de laagste inkomens volstrekt ondervertegenwoordigd zijn in het onderzoek. Vindt de PvdA dat dan een representatief onderzoek?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Mijn excuus dat ik die vraag niet heb beantwoord, maar u stelde heel veel vragen ineen. We kunnen een discussie voeren over de vraag of het onderzoek klopt, om hoeveel mensen het gaat en of dat aantal te groot of te klein is. Mijn antwoord daarop is en blijft: elke persoon die zorg mijdt vanwege financiën, is er één te veel. We moeten alles doen om dat te voorkomen. We hebben een solidair zorgsysteem en dat moet er dan ook voor iedereen zijn. Dat vind ik het allerbelangrijkste. Ik wil daarom ook geen discussie hebben over de vraag om hoeveel mensen het gaat. Ik wil dat er, zoals de Minister heeft toegezegd, in elke gemeente een loket is waar mensen heen kunnen als ze problemen hebben met het betalen van de zorg, om welke redenen dan ook en ongeacht de hoogte van het inkomen. Ze moeten hulp, ondersteuning en advies krijgen en ze moeten gewezen worden op de mogelijkheden. Als je dat doet, zorg je ervoor dat elke persoon die mogelijkwijs, ongeacht de hoogte van het inkomen, een probleem heeft met het betalen van de zorgkosten, die zorg wel krijgt. Daarom ligt nu de vraag bij de Minister hoe het zit met de voortgang, want blijkbaar is er compensatie, maar wordt die niet gevonden. Dat is natuurlijk geen goed idee.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. De lijst van onderzoeken naar het mijden van medisch noodzakelijke zorg is heel erg lang. De lijst van noodklokken die daarover worden geluid, is bijna nog langer. Al in 2012 kwam NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) met een onderzoek waaruit bleek dat mensen zorg mijden vanwege het hoge eigen risico. Toen moest het eigen risico nog verhoogd worden. Bovendien bleek het voor mensen volstrekt onduidelijk welke zorg wel en welke zorg niet onder het eigen risico valt. In de tussentijd hebben we onderzoeken gehad van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), de NZa, Celsus, Vektis, Intomart, de SP, TNS NIPO en tot slot nog een onderzoek van het NIVEL in opdracht van de Kamer.

De Minister heeft met deze onderzoeken het onderwerp «zorg mijden door het eigen risico» op de lange baan geschoven, want zolang je onderzoek doet, hoef je geen maatregelen te nemen. Je kunt wegstippen waar je eigenlijk zou moeten ingrijpen. Nu er eenmaal een onderzoek ligt waaruit blijkt dat een half miljoen mensen de zorg mijdt, wordt het gebagatelliseerd. De Minister noemt het een kleine groep. Noem 500.000 mensen maar een kleine groep. Wellicht zijn er nog wel meer mensen. De onderzoekers zeggen namelijk zelf dat mensen met lage inkomens volstrekt ondervertegenwoordigd zijn in het onderzoek. Wat is de reactie van de Minister daarop? Is ze daar trots op?

We kunnen enorm veel bureaucratie gaan optuigen voor de gemeenten en zeggen dat zij dit moeten compenseren. Dat betekent dus dat mensen hun hand moeten ophouden bij de gemeente. Het is echter nog onduidelijk of ze echt gecompenseerd worden. Dit is geen oplossing voor mensen die zorg mijden omdat ze bang zijn voor de kosten. Zij maken die kosten namelijk niet, zij mijden de zorg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De urgentie dat iedereen die zorg nodig heeft, zorg moet krijgen, ongeacht het inkomen, delen we volledig met de SP. Ik hoor echter een heel negatief, uiterst somber verhaal. Alles is fout. Ik hoor dat de Minister wegstijgt, maar als de Minister wat doet – denk aan de hele lijst van maatregelen en het instellen van één centraal punt bij de gemeente – is het ook weer niet goed. Het is niet goed of het deugt niet. Klopt dat?

Mevrouw **Leijten** (SP):

In mijn laatste zin maakte ik de analyse al: mensen zien af van zorg omdat ze hoge kosten in het vooruitzicht hebben. Dan kun je een compensatie voor hoge kosten en een bureaucratisch woud optuigen en het weer bij de gemeenten leggen, wat al met heel veel dingen gebeurt, maar dat gaat mensen niet helpen die afzien van zorg omdat ze die hoge kosten tegemoetzien. Daar gaat de vergelijking dus mank. Met een hoog eigen risico halen mensen hun medicijnen niet op en gaan ze niet naar de fysiotherapeut. De eerste 21 behandelingen worden overigens niet eens vergoed. Met een hoog eigen risico gaan mensen niet voor een vervolgonderzoek naar het laboratorium en laten ze zich niet doorverwijzen naar het ziekenhuis. Mensen gaan niet eens naar de huisarts, omdat ze bang zijn dat ze doorverwezen worden. Dat los je dus niet op met een eventuele compensatie achteraf door de gemeente. Dat is mijn betoog.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Die verduidelijking is wel belangrijk, want in eerste instantie zei u dat de Minister wegstijgt en vroeg u of ze trots is op die zorgmijding. Nu zegt u eigenlijk: nee, de Minister doet wel wat, maar de SP ziet een andere oplossing. Die begrijp ik en daar heb ik ook nog allerlei charmante gevoelens bij. Dan kunnen we dus constateren dat de Minister wel wat doet, maar dat u een andere oplossing ziet.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nee, de Minister doet niets. Zij laat het verhogen. Dit kabinet heeft de compensatie op het eigen risico voor chronisch zieken afgeschaft. Het kabinet heeft de gemeenten enorm veel minder geld gegeven voor allerlei mogelijke compensaties. Daarmee doet de Minister niets. Zij legt uit hoe het systeem in elkaar zit. Zij doet vooral veel onderzoek. Dan kan zij zeggen dat zij nog onderzoek doet en hoeft zij het beleid niet te veranderen. Dat is overigens een heel slimme politieke truc.

In het regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars vanaf 2017 volledig risicodragend moeten zijn. De Minister ziet dat ook echt als haar missie. Wijkverpleging en de ggz zijn ook onderdeel daarvan. Om te voorkomen dat risicoselectie plaatsvindt, is wel een goedwerkend ex-antevereveningsmodel noodzakelijk. We moeten constateren dat dit er voor de wijkverpleging en de ggz nog niet ligt. Waarom is de Minister er dan van overtuigd dat het nu wel verantwoord is om die stap naar 100% risicodragendheid te zetten? Mevrouw Bruins Slot ging er al op in. We gaan nu rigoureuze verdeelmodellen hanteren, maar dit is ook eindig in 2019. We kunnen ook gewoon nog niet overgaan tot volledige risicodragendheid totdat we weten dat er een goed systeem ligt. Dan hoeven opvolgers van deze Minister in 2019 niet de rotzooi op te ruimen.

In een ultieme poging om het vereveningsmodel te verbeteren heeft de Minister gezegd dat zieken en ouderen meer gecompenseerd worden dan voorheen. Dat zou ertoe leiden dat de kans op risicoselectie wordt verkleind. In de Volkskrant konden we vrijdag lezen dat Achmea en VGZ zeggen dat dit niet gaat werken. Hoe reageert de Minister hierop? Ik vind het niet verwonderlijk dat zorgverzekeraars aan risicoselectie doen. Het is gewoon een onderdeel van het systeem. Een Minister die zegt dat dit misschien niet bewust gebeurt, is toch behoorlijk naïef. Een Minister die zegt dat ze onderzoek en verdiepend onderzoek moet doen, vind ik ook

naïef. We kunnen simpelweg een analyse maken van de reclamespotjes van zorgverzekeraars. Dan zie je welke klanten ze willen hebben. Je ziet geen reclames gericht op mensen die heel ziek zijn, op psychiatrische patiënten of op mensen die heel veel wijkverpleging nodig hebben. Daaraan kun je zien dat ze die liever niet aantrekken, want die zijn per definitie verliesgevend.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat beeld herkent het CDA. In de afgelopen jaren heb ik geen één reclame gezien voor chronisch zieken en gehandicapten. Daaraan zie je dat er echt nog stappen gezet moeten worden om een eerlijk speelveld voor elkaar te krijgen. Wat wil de SP op het gebied van overcompensatie? Welke oplossing ziet zij?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wij hebben grote problemen met dit stelsel. Wij zien het liefst dat er geen sprake is van concurrerende zorgverzekeraars. Hierdoor heb je namelijk een heel circus van voor- en nacompensatie. Die nacompensatie is er overigens al af. Dat systeem zouden we het liefst zien zolang er concurrerende zorgverzekeraars zijn, maar we zouden het ook het liefst uitschakelen. Dat is natuurlijk algemeen bekend. Als je ex-post afschaft, wat is gebeurd, zul je altijd moeten goochelen met compensatie vooraf. Die zal nooit helemaal sluitend zijn. Je zult ook ieder jaar duur onderzoek moeten doen. Wellicht moet je bijsturen als het echt ernstig wordt. Ik las gisteren het interview met de heer Denys in de Volkskrant. Hij zegt dat psychiatrisch patiënten zich echt niet lenen voor marktwerking. Dat geldt voor de zorg, maar ook voor deze patiënten, omdat ze gewoon niet aantrekkelijk zijn voor zorgverzekeraars. Ik vind dat hij de spijker op de kop slaat. Ik wil een serieuze discussie aangaan over de vraag of je de ggz en de wijkverpleging moet laten meelopen in de Zorgverzekeringswet. Ik denk namelijk dat je die vooraf onvoldoende gecompenseerd of verevend krijgt, terwijl je wel onaanvaardbaar hoge maatschappelijke risico's loopt als die zorg niet goed wordt ingekocht. We hebben het systeem dat je je overal kunt verzekeren, want er is toelating, maar zorgverzekeraars kunnen zo slecht inkopen dat ze daardoor mensen weggagen. Dat is ook een vorm van risicoselectie, die overigens in heel veel onderzoek niet eens wordt meegenomen.

De **voorzitter**:

Dat was een inbreng op zich.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik ben het ermee eens dat je geen gok moet willen nemen met chronisch zieken en gehandicapten en mensen met een psychische beperking. Je moet het goed regelen. Er zit iets dubbels in de redenering van de Minister. Ze zegt dat ze geen overcompensatie wil van chronisch zieken en gehandicapten. Tegelijkertijd worden jongeren al jaren overgecompenseerd. Verzekeraars maken daar ook € 100 winst op. Wat wil de SP op korte termijn concreet zien gebeuren om dat verschil op te heffen, zodat zorgverzekeraars de juiste zorg voor de juiste mensen zo goed mogelijk kunnen inkopen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik denk dat het vooraf berekenen en het vooraf verevenen heel ingewikkeld zijn. Je zult dus toch een vorm van ex-post moeten introduceren. In de gedachte van de Minister is dat natuurlijk een onbegaanbare weg, omdat zij vindt dat er volledige risicodragendheid moet zijn om zo optimale concurrentie te hebben. Ons alternatief, dat we hier ook regelmatig bespreken, is voor deze Minister ook een onbegaanbare weg. Dat zie ik natuurlijk wel. Ik vraag nu aan de Minister om in ieder geval

voor de ggz en de wijkverpleging geen onomkeerbare stappen te zetten. Ik vind het gewoon onverstandig. Dat geluid hoor je ook uit de sector. Daarom denk ik dat je behoedzaam moet zijn en die stap niet moet zetten. Dat is op dit moment mijn verzoek aan de Minister.

De heer **Rutte** (VVD):

Mijn vraag aan mevrouw Leijten is heel kort, dus kan er ook een kort antwoord op komen. Welke Nederlandse verzekeraar weigert chronisch zieken?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb al gezegd dat dit niet mag, maar je ziet natuurlijk wel dat bepaalde groepen worden aangetrokken. Kijk alleen maar naar de reclamespotjes. Verder zie je bijvoorbeeld in de cijfers van de Zorgthermometer dat in de afgelopen tien jaar maar 12% van de verzekerden één of meerdere keren is overgestapt. En welke mensen zijn overgestapt, denkt u? Mensen die chronisch ziek zijn of risico's lopen, blijven in het algemeen zitten.

De **voorzitter**:

U vervalt in herhaling.

De heer **Rutte** (VVD):

Het antwoord op mijn vraag was natuurlijk: geen enkele verzekeraar weigert chronisch zieken. Helemaal nul. De andere suggestie was dat verzekeraars slechte zorg inkopen voor chronisch zieken. Welke verzekeraar koopt slechte zorg in voor chronisch zieken? Graag namen en rugnummers.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Zullen we eens even naar de wachtlijsten en de budgetperformance in de geestelijke gezondheidszorg kijken? Patiënten kunnen in bepaalde regio's helemaal niet meer terecht. Dan wordt er gezegd dat er wel voldoende is ingekocht in de regio, maar mensen kunnen niet naar de arts van hun keuze. Dat was toch niet de belofte van dit zorgstelsel, zeg ik dan tegen de VVD. Je kon overal naartoe; de zorgverzekeraar zou dat goed regelen. Laat ik een ander voorbeeld geven, het pgb voor wijkverpleging. Daar is een maximumtarief voor. Mensen worden afgewezen, terwijl ze al jarenlang een pgb hebben. U weet, ik ben niet per se de grootste fan van het pgb-stelsel, maar mensen die al jarenlang een pgb hebben en daardoor met een chronische ziekte hun leven kunnen leiden, worden nu afgewezen. Bij Menzis krijgt nog maar 25% van deze mensen een pgb. Daarmee wordt het bewust onaantrekkelijk gemaakt voor deze groep, omdat men zeker weet dat deze groep verlieslijdend is. Ze weigeren niemand, maar ze jagen mensen wel weg. Dat is ook een vorm van risicoselectie.

Je kunt zeggen dat mensen zo aantrekkelijk mogelijk gemaakt moeten worden voor verzekeraars. Zij richten zich op de lucratiefste verzekerde, of die nu ziek is of gezond. Dit blijft een vorm van risicoselectie. Deze perverse prikkel is onlosmakelijk verbonden met het systeem van onderling concurrerende zorgverzekeraars. Als je na tien jaar een zorgverzekeringsstelsel nog steeds niet werkend kunt krijgen en nog steeds geen vereveningsmodel hebt dat risico's uitsluit, moet je misschien maar concluderen dat het nooit gaat lukken. Laten we dus ook stoppen met deze idioterie. Wij pleiten voor één nationaal zorgfonds.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het verbod op risicoselectie is het kroonjuweel van ons zorgstelsel. Een zorgverzekeraar moet iedereen die zich meldt voor een basisverzekering tegen dezelfde voorwaarden en dezelfde premie verzekeren. Daardoor is goede zorg in ons land voor iedereen, arm of rijk,

ziek of gezond, beschikbaar en betaalbaar. Ik zeg het maar ronduit: de VVD is daar heel trots op.

Het is wel van groot belang dat het zo blijft. Daarom pleit de VVD al sinds jaar en dag voor een zo goed mogelijk risicovereveningssysteem. In dat risicovereveningssysteem gebeurt een heleboel sinds deze Minister aan het bewind is. De verevening is heel fors aangepast. In 2006 werd slechts 16% van het totale bedrag in de Zorgverzekeringswet verschoven in het kader van de verevening. Inmiddels verschuiven we 38% van het totale budget. Dat is echt een enorme verschuiving en dat doet ook recht aan de noodzaak van een goede verevening. Dat is nodig, omdat vanaf 2017, conform de wens van de VVD, verzekeraars volledig risicodragend zijn. De verzekeraar draagt het volledige risico voor de prijs van de zorg maar vooral ook voor de kwaliteit van de zorg. Daarvoor is een goede verevening essentieel. De VVD steunt dus ook alle stappen die de Minister zet.

Er zijn altijd wel ergens vraagtekens te plaatsen en het kan altijd beter. Misschien moet het ook altijd wel beter. Wat dat betreft is het ook niet vreemd, zeker als je als verzekeraar volledig risicodragend wordt, dat je het maximale eruit probeert te halen en je afvraagt wat er beter kan. Als die signalen niet meer zouden komen, zou me dat zeer verbazen, want dan zouden de verzekeraars hun verantwoordelijkheid wellicht ook niet meer zo voelen. Ik snap echter de signalen die worden afgegeven. Het is terecht dat we nog steeds oog moeten hebben voor het feit dat een gezonde verzekerde in vele gevallen toch nog net iets meer loont dan een ongezonde verzekerde. Ik vind het heel positief dat verzekeraars zelf zeggen: wij willen dat niet! Achter de schermen bij verzekeraars zie ik de inspanningen die worden geleverd om juist ook voor chronisch zieken heel goede zorg te leveren. Met name daar worden de inspanningen verricht. Zij zijn degenen die de zorg moeten inkopen en organiseren. Welke stappen kunnen wij het komende jaar nog zetten om ook die laatste € 100 te overbruggen? In welke richting moeten we daarvoor denken?

De voorzitter:

Ik draag het voorzitterschap even over aan mevrouw Bruins Slot zodat ik mijn eigen inbreng kan leveren.

Voorzitter: Bruins Slot

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Het Nederlandse risicovereveningssysteem is al veelvuldig geprezen, ook hier vandaag. En hoewel het hier niet door iedereen is geprezen, sluit ik mij toch aan bij degenen die dit een heel belangrijk onderdeel van de Zorgverzekeringswet vinden. Dit systeem zorgt ervoor dat verzekeraars aan de achterkant worden gecompenseerd voor risico's die ze lopen door de groep die ze verzekeren. Dat systeem is zeer verrijkt in Nederland en is in internationaal perspectief uniek.

De Minister heeft als voornemen om verzekeraars in 2017 volledig risicodragend te maken. Om dat goed vorm te geven komt er in het komende jaar een verbeterde compensatie voor chronisch zieken, voor kleine groepen met voorspelbaar hoge zorgkosten, en komt er een betere verevening voor zorgzwaarte. Mijn fractie vindt dit een goede ontwikkeling, maar wij hebben er nog wel wat vragen bij.

De kleine groep met zeer hoge zorgkosten betreft niet de oncologiepatiënten maar de mensen met een erfelijke stofwisselingsziekte, zoals Pompe of Fabry. Als ik het goed begrijp, gaat het om maar 400 mensen per jaar. Ik vraag mij af waarom zij niet buiten de verevening worden geplaatst.

Dan de ggz-patiënten. Laat ik vooropstellen dat er veel moois gebeurt op het terrein van kwaliteitsnormen. Mijn fractie heeft echter nog wel zorgen als het juist is dat deze groep volledig onder de risicodragendheid van de

zorgverzekeraars gaat vallen. Zoals ik vorig jaar in een algemeen overleg over hetzelfde onderwerp heb gezegd, zou D66 nog graag de back-up-optie, dus de ex post, laten bestaan. Mijn fractie is positief over de doorontwikkeling van de risicoverevening van de ggz, waar de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening mee aan de slag gaat, maar het feit dat er nog een werkgroep mee bezig is, kan er ook op wijzen dat het nog te vroeg is voor deze groep. Waarom niet nog een paar jaar gefaseerd verevenen?

De Minister schrijft dat op het symposium van afgelopen maart het compenseren voor zwangerschappen en geboorten aan bod is gekomen. D66 vraagt zich af waarom er niet voor een andere verevening wordt gekozen. Wij steunen dat de essentie van de verevening ex ante is, maar nu wordt de groep in de vruchtbare leeftijd in zijn geheel gecompenseerd. Zou het niet veel beter zijn, ook met het oog op de kosten, om alternatieven te onderzoeken?

Het idee achter Solvabiliteit II is ...

De voorzitter:

Het wil weleens gebeuren dat de voorzitter een interruptie wil plaatsen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat kan.

De voorzitter:

Namens het CDA wil ik het volgende vragen. Met het compenseren van het aantal bevallingen heeft mevrouw Dijkstra best wel een interessant punt te pakken, in die zin dat daar een perverse prikkel in zit. Hoogopgeleide vrouwen worden bijvoorbeeld veel later zwanger dan laagopgeleide vrouwen. Aan welke oplossingsrichting denkt mevrouw Dijkstra ongeveer?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik vraag de Minister graag naar de alternatieven. Op dit moment wordt die hele groep gecompenseerd. Dat is een enorme groep, waarvan een groot deel helemaal niet zwanger wordt. Dat zullen we dus moeten veranderen. Ik hoor graag van de Minister of zij daarvoor alternatieven op het oog heeft.

De voorzitter:

Dat vind ik een terecht punt. Volgens mij zit er nog een andere kant aan vast. Een verzekeraar wordt nu inderdaad financieel gestraft als hij goede verloskundige hulp wil inkopen, omdat hij een risico loopt vanwege het aantal bevallingen. Mij als CDA'er lijkt dat een extra aspect om hierin mee te nemen. Deelt mevrouw Dijkstra die opvatting?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Die deel ik. Ik hoop ook dat de Minister daar zo meteen op zal reageren. Ik was toegekomen aan Solvabiliteit II. Het idee daarachter is om beter aan te sluiten bij de risico's die zorgverzekeraars daadwerkelijk lopen. Daarover heb ik twee vragen. Kan de Minister toezeggen dat de premies niet zullen stijgen? En op welke manier gaat de Minister in de gaten houden of de risicoselectie anders wordt onder Solvabiliteit II? Dit AO heeft niet alleen «risicoverevening» maar ook «risicoselectie» in de titel staan. Daar is al uitgebreid op ingegaan. We wachten echter nog op het rapport van de NZa over risicoselectie. Dat rapport zou er rond de zomer zijn. Het is nu zomer. D66 vindt het dan ook jammer dat we het daar vandaag niet over kunnen hebben, omdat het volledige rapport er nog niet is. Ik vind het voorbarig om het er nu over te hebben als het rapport er nog niet ligt, maar het een belangrijk onderwerp.

De ACM gaat onderzoek doen naar de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Waarom maken ze weinig gebruik van de mogelijkheden die ze hebben om zich van elkaar te onderscheiden? D66 kijkt uit naar de definitieve rapportage met de conclusies en aanbevelingen hierover, want ook dit is een belangrijk onderwerp. Ik weet niet of de Minister hier al een voorschot op kan nemen, maar het zou mooi zijn als ze dat zou doen.

De voorzitter:

Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn. Ik geef het voorzitterschap terug aan mevrouw Dijkstra.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De vergadering wordt van 10.39 uur tot 10.49 uur geschorst.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ik heb een vrij uitgebreide spreektekst, maar die ga ik niet voorlezen, want ik heb een vrij uitgebreide brief gestuurd van 22 kantjes. Dat is over het algemeen niet mijn gewoonte, maar omdat wij in de risicoverevening zulke ontzettend grote stappen zetten en zo'n ambitie hebben om de risicoverevening te verbeteren, vond ik het belangrijk om de Kamer met zo'n uitgebreide brief mee te nemen in de overwegingen. Daarbij gaat het altijd om een gelijk speelveld, maar ook om een aanzet tot doelmatige zorginkoop en om minimalisering van de prikkels tot risicoselectie. Soms staan die overwegingen op gespannen voet met elkaar. Het tegengaan van risicoselectie, zoals mevrouw Bouwmeester al aangaf in haar vragen, kan niet alleen via het risicovereveningssysteem maar ook via andere dingen die verzekeraars doen. Het is dus niet exclusief de risicoverevening die op die drie dingen inwerkt, maar er bestaat ook spanning tussen die dingen. Wij kunnen heel goed verevenen, maar dan gaat de doelmatigheid verloren. We moeten dat dus altijd slim doen. Wij moeten er ook voor zorgen dat wij enerzijds dure verzekeren goed compenseren en anderzijds niet zo'n ingewikkeld systeem maken dat alles op alles gaat inwerken, waarmee we het systeem eigenlijk weer zouden ondermijnen. Uiteindelijk kun je namelijk 17 miljoen criteria maken. Dan compenseer je iedereen; uiteindelijk kun je doorgaan tot 17 miljoen criteria. Als je dat niet doet, zit er altijd iets in waarover je zegt dat we nu eenmaal verzekeraars hebben om te verzekeren. Dat is namelijk hun baan.

Het is dus een complexe materie, maar wij hebben gemeend om na tien jaar een extra sessie te houden, niet alleen met de mensen die wij daar regulier over spreken maar met een veel groter publiek, om te bekijken hoe zij tegen de risicoverevening aankijken. Daar zijn papers over geschreven. Het was ontzettend goed om te zien hoe dit leeft. Het viel mij op hoe vol de zaal was. Het is immers geen onderwerp waarvan ik dacht dat het heel veel mensen zou aantrekken. Dit is echter zo belangrijk voor ons systeem dat het een boeiende dag is geweest met goede opmerkingen en goede inzichten, waar wij ons voordeel mee doen.

Wij zetten dus stappen. Het is echt van belang om erop te wijzen dat wij nu, als ik niets zou doen in de volgende stap, al bijna op 99% risicodragend zitten. We moeten dus niet doen alsof er nu een enorme stap wordt gezet. In zo'n artikel lijkt het alsof ik een enorme stap aan het nemen ben. Om precies te zijn: we zitten op 98,8% en we gaan uiteindelijk naar 99,5%, omdat we de sluis eruit houden. Is dat een enorme stap? Bij het risicodragend zijn komt er in de huidige verdeling minder dan 1% bij.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik snap dat de Minister zegt dat het in de macrogetallen geen enorme stap is, maar het gaat bijvoorbeeld wel om 180.000 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Voor hen kan het individueel heel veel

uitmaken of zij de juiste zorg krijgen of niet, en of de zorgverzekeraar de juiste zorg kan inkopen. Ziet de Minister die relatie tussen haar macrogetallen en het feit dat het uiteindelijk gaat om mensen en de zorg die zij krijgen?

Minister Schippers:

Nee, die zie ik niet. Er is namelijk geen sprake van «mens tegen systeem», want we hebben in het systeem t-1. Bij iemand met een ernstige psychische aandoening die veel zorg nodig heeft, weet je dat de eerste keer nog niet, wanneer hij nog geen zorg heeft gebruikt. Dan kun je daar dus niet op selecteren. Het daaropvolgende jaar is sprake van t-1. Dan heb je dus geen enkele aandrang om te selecteren. We hebben dit dus hartstikke solide opgevangen. Wij zeggen alleen dat dit, als je dit erin houdt, als een perverse prikkel werkt. Uiteindelijk kun je dus niet gemakzuchtig achteroverleunen en zeggen: oké, we hebben het nu zo geregeld en daar blijft het bij. Je moet op zoek gaan naar criteria die deze t-1 kunnen vervangen. Die ambitie heb ik ook aangegeven. Dat is in de Kamer opgevat als een regel dat per 2019 alle t-1's worden vervangen. Dat is niet zo, maar de ambitie is wel om ze per 2019 te hebben vervangen. Dat is ook de reden waarom we hier zo veel onderzoek naar doen, namelijk om ervoor te zorgen dat we betere criteria krijgen dan t-1, maar we hebben dit in het systeem heel goed opgevangen om risicoselectie te voorkomen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De Minister maakt in haar antwoord duidelijk dat t-1 echt een tijdelijk lapmiddel is, dat je dat niet kunt volhouden en dat daar dus een goed model onder moet komen. Is het dan wel verstandig om de oude schoenen van de niet-risicodragendheid nu al weg te gooien voordat je nieuwe schoenen hebt? Wat is immers de winst die de Minister hiermee behaalt?

Minister Schippers:

In 2006 is afgesproken dat de ex-postnacalculatie maar een paar jaar zou blijven bestaan; ik weet nog dat ik dat samen met de heer Omtzigt heb ingebracht. We schaffen de ex-postnacalculatie af in 2017. In het vorige regeerakkoord, met het CDA, stond dat zij afgeschaft moest worden. In het huidige regeerakkoord stond dat dit in 2015 zou gebeuren. Ik heb gezegd dat de inhoud vóór het regeerakkoord gaat en dat het 2017 wordt. Daar hebben we de oplossing t-1 voor. Die t-1 blijft echter voor de langdurige ggz. Ik kan me niet voorstellen dat we daar zomaar iets kunnen inzetten om dat op te vangen. Daar blijft t-1 dus aan de orde. Op zich is dat daar ook helemaal geen slecht criterium, maar bij de curatieve ggz heb je bijvoorbeeld de zorgwaarte. Je moet dus ook de ambitie hebben om zo'n criterium langzaam maar zeker niet als een paardenmiddel te gebruiken maar te vervangen door echte criteria.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Even een feitelijkheid: we hebben het hier over zorg waarvan dit kabinet heeft besloten om die over te dragen en die nu risicodragend wordt gemaakt. Het is dus niet heel netjes om terug te verwijzen naar 2006. Het gaat hier immers om de overgedragen zorg, verpleging en verzorging en de langdurige ggz.

De voorzitter:

U hebt uw punt gemaakt.

Minister Schippers:

Ik was bij de kabinetsvergaderingen daarover en ik kan vertellen dat ik de enige Minister in dat kabinet was die zei: we zullen rustig aan gaan doen.

Wat dat betreft, zijn de discussies tamelijk eentonig. Dat is logisch, want als je in de Zorgverzekeringswet uitgaat van concurrerende verzekeraars, is het logisch dat die verzekeraars ertoe geprikkeld worden om zo goed mogelijke zorg in te kopen. Je hebt een ex ante model om te zorgen voor een gelijk speelveld. Zo zit dit systeem in elkaar. Dat is voor mij zo belangrijk geweest dat ik deze onderzoeksprogramma's fors heb ingezet om ervoor te zorgen dat we die ex ante in een snel tempo verbeteren.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het is zeker te waarderen dat de Minister naar een oplossing heeft gezocht voor de ggz en de wijkverpleging. Vorig jaar heeft de Minister in een debat gezegd: als dit niet goed kan worden geregeld in de verevening, hoort het eigenlijk niet thuis in de Zorgverzekeringswet. Dat is een radicale stap. Ik snap wel dat zij die stap niet wil zetten. Ik vind dus echt dat het voor de Minister pleit dat zij een constructie heeft gevonden. Toch heb ik de vraag welke garantie zij heeft dat die t-1 gaat werken. We stoppen voor deze twee sectoren immers helemaal met de ex post. Zou er bijvoorbeeld een variant mogelijk zijn waarin t-1 wordt gehanteerd, maar waarin het vangnet van ex post achter de hand blijft als t-1 niet werkt en als de risico's dan onvoorzien toch groot zijn? Is de Minister daartoe bereid?

Minister **Schippers**:

Wij hebben al met t-1 gewerkt en wij zetten dat op onderdelen door. Daar waar dat kan, vervangen wij het. Wij verfijnen het, als het ware. Afgelopen jaar was 98,8% volledig risicodragend. Dat is bruto, want we hebben een bandbreedte ingevoerd. Het gaat pas buiten die bandbreedte gelden. Netto is het eigenlijk dus niet 98,8%, maar meer. Het gaat bij de wijzigingen dus eigenlijk om kleine percentages. Welke verzekeraars worden afgeroomd en welke verzekeraars worden bijgeplust? Met betrekking tot de wijkverpleging – daar is naar gevraagd – worden twee verzekeraars afgeroomd: een kleine en een middelgrote verzekeraar. Dat is wat er gebeurt. Dingen die meer opleveren, worden er daar dus af gehaald. Het is nu al zo vlak dat ik geen grote risico's zie. Je kunt de risico's ook beredeneren, want als je t-1 toepast op iemand die je al in je systeem hebt, weet je nooit of iemand tot de categorie t gaat behoren zodra je hem verzekert. En het daaropvolgende jaar compenseer je dat.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik snap het antwoord in de gedachtegang over risicoselectie, maar het gaat mij ook gewoon om de risico's die je op langere termijn kunt lopen. Daarom noemde ik het voorbeeld van het op een goede manier inkopen van wijkverpleging, zodat mensen hun keuzevrijheid behouden. In een interruptiedebat met de heer Rutte heb ik ook het voorbeeld genoemd van de geestelijke gezondheidszorg. Bij kleine percentages van een heel groot bedrag gaat het om grote bedragen. Wij weten natuurlijk dat dat in de zorg altijd zo is. We hebben het over miljarden. Mijn vraag was of het mogelijk is om te gaan werken met t-1, maar de optie van de ex post toch overeind te houden en beleidsmatig in de lucht te houden voor het geval dat t-1 niet blijkt te werken of tot te grote risico's leidt, bijvoorbeeld ten aanzien van voldoende inkoop ten behoeve van voldoende aanbod. Daar ligt immers natuurlijk een risico in dit stelsel.

Minister **Schippers**:

Ieder jaar beslissen wij hoe de risicoverevening eruitziet, ex ante en ex post. Als ik voor het komende jaar ex post overal op nul zet, is het helemaal niet zo dat je ex post nooit meer zou kunnen invoeren als je daar de behoefte toe zou voelen. Dat kan ieder jaar. Wij kunnen ieder jaar beslissen of wij t-1 in stand laten of aanpassen. Daarover kunnen we hier ieder jaar in overleg met elkaar beslissen. Ik denk dat het logischer is om t-1 langer in stand te houden dan om ex post weer in te voeren, maar de

Kamer kan in het overleg met de Minister debatteren over wat het beste is. Toen we t-1 vorig jaar invoerden, heb ik al gezegd dat het natuurlijk een paardenmiddel is, maar ik ben ervan overtuigd dat het een zachte landing en gefaseerde vervanging in de risicodragendheid mogelijk maakt. Ik wil de algemene inleiding afsluiten met de opmerking dat het onderzoeksprogramma dat wij opzetten, ook voor komend jaar weer ambitieus is. Deze zomer wordt van alles en nog wat doorgerekend, zoals de Kamerleden hebben kunnen lezen. In september hebben we daar traditioneel nog een overleg over, maar ook voor het komende jaar en de daaropvolgende jaren hebben we een ambitieus onderzoeksprogramma in gang gezet, omdat we willen blijven verbeteren. We zullen daarbij altijd zoeken naar het evenwicht tussen de drie doelen en we zullen er daarbij ook altijd voor zorgen – ik vind dat dat steeds belangrijker wordt – dat de complexiteit ons niet in de weg gaat zitten. Op een gegeven moment weet je immers niet meer wat op wat inwerkt. Daar zullen we dus zeker alert op moeten zijn.

Ik ga nu in op de specifieke vragen. De motie-Keijzer/Bergkamp gaat over directe toegang tot de ggz in de Wet langdurige zorg. Die is al een tijdje niet mogelijk per 2017. Dat weten we, want daar is een wetswijziging voor nodig. Samen met de Staatssecretaris zal ik de Kamer voor het reces een brief schrijven over hoe wij hiermee omgaan en over onze plannen op dit punt.

Verwacht ik dat per 2019 t-1 vervangen kan worden door meer inhoudelijke kenmerken? Ik hoop dat in ieder geval van harte. Ik vind ook dat wij daar met elkaar maximaal naar moeten streven en dit ook altijd moeten proberen, want anders gaat dit als een perverse prikkel werken. Voor mij is die ambitie dus heel groot. Voor de langdurige zorg, de ggz, zal dit overigens voorlopig alleen mogelijk zijn door t-1 in stand te houden. Uit onderzoek van het iBMG blijkt dat er op gezonde verzekerden nog € 100 winst wordt gemaakt, wat risicoselectie in de hand werkt. Er zijn altijd groepen verzekerden te vinden met een positief of negatief vereveningsresultaat. Ik zei zojuist al dat je, als je dat doorexerceert, uiteindelijk uitkomt op 17 miljoen kenmerken. De gekozen groep is een arbitraire groep uit een steekproef, die gebaseerd is op zelf ervaren en zelf gerapporteerde gezondheid. Als we een objectievere maat van gezondheid nemen, namelijk het hebben van minimaal één van de mobiliteitskenmerken uit de verevening, is het resultaat nul. Hiervoor is het GSM-kenmerk toegevoegd. Het onderzoek van het iBMG geeft juist aan dat op het punt van de ondercompensatie van bepaalde groepen chronisch zieken in het model 2016 een aanzienlijke verbetering optreedt. Dat is ook ons streven met het door ons ingezette programma. De modelverbeteringen die wij in 2017 invoeren, zullen deze overcompensatie weer verder verminderen. Sinds 2006 krijgt een verzekeraar 40% minder voor een gezonde man.

De voorzitter:

Mevrouw Bruins Slot, u mag het woord nemen als ik het heb gegeven. Dat doe ik bij dezen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik zag u al non-verbaal reageren. Maar u hebt natuurlijk helemaal gelijk. De Minister zegt: het onderzoek van de Erasmus Universiteit laat zien dat we al enorme verbeteringsslagen maken. Maar het is toch een aanzet? Er is toch sprake van een 20%-verbetering?

Minister Schippers:

Een ideaal systeem zullen we nooit hebben. Je kunt proberen, stap voor stap een beter risicovereveningssysteem te krijgen, waarbij je objectieve criteria nodig hebt, op basis waarvan je daadwerkelijk kunt gaan verevenen. Een ideaal systeem zullen we, nogmaals, nooit bereiken. De

laatste jaren hebben we wel enorme stappen gezet in de verbetering van dit systeem.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Als de Minister zegt dat we nog extra stappen kunnen zetten, waarom zet ze die dan niet?

Minister **Schippers**:

Natuurlijk kunnen wij nog stappen zetten. Als we dat niet meer konden, zou er geen onderzoeksprogramma meer zijn. We hebben een onderzoeksprogramma, omdat we een voortdurende speurtocht maken naar verbetering van het systeem. Er is een al lang lopend debat over overcompensatie. Dat is een instrument waaraan grote nadelen kleven. Uit onderzoek blijkt dat overbetaling niet leidt tot minder prikkels en niet noodzakelijk tot een verbetering van de mogelijkheden voor zorginkoop. Ook blijkt overbetaling in de praktijk juridisch lastig uitvoerbaar. De risicoverevening hebben we bij Europa aangemeld. Dat moet natuurlijk ook. Die rust op objectief bepaalde, via een statisch model berekende criteria en compensaties. Overbetaling zou ook door de Commissie staatssteunrechtelijk worden getoetst. Daarom heb ik daar niet voor gekozen. Dat debat is niet nieuw. Ik heb in eerdere debatten al gezegd dat ik ga onderzoeken of overcompensatie mogelijk is. De resultaten daarvan heeft de Kamer gekregen. Dat is juridisch niet houdbaar, maar uiteindelijk zal het in haar werking ook niet beter gaan.

De heer **Rutte** (VVD):

Het gaat over personen bij wie sprake zou zijn van een voordeel van € 100 voor de verzekeraar. Het antwoord van de Minister was heel technisch. Dit is ook een heel technisch onderwerp, dus dat dreigt dan al gauw. Ik wil het wel graag begrijpen. Je kunt ongetwijfeld individuele verzekerden vinden waarvoor dit geldt. Maar je kunt die groepen niet van tevoren op kenmerken identificeren. Is dat het geval?

Minister **Schippers**:

Ik heb een divers antwoord gegeven. Ons risicovereveningssysteem, waarbij we bij private partijen geld weghalen om aan andere private partijen te geven, zal bij de Commissie standhouden. Wij hebben risicoverevening, omdat er evident verlies wordt geleden als je bepaalde verzekerden moet accepteren zonder je premie te laten stijgen. Daarom houdt die verevening op Europees niveau stand. Als we daaraan gaan tornen, maken we onszelf wel heel erg kwetsbaar voor een negatief antwoord.

De heer Rutte gaat ervan uit dat je groepen expliciet kunt targetten. Je zou kunnen weten in welke maatvoering je moet opplussen. Als je dat objectief doet, is het resultaat nul, maar het kan met € 100 worden opgeplust. Dat helpt niet heel erg bij de risicoselectie.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik snap dat. Ik vraag ook niet om overcompensatie, want dat mag niet op basis van Europese regels. Het zou ook onterecht zijn, want je wilt op basis van objectieve criteria een gelijk speelveld creëren, waardoor iedereen geaccepteerd wordt tegen dezelfde voorwaarden, zonder dat de verzekeraar daarvan nadeel lijdt. Zijn we in staat om dat gat van € 100 te verkleinen, zonder dat het gat verdwijnt? Zegt de Minister dat ze daaraan werkt en dat je niet iedereen op basis van objectieve criteria van tevoren als groep kunt identificeren?

Minister **Schippers**:

Wij proberen inderdaad het gat te verkleinen. Vorig jaar hebben we grote stappen gezet en dit jaar doen we dat weer. Volgend jaar zullen we, als het

meezit, hetzelfde kunnen doen. Het gat moet kleiner worden, maar het zal nooit nul zijn. Op een gegeven moment lopen we tegen grenzen aan. Dan wordt het zo complex dat we eigenlijk niet meer weten wat op wat inwerkt. Maar voorlopig zien we nog verbetering. Dat doen we niet alleen, dat doen we samen met verzekeraars, die ook ideeën inbrengen. Ook de Kamer brengt ideeën in. Uiteindelijk proberen we het systeem zo goed mogelijk te maken. Maar een perfect systeem zullen we nooit bereiken. Ik kom op de vraag over zwangere vrouwen. Die vraag is hier eerder aan de orde gekomen. Wij hebben daar onderzoek naar laten doen. Ook daarbij loop je tegen grenzen aan. We hebben er nu voor gekozen, vrouwen in de vruchtbare leeftijd een hogere bijdrage te geven dan mannen. De bijdrage hangt samen met de kosten voor zwangerschap en geboorte. Daardoor wordt de verzekeraar via de risicoverevening voor de zwangere vrouw in zijn portefeuille gecompenseerd. Zijn er alternatieven? Je zou achteraf kunnen gaan compenseren, maar dat heeft als nadeel dat de doelmatigheidsprikkel wordt afgezwakt. Daarom bouwen we dat af. Je moet dus een afweging maken tussen een nog betere compensatie voor een specifieke groep verzekerden en het bevorderen van de doelmatigheid. We hebben dat onderzocht, waarbij gebleken is dat het niet beter kan. Als de Kamer betere opties heeft, houd ik mij aanbevolen. In de brief hebben we aangegeven, extra aandacht te besteden aan compensatie van kinderen. Maar voor dit punt zitten we waar we zitten; we hebben nog niets beters.

De voorzitter:

Zou het een alternatief zijn als verzekeraars terugboeken als iemand niet zwanger is geworden?

Minister Schippers:

Dat is ook ex post, namelijk ex post inleveren. Dat heeft natuurlijk uiteindelijk dezelfde nadelen als het gaat om doelmatigheid. Want het is hetzelfde systeem, zij het andersom.

De voorzitter:

In feite stelt die Minister vast dat het niet op een andere manier kan.

Minister Schippers:

Ik stel nooit iets definitief vast. We hebben dat op verzoek van de Kamer eerder onderzocht. Als er partijen zijn in het veld of elders die het slimmer kunnen binnen het ex-ante model, houd ik mij aanbevolen.

De voorzitter:

Dit is ongetwijfeld gehoord.

Minister Schippers:

Er is ook gevraagd of een kleine groep met zeer hoge kosten, in dit geval mensen met Pompe of Fabry, niet buiten de verevening moet worden geplaatst. Dan begeven we ons op een hellend vlak: je begint met één groepje en zo kun je langzaam maar zeker steeds andere groepjes buiten de verevening plaatsen. Zo krijg je natuurlijk een nieuw systeem, waarin je steeds groepen buiten de verevening plaatst. Ik denk dat daarmee het systeem wordt ondermijnd. Uiteindelijk moet een verzekeraar ook verzekeren. Als je groepen kunt identificeren als groepen met heel hoge kosten, moet je ze wel in het systeem houden. Uiteindelijk moeten we die hele vergaarbak solidair oplossen.

Wij hebben een meerjarig onderzoeksprogramma opgezet om te proberen de genoemde kloof te overbruggen. Prioriteit hebben betere compensatie van chronisch zieken, vervanging van onorthodoxe kenmerken – de t-1-systematiek – en doorontwikkeling van de risicoverevening in de ggz. Bij het laatste denk ik aan ernstige psychiatrische aandoeningen. Ik noem

verder meer fundamenteel onderzoek met langere doorlooptijden. Het onderzoeksprogramma wordt in de WOR afgestemd met verzekeraars. In september komen de resultaten naar de Kamer.

Ik kom op de solvabiliteitseisen. Er zal een evaluatie van Solvency II worden gemaakt door de Commissie, een evaluatie die in 2018 zal zijn afgerond. Daarbij zal het ook gaan om een evaluatie van de berekening van de solvabiliteitseis. DNB en Financiën werken samen aan de Nederlandse input van deze evaluatie. Wat betreft de zorg is VWS daarbij aangehaakt. In beginsel wordt elke consultatiereactie die naar Brussel gaat, ter informatie aan de Tweede Kamer gestuurd.

Leidt Solvency II tot een verhoogde prikkel voor risicoselectie en daarmee tot een hogere premie? Net als onder Solvency I beweegt de solvabiliteitseis onder Solvency II mee met de geraamde schadelast. Onder Solvency I direct, via een percentage van de gemiddelde schadelast over de afgelopen drie jaar, onder Solvency II via een percentage van de verwachte schadelast van het komende jaar, benaderd door het premievolume plus de vereveningsbijdrage. Zorgverzekeraars met een meer risicovolle portefeuille moeten dus meer solvabiliteit aanhouden, want voor hen is de vereveningsbijdrage hoger dan voor zorgverzekeraars met een minder risicovolle portefeuille. Dat staat los van Solvency II, want onder I en II bestaat er een prikkel tot risicoselectie. Dat is een gegeven. Omdat alle zorgverzekeraars op dit moment een aanwezige reserve hebben die echt ruim voldoende is om de solvabiliteitseis van verzekeren te dekken, mag worden aangenomen dat de solvabiliteit niet of nauwelijks de prikkel tot risicoselectie zal versterken. Doordat onder Solvency II meerdere risico's een rol spelen bij de vaststelling van de vereiste solvabiliteit, is op voorhand niet aan te geven of die prikkel tot risicoselectie wordt verhoogd of verlaagd. Uiteraard is er een relatie met de premie. We zullen er bij de evaluatie op letten dat de premies daardoor niet hoger worden.

De voorzitter:

Ik heb nog een tweede interruptie namens de D66-fractie. De Minister zegt dat mag worden aangenomen dat er geen andere prikkel tot risicoselectie is in Solvency II. Zij had het daarbij over de evaluatie. D66 heeft al eerder gevraagd hoe we dat gaan monitoren. Komt dat dan in die evaluatie? Wanneer zal die plaatsvinden?

Minister Schippers:

De evaluatie vindt plaats in 2018. Daarin zullen alle facetten van Solvency II worden meegenomen.

Ik kom te spreken over zorgmijding. We hebben daarnaar verschillende onderzoeken gedaan. Eind oktober heb ik voor de begrotingsbehandeling van 2016 de resultaten van het onderzoek van het NIVEL naar zorgmijding naar de Tweede Kamer gestuurd. Wij hebben in verschillende overleggen over die zorgmijding gesproken. Mevrouw Leijten zegt: lage inkomens zijn ondervertegenwoordigd. Dat klopt niet, want er is extra gezocht om juist lage inkomens goed vertegenwoordigd te laten zijn. Maar een bepaalde groep kwetsbare mensen is niet goed gedekt, omdat die groep voor een enquête heel moeilijk te bereiken is. Ze antwoordt niet of ze is niet beschikbaar om deel te nemen aan zo'n enquête. Die groep is dus minder meegenomen, omdat de respons minder groot is. Het NIVEL heeft objectieve data, zoals zorgregistraties en declaratiecijfers, gebruikt om zorgmijding te achterhalen. Uit dit onderzoek blijkt dat 3% van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een huisartsenbezoek. De helft van deze mensen vindt dat achteraf geen goede beslissing. De resultaten van het onderzoek staan allemaal op een rijtje. Die kent mevrouw Leijten ook, want zij heeft het onderzoek al enige tijd in haar bezit. Zij heeft ook kunnen zien dat niet-financiële redenen eveneens een rol spelen,

bijvoorbeeld dat men geen tijd heeft, dat men denkt dat het vanzelf overgaat en allerlei andere redenen. Overigens is het niet zo dat ik naar aanleiding van dat onderzoek geen acties heb ondernomen. Misschien zijn het niet de acties die mevrouw Leijten graag zou zien, namelijk afschaffing van het eigen risico, maar wij hebben in het najaar wel een extra campagne gedaan om meer kennis over het verplichte eigen risico te bevorderen. Heel veel mensen denken bijvoorbeeld dat het eigen risico voor een bezoek aan de huisarts geldt, maar dat is niet zo. Wij hebben spotjes uit laten zenden, maar soms bereik je daar niet iedereen mee. Voor het eerst hebben wij dus een team van VWS'ers het land in gestuurd om bijvoorbeeld bij markten en supermarkten uit te leggen hoe het zit met de Zorgverzekeringswet en het eigen risico. Zij hebben gevraagd of men daarover nog vragen had en of men wist dat men gespreid kon betalen. Zij hebben heel veel vragen van mensen beantwoord en geprobeerd om op een andere manier andere mensen te bereiken, juist ook mensen met lage inkomens. Jongeren zijn met gastcolleges op scholen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering specifiek voorgelicht over de zorgverzekering, het eigen risico et cetera. Bij gemeenten zie je dat in collectiviteiten waar 26.000 huishoudens bij aangesloten zijn, betalingsregelingen zijn getroffen of een lager eigen risico is afgesproken. Wij hebben hier in de Kamer een wanbetalersregeling besproken. Daardoor kunnen mensen die in de schulden belanden en wanbetaler worden, eerder uitstromen. De keukentafelgesprekken gaan ook over de verzekering. Bij de Wmo-loketten is informatie over de verzekering. Er is een pakket van Sociale Zaken over schuldhulpverlening. Binnenkort komt Sociale Zaken ook met een nieuwe brief en stukken op het gehele complexe terrein van schuldhulpverlening naar de Kamer. Het is dus niet zo dat hier niks op gebeurd is. Het is ook niet zo dat de onderzoeken van het NIVEL geen waarde hebben omdat ze niet representatief zouden zijn. Ze zijn dat op basis van de criteria die wij daar allemaal langs leggen, namelijk wel.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Als je zo de opsomming hoort van wat de Minister doet om de mensen te informeren over het eigen risico, is dat best indrukwekkend, maar dat lost het probleem van het eigen risico allerm minst op. Ik vind het wel kwalijk dat de onderzoekers van het NIVEL zeggen dat mensen met lage inkomens volstrekt ondervertegenwoordigd zijn in hun onderzoek, terwijl zorgmijding zich in hoge mate concentreert bij mensen met een laag inkomen. Dan krijg je dus geen representatief onderzoek. Je kunt dan besluiten dat je allerlei maatregelen gaat treffen om het uit te leggen of achteraf te compenseren, maar daarmee heb je het probleem van het mijden van zorg omdat er kosten worden verwacht, nog niet opgelost. Kan de Minister daarop ingaan? Zorgmijding ontstaat doordat er kosten worden verwacht, daarom ziet men af van zorg, en het achteraf compenseren of uitleggen helpt daar wellicht helemaal niet bij.

Minister **Schippers**:

Als die redentatie zou kloppen, zou een forse verhoging van het eigen risico er ook toe moeten leiden dat de zorgmijding fors toeneemt. Maar wat blijkt uit het onderzoek? Het eigen risico is met het lenteakkoord fors verhoogd, maar de hoeveelheid zorgmijding is min of meer gelijk gebleven. Die directe relatie die mevrouw Leijten veronderstelt, is er dus niet.

Ik heb ook even gekeken naar de aanwezigheid van lagere inkomens. Ik citeer: «In dit onderzoek hebben we weliswaar extra mensen met lage inkomens benaderd, maar dit neemt niet weg dat de meest kwetsbare groep ontbreekt.» Mensen met lage inkomens zijn in dit onderzoek dus niet slechter gerepresenteerd, maar er is een kwetsbare groep die moeilijk te bereiken is voor onderzoekers en die ontbreekt hier. Het is van belang

dat wij die kwetsbare groep wel met ons beleid benaderen. Dat is ook de reden waarom ik al jaren met gemeenten in gesprek ben en gemeenten daar massaal gehoor aan geven. De kwetsbare groep waarbij je dit ziet, komt in collectiviteiten van de gemeenten. Vaak zijn er regelingen waardoor men niet geconfronteerd wordt met een eigen risico. Ofwel men kan het eigen risico via een aanvullende verzekering herverzekeren, zodat die kwetsbare groepen die aangesloten zijn bij zo'n collectiviteit een iets hogere premie betalen maar wel direct toegang hebben tot de zorg, waarbij gemeenten soms ook nog geld bijleggen om de premieverhoging te compenseren, ofwel men heeft allerlei regelingen in de collectiviteit om bijvoorbeeld meteen gespreid te betalen, et cetera. Over het algemeen werkt het goed, maar juist voor de kwetsbare mensen bij wie het niet goed werkt, proberen wij via die collectiviteiten binnen de gemeenten zonder een eigen risico te werken, doordat het eigen risico herverzekerd wordt of doordat er met gespreide betalingen wordt gewerkt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Niet iedere gemeente doet dat. Niet iedere gemeente heeft een goed basispakket. Niet iedere gemeente herverzekert het eigen risico. Het ligt er maar aan waar je zit. En dan nog zijn er mensen die zeggen: ja, maar dan betaal ik wel een fors hogere premie, dus ik kies niet voor het aanbod van de gemeente. Het kan een mooi systeem zijn, maar dat is natuurlijk geen garantie dat het goed komt. Het bezwaar zit hem nou precies in de zin waar de Minister mee begon. Zij zei: wij hebben het eigen risico fors verhoogd, maar uit onderzoek blijkt dat er geen gevolgen zijn. Maar in dat onderzoek zijn de mensen bij wie die gevolgen landen, nou juist niet meegenomen! Ga gewoon met een gemiddelde huisarts, fysiotherapeut, ziekenhuisarts of apotheker praten. Die zullen zeggen dat mensen zich niet laten doorverwijzen. Ze halen hun medicatie niet op. Ze blijven bij de huisarts hangen met hun geestelijke gezondheidsproblemen omdat ze niet naar een psychotherapeut willen, waar ze hun eigen risico zouden moeten betalen. Er zijn grote gevolgen, maar de Minister blijft maar strooien met onderzoeken waarin zij dat maskeert. Dat vind ik echt kwalijk. Zij blijft uitleggen dat er geen probleem is, terwijl zij de groep die hier problemen mee heeft structureel niet meeneemt in onderzoek. Zij luistert niet naar de beroepsgroepen die hierover permanent aan de bel trekken. Dan hoef je dus niks te doen. Dan kun je het naar gemeentes schuiven. Of de gemeente er dan wat aan doet, is maar de vraag. Mensen met deze situatie gaan echt niet denken: o, ik ben beter af in Amsterdam, dus ik verhuis wel naar Amsterdam.

De **voorzitter**:

Mevrouw Leijten, uw punt is duidelijk.

Minister **Schippers**:

Je kunt inderdaad alles wat op dit terrein gebeurt bagatelliseren, daaraan voorbijgaan en alles wat ik genoemd heb niet serieus nemen, maar mevrouw Leijten had het zelf ook al over de compensatieregeling en alle gelden die via de WTCG naar de gemeenten zijn gegaan. Van al die gelden wordt 268 miljoen in de collectiviteiten gestopt. Dat betekent dat mensen helemaal niet altijd meer betalen. Het hangt af van de vraag hoe breed het pakket is, hoeveel van de aanvullende verzekering erin zit en hoe men met het eigen risico omgaat. Maar er wordt dus flink bijgeplust, juist in die collectiviteiten en juist voor die kwetsbare groepen. Gemeenten hebben massaal collectiviteiten ingeschakeld. Ik heb de Kamer ooit die gegevens verstrekt. Ik weet niet of wij hier een percentage van gemeenten met collectiviteiten bij de hand hebben, maar bijna alle gemeenten bieden kwetsbare groepen de mogelijkheid om in een collectiviteit te stappen. Men probeert er dus massaal voor te zorgen dat de zorg voor deze groep toegankelijk blijft.

Voorzitter. Welke ambities heb ik voor de bijsluiters bij de zorgpolis? Dat wordt ook wel een informatiebijsluiters genoemd omdat we anders denken aan een geneesmiddelenbijsluiters. Het gaat erom dat wij, bij polissen waarin restricties zitten of waarbij in ruil voor premieverlaging bepaalde selectieve inkoop geldt, mensen goed voorlichten over de consequenties van zo'n polis. Daarover hebben wij het hier meerdere malen gehad. Het afgelopen overstapeseizoen hebben de zorgverzekeraars die informatie expliciet bij zo'n polis gevoegd. Zij hebben de bijsluiters toegestuurd aan mensen die voor zo'n polis hebben gekozen. Dat vind ik belangrijk, want die informatie hebben mensen nodig om daadwerkelijk een bewuste keuze te kunnen maken. Ook hebben wij met elkaar afgesproken dat er wat minder polissen zouden komen. Er is nu gemiddeld tweeënhalf polis per verzekeraar. Ook op dat gebied zijn dus grote stappen gezet. Wel zien wij bij de tussenpersonen nog een heleboel varianten met allerlei verschillende aanvullende verzekeringen. Ook die hebben wij in onderzoeken en gesprekken benaderd voor een opschoning, want ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat je geen overzichtelijke keuze hebt als je door de bomen het bos niet meer ziet. Als je uit duizend dingen kunt kiezen, heb je minder keuze dan wanneer je uit vier heldere producten kunt kiezen.

De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij het programma Kern-gezond, dat zij eerder hebben ingezet, zullen voortzetten. Zij hebben een zorgverzekeringskaart gemaakt. Dat is belangrijk. Ik geloof dat die deze zomer ingaat, op 1 juni of 1 juli. Als je vanaf dat moment met een naturapolis of budgetpolis naar een ziekenhuis gaat, wordt in dat ziekenhuis al voordat je überhaupt een behandeling krijgt, gezegd of er een contract is of niet. Dat is belangrijk, want eerder zagen wij weleens dat mensen gewoon naar een ziekenhuis stapten en achteraf met de rekening geconfronteerd werden. Dat moeten wij zien te voorkomen. Ook daarin is een enorme verbetering tot stand gebracht. Ze kunnen je in een ziekenhuis nu ook vertellen of er een contract is en wat dat inhoudt. De NZa houdt toezicht op de informatievoorziening door verzekeraars. Zij heeft de vorige keer in het overstapeseizoen een moedige stap gezet door bijvoorbeeld ook de telefonische informatie bij verzekeraars te checken. Zij is door de rechter teruggefloten omdat dit wat beter onderbouwd zou moeten worden. Nou ja, alle begin is moeilijk, maar dit geeft wel aan voor wie de NZa er is. Die is er voor de patiënt, om te controleren hoe de informatievoorziening van verzekeraars aan consumenten is. De NZa zal daar ook komend jaar bovenop zitten. De Consumentenbond en de NPCF werken momenteel aan een zorginformatiekaart bij elke polis voor verzekerden. Er wordt dus ontzettend veel activiteit gericht op het verminderen van de hoeveelheid polissen en op betere informatie, niet alleen bij je polis als je nog geen zorg nodig hebt, maar ook als je daadwerkelijk naar je zorgaanbieder gaat. Er wordt ook veel betere informatie beschikbaar gemaakt voor de verzekerden. Wanneer is het onderzoek van de NZa naar risicoselectie klaar? Is dat voor het overstapeseizoen? Direct na het reces wordt het aan mij aangeboden. Daarna kan ik het de Kamer aanbieden. Dat is dus voor het overstapeseizoen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik dank de Minister voor haar antwoord. Zij geeft een hele opsomming; er gebeurt heel veel. Als je kijkt waar wij vier jaar geleden stonden en waar wij nu staan, kun je zeggen dat de NZa er meer voor de patiënt is. Wel vraag ik mij af hoe het zit met de regulering op polis, om te voorkomen dat er elk jaar een nieuw trucje wordt bedacht. Zijn er nu maatregelen genomen? Is er sprake van zelfregulering? Of heeft de NZa gezegd dat men aan bepaalde voorwaarden moet voldoen en dat zij anders een handhavingstitel heeft?

Minister Schippers:
Bedoelt u de hoeveelheid of de informatie?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De hoeveelheid, de informatie, de polisvoorwaarden, kortom, het hele pakketje. In de financiële wereld is het nu zwaar gereguleerd omdat het veel te ingewikkeld werd en omdat er tussenpersonen nodig waren. Wij willen voorkomen dat dit in de zorg ook nodig is. Nu zet de NZa stappen, maar mij is niet helemaal duidelijk of het via zelfregulering gaat of via NZa-regulering, daarmee ook een titel hebbend.

Minister Schippers:
De NZa heeft een heel belangrijke titel, namelijk dat je als verzekeraar heldere, begrijpelijke en adequate informatie moet geven aan je verzekeren. Een goed voorbeeld daarvan is de restitutiepolis. Op een gegeven moment werkten verzekeraars met een restitutiepolis en een zuivere restitutiepolis. Dan zeg ik: je kunt zwanger zijn of niet, maar een beetje zwanger is er in mijn ogen niet. Je hebt een naturapolis, waarin je varianten kunt hebben, je hebt een combinatiepolis of je hebt een restitutiepolis. Als je een restitutiepolis hebt, betekent dat gewoon dat je naar de zorgaanbieder van je keuze kunt gaan en dat je dat vergoed krijgt tegen een marktconform tarief. De NZa heeft gezegd dat de verzekeraar er heldere informatie over moet geven. Het is niet een beetje restitutiepolis, zuiver, onzuiver, halfzuiver. Dat gaat het allemaal niet helderder maken. Je hebt een restitutiepolis of die heb je niet. De NZa heeft ook aangegeven te verhelderen wat een marktconform tarief is. Je ziet dat er regulering plaatsvindt op basis van de bevoegdheden die de NZa heeft. Als de NZa deze niet heeft, ben ik zeer bereid om die te geven, want goede informatie is cruciaal.

We moesten het wel eerst eens goed onderzoeken, want er bleken heel veel polissen te zijn. Waar lag dat aan? Na dat eerste onderzoek kwamen we erachter dat dit niet zozeer ligt aan de verzekeraars, want die hebben er gemiddeld tweeënhalve per verzekeraar, en dat is niet zo veel. Met een natura- en een restitutiepolis zit je al op twee. Er zijn heel veel tussenpersonen die er allerlei dingen aan koppelen. Er zijn allerlei collectieve polissen, van de ANWB en weet ik veel, die het allemaal behoorlijk troebel maken. Dat is de tweede slag van het onderzoek dat we doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het antwoord is bijna helemaal duidelijk. Het is belangrijk dat er een tweede slag in het onderzoek is naar de tussenpersonen. Ik geef een voorbeeld, zodat ik het helemaal helder heb. Bij Achmea kon je een budgetpolis afsluiten. Zij hebben twee keer een brief gestuurd aan mensen en vervolgens ook nog gebeld om te zeggen: let op, uw hebt een budgetpolis, met een hoger eigen risico, dat betekent dat de eerste € 800 voor uzelf zijn, het is nu januari, mocht u zich bedenken, dan kunt er nog vanaf. Zij hadden er met een aantal stappen echt voor gezorgd dat mensen niet voor verrassingen werden gesteld, omdat zij het niet begrepen. Dat vind ik een heel goed voorbeeld, maar niet alle zorgverzekeraars doen dat. Zegt de NZa dat zij zo'n stappenplan als van Achmea bij een risicovolle polis wel goed vindt en dat dit wordt ingezet in het handhavingsskader? Of zegt de NZa dat er in het algemeen goede informatie versterkt moet worden en dat de een het zus doet en de ander zo Dan blijft het nog een beetje vrijblijvend. Dan heb je wel een heel grote titel, maar zo groot dat deze een beetje vaag is.

Minister Schippers:
De NZa zegt dat je goede informatie moet geven, maar verzekeraars kunnen zelf invullen hoe zij dat doen; of zij daarover opbellen of mensen anderszins benaderen. De NZa kan wel op een gegeven moment zeggen

dat de manier waarop het is ingevuld, te weinig is. Dan kan zij daar corrigerend op werken.

Ik moet even iets corrigeren. We doen geen onderzoek naar die tussenpersonen, maar we doen onderzoek naar de collectiviteiten en we zijn met de tussenpersonen in gesprek over helderheid en over het terugbrengen van het ontzettend grote aantal diffuse semikeuzemogelijkheden.

Zorgverzekeraars Nederland heeft hierop ook zelf actie ondernomen, door het actieplan Kern-gezond. De NZa houdt toezicht, maar de verzekeraars hebben zelf het initiatief genomen tot dat programma. De vergelijkings-sites hebben een code ondertekend en zelf initiatief genomen. De tussenpersonen zijn nu bezig om normen vast te stellen. We voeren hier gesprekken over om de helderheid voor de kiezende verzekerden te vergroten.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik hoor dat de Minister zich enorm inzet voor helderheid van de kiezende consument, zodat hij weet waar hij voor kiest en niet verdwaalt in een oerwoud aan polissen. Zij is er een voorstander van dat er dan wat minder keuze komt en dat er echte keuzes overblijven. Ik mag toch hopen dat deze Minister zich er ook voor blijft inzetten dat er wat te kiezen valt.

Minister **Schippers**:

Ja, dat is heel belangrijk. Mevrouw Dijkstra vroeg in het kader van de ACM of ik vooruitlopend daarop wat kon zeggen. Het is belangrijk dat er wat te kiezen valt. Dat is wat ik er vooruitlopend over kan zeggen. Ik ben heel benieuwd naar wat de ACM constateert in het rapport dat in het najaar komt en wat de variatie daarin zal zijn.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vraag dat ook omdat de Minister terecht opmerkt dat zij niet alleen kijkt naar de verzekeraar, maar ook naar de tussenpersonen. Daar horen ook de zogeheten volmachtconstructies bij. Via tussenpersonen en volmachten worden vaak aparte polissen gegenereerd. Als dat op flauwekul is gebaseerd, kan ik mij dat voorstellen, maar het komt ook voor dat er via tussenpersonen en volmachten juist een heel passende polis wordt gemaakt, op maat, met name in de aanvullende verzekering; dat je zegt: dat is voor deze groep of voor deze werkgever heel erg van belang. Heeft de Minister er oog voor dat hier ook een meerwaarde in kan zitten?

Minister **Schippers**:

Ik heb daar enorm veel oog voor en ik hecht daar heel veel waarde aan, maar ik zet er ook grote vraagtekens bij. We zullen het zien. Er is een onderzoek naar collectiviteiten. Er is één onderzoek binnen van onszelf en dat zal ik volgende week aan de Kamer toezenden. Het volgende onderzoek is van de NZa en dat komt na de zomer. Een interessante vraag is dan wat het nut is van collectiviteiten. Een werkgever van een stratenmakersbedrijf kan zeggen dat zijn werknemers meer last hebben van hun rug. Hij kan dan een contract afsluiten om goede zorg in te kopen bij rugpoli's, zodat zijn mensen niet hoeven te wachten en het ziekteverzuim daalt. Om een open vraag te stellen: ik ben heel benieuwd of dat eruit komt. U zult het volgende week zien.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Volgende week?

Minister **Schippers**:

Of deze week. Het rapport zit bij mijn stukken en dat stuur ik op. Ik vrees met grote vreze, om het iets minder spannend te maken.

De **voorzitter**:

Misschien kunt u een tipje van de sluier oplichten.

Minister Schippers:

De collectiviteiten zijn ingezet met dat doel. Je ziet dat er een gruwelijke hoeveelheid collectiviteiten is, maar dat er geen enkele rode draad in zit. Iedereen kan zich erbij aansluiten. Het is eigenlijk een premiekorting van hutsefluts via de vereniging voor hatseflats, en weet ik veel, maar niet omdat er een ander inkoopbeleid onder zit. Ik zal echt proberen om het vanmiddag nog te tekenen, want het is zo wel een rare discussie. Ik heb nog niet alles afgekregen, vannacht. Inmiddels zit ik de Kamer in de nacht te bedienen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Waarom gaat u dan nog slapen? Dat was een heel foute grap.

De voorzitter:

Laten we die niet herhalen. wordt erg gewaardeerd dat de Minister zo lang doorwerkt.

Minister Schippers:

Het komt wel naar de Kamer toe. We zien dat er allerlei collectiviteiten zijn. Daar hoeft u het rapport niet voor te hebben, want dat kunt u ook zien. Ik noem de ANWB en allerlei andere collectiviteiten. De gedachte achter die collectiviteiten was om de inkoopmacht van de verzekerden te vergroten. De verzekerde stem moest ertoe doen. Dan zou die verzekeraar specifieke dingen doen. Dat blijft wat achter, laat ik het zo zeggen.

Voorzitter. Ik moet nog terugkomen op iets wat ik al eerder in de Kamer heb gezegd over de aanpak van risicoselectie. Herverzekering van het aanvullend eigen risico zie ik echt als een bedreiging van de solidariteit. Het is nu mogelijk om een hoger eigen risico te nemen, met een lage premie, en vervolgens dat hoger eigen risico in je pakket te herverzekeren. Dat is echt een bedreiging voor de solidariteit, omdat het gewoon een truc is om een lagere premie te kunnen afsluiten. Er staat geen enkel risico tegenover deze premiekorting. Dat is wel iets wat je in het systeem wilt. Ik heb inmiddels de individuele verzekeraars verzocht te stoppen met het aanbieden van de herverzekering van het eigen risico. Dat zag je met name bij een hoger eigen risico en een lagere premie. Herverzekering zie je met name bij grensarbeiders of seizoenarbeiders. Ik heb individuele verzekeraars benaderd om daarmee te stoppen. Ik heb ook goede hoop dat dit stopt.

Mevrouw Leijten sprak over de ggz en de marktwerking. Ik vraag mij altijd af wat ik daar precies bij moet bedenken. Ik heb een indringend gesprek gevoerd met de geestelijke gezondheidszorg, ongeveer een jaar geleden. Ik heb gevraagd of zij in een systeem waarin selectief wordt ingekocht door verzekeraars wilden of niet. Zij kunnen ook in een systeem waarin dat niet gebeurt. Dan wordt er met budgetten gewerkt. Dat kan in de Wlz. Massaal was het bericht van de beroepsbeoefenaren, de psychiaters of de instellingen, dat zij niet in de Wlz wilden. Zij willen blijven in het systeem van selectieve inkoop. Zij zien daarin voordelen om te kunnen innoveren, om de zorg te kunnen verbeteren. Het is het een of het ander. Je kunt niet in het Zorgverzekeringswet willen zitten en dan een Wlz-uitvoering hebben. Dan moet je naar de Wlz. We hebben indringend gesproken over wat er nodig is als de ggz in de Zorgverzekeringswet blijft. Welke stappen zouden we dan moeten nemen om ervoor te zorgen dat het beter gaat? De ggz heeft zelf een programma opgesteld en aan de Kamer toegestuurd; de agenda van de ggz zelf. Die stappen proberen wij eendrachtig uit te voeren. Ik heb toegezegd om waar mogelijk die agenda te steunen, of om dingen te veranderen, als dat moet. Dit zijn de afspraken die wij op hun verzoek hebben gemaakt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb nog een opmerking op een ander punt, maar ik weet niet of de Minister al klaar is.

De **voorzitter**:

Ik kijk even naar de Minister.

Minister **Schippers**:

Volgens mij heb ik het nu wel gehad.

De **voorzitter**:

Ik geef niet alleen mevrouw Leijten, maar ook de anderen de gelegenheid om nog een vraag te stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb met de Minister net een debatje gevoerd over het NIVEL-rapport, zorgmijding en het eigen risico. De Minister zegt dat ik van alles bagatelliseer en in een halve bizin dat ik dat rapport, dat ik al een tijd in mijn bezit heb, niet gelezen zou hebben. In datzelfde rapport staat wat er allemaal onderzocht is en dat er een onderschatting kan zijn van het aantal mensen dat zorg mijdt, omdat die kwetsbare groep niet bereikt. Nog belangrijker is wat er staat over de data het aantal verwijzingen en geneesmiddelen. Die gingen over 2013 en 2014. Meer recente data waren nog niet beschikbaar. Daarmee is niet bekend wat het effect van de stijging van het eigen risico na 2013 is geweest. Ik wil hier toch wel markeren dat er geen enkel onderzoek is dat uitwijst dat de stijging van het eigen risico geen probleem zou zijn.

Minister **Schippers**:

Dan is dat mijn fout, doordat ik het lenteakkoord heb genoemd, maar daarvoor is het ook gestegen, als je kijkt naar waar we begonnen in 2006 en naar waar we ooit waren met de noclaim. Met de noclaim had je nooit een drempel vooraf. Daarom vond ik dat zelf ook een mooi systeem. Het lijkt mij niet goed om te veel te jojoën, maar het mooie van de noclaim was dat je vrij naar iedere arts kon, maar je kreeg geen geld terug. Er was niet een directe drempel.

Het is mijn fout om het lenteakkoord te noemen, maar daarvoor was er een heel grote omslag in het eigen risico en daarna nog een paar keer een verhoging. Overigens bagatelliseer ik de uitkomsten van het NIVEL niet. Ik zei dat u onze inzet bagatelliseert om die drempel voor kwetsbare groepen te verlagen, naar aanleiding van dat rapport, bijvoorbeeld via collectiviteiten van gemeenten of door andere stappen te nemen bij de wanbetalersregeling, zodat men makkelijker kan uitstromen. We doen allerlei dingen op het terrein van schuldsanering, samen met het Ministerie van Sociale Zaken. Ik bagatelliseer het NIVEL-rapport niet, maar u bagatelliseert in mijn ogen wat het kabinet op basis daarvan heeft gedaan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Mijn vragen over de uitkomstbekostiging zijn nog niet beantwoord.

Minister **Schippers**:

Dat klopt. Naar de uitkomstbekostiging hebben wij een aantal jaren geleden een aantal onderzoeken laten doen door iBMG. Daaruit bleek dat een moeilijke vraag bij de uitkomstbekostiging is: wat is goede kwaliteit van de zorg. Dat zien we ook gebeuren bij de richtlijnen die we inschrijven. Het duurt heel lang voordat er enige consensus is over wat goede kwaliteit is. Een andere vraag bij uitkomstbekostiging is wat de behandeling aan kwaliteit heeft toegevoegd. Je wilt niet hebben dat niemand heel zieke patiënten die dood kunnen gaan, wil hebben, omdat er dan slecht wordt gescoord op de uitkomstbekostiging. Het is een

enorm belangrijke stap om te kunnen betalen op grond van de toegevoegde waarde die de zorg levert, maar het is niet de oplossing voor alle problemen die wij nu hebben.

Toen ik net Minister was, moest ik besluiten of wij overgingen van de dbc naar DOT. Volgens alle adviezen moest ik dat wel doen, omdat anders het systeem door zijn hoeven zou zakken, maar ik moet zeggen dat ik niemand zou aanraden om weer zo'n big bang te doen. We hebben hier jaren met transitiebedragen en jaarverslagellende gezeten, en dat zou ik niet opnieuw willen. Mijn inzet is om zo veel mogelijk binnen het huidige bekostigingssysteem te verbeteren. Je kunt dat ook doen door partijen te stimuleren, en misschien ook wel te faciliteren, of door de goede randvoorwaarden te creëren, op basis waarvan men op de inhoud kan gaan inkopen. Je ziet dat dit al gebeurt. Kijk naar Radboud en VGZ. Je ziet dat men afspraken heeft gemaakt waarbij men niet meer afreken op die ene heup, waardoor de geriater aan het begin eigenlijk niet bekostigd wordt, maar dat men anders bekostigt. Er zijn meerjarige afspraken gemaakt om te bekijken of er stappen gezet kunnen worden. Als je dat in de praktijk vervolgens langzaam in je vergoedingensysteem incorporeert, dan kunnen we dat in kleine stapjes doen.

Daarnaast bekijken we waar de knelpunten zitten voor uitkomstbekostiging van zorg. Ook kijken we naar andere bekostigingsvormen van zorg. Denk aan populatiebekostiging en shared savings. Je kunt dingen bij elkaar leggen en daardoor allemaal een betere deal hebben, zowel beter voor de patiënt als beter voor de kwaliteit van zorg; voor alle partijen dus, waarbij de een investeert en het de ander wat oplevert. We hebben ontzettend veel acties lopen om te bekijken wat hiervoor goede modellen zijn. Ik denk zelf dat we dit ook veel slimmer kunnen doen. Ik verwacht dat we de komende jaren ongelooflijk bezig zullen zijn met de vraag hoe wij ervoor kunnen zorgen dat de zorg slimmer bekostigd wordt. «Uurtje-factuurkje, nieuwe heup, bingo» is niet goed als het eerste gesprek, waardoor wellicht wordt afgezien van zorg, niet wordt betaald. Daar zijn we het met elkaar echt wel over eens. We moeten dat dus langzaam maar zeker, maar wel heel grondig doen. Als je dit niet goed inzet, kun je bekostigen op een manier die risicoselectie in de hand werkt, en dat willen we nou juist voorkomen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik dank de Minister voor dit antwoord. Er zijn heel veel redenen waarom je het niet als big bang in moet voeren. Dat werd ook door iBMG verteld toen het zijn rapport presenteerde bij de bijeenkomst waar ik toevallig was. Daarom vind ik het goed dat de Minister zegt dat we eigenlijk een aantal stappen in de goede richting zetten. Ik heb bij de begrotingsbehandeling ook al vragen gesteld over shared savings en over de concepten van de eerste en tweede lijn die gaan samenwerken. Partijen kunnen elkaar her en der goed vinden en hebben heel mooie plannen, maar de NZa kan hun eigenlijk geen bekostigingsruimte geven. Dat is een van de knelpunten. Welk antwoord heeft de Minister daarop? Is daar een praktijkteam voor? Wat wordt daaraan gedaan?

Minister **Schippers**:

Zoals mevrouw Bouwmeester weet, heb ik een aantal proeftuinen ingezet. Daar zitten ook proeftuinen bij met shared savings. Je ziet daarbij dat de bekostiging juist geen knelpunt blijkt. Niet het starten blijkt moeilijk, maar juist het doorzetten. Het blijkt moeilijk om een lange adem te hebben waarmee je met elkaar knelpunten overwint die op je pad komen. Mij is dus nog niet gebleken dat bekostigingsregels van de NZa problemen geven, maar als mevrouw Bouwmeester andere informatie heeft, laat ik mij graag door haar informeren. Die informatie zal ik dan nagaan. We hebben namelijk bij de experimenten gezegd dat we ze uit zouden schakelen als dat het geval zou zijn. Daarvoor is het dan ook een

experiment. Als regels in de NZa-bekostiging dwarszitten, laat het dan weten, want dan zoek ik het uit. Tijdens mijn werkbezoeken zie ik echter vooral dat het een enorm lange adem en ontzettend veel geploeter vergt. Als een trekker weggaat of iemand iets anders gaat doen, zie je dat het vast gaat lopen. Soms is dat heel jammer. Ik ben zeer gemotiveerd om hiernaar te kijken. Wij willen namelijk niet dat iets nagelaten wordt omdat men iets doet waardoor een verzekeraar meer moet investeren en de opbrengsten bij de gemeenten komen, of precies andersom.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat is een perfect antwoord. Dat is eigenlijk precies wat ik wilde horen. Dank daarvoor. Dan blijft er nog een vraag over. De NZa zou onderzoek doen naar de dbc's om te voorkomen dat heel veel snel verrichte medische handelingen veel opleveren, waardoor het goede gesprek aan de voorkant wordt overgeslagen omdat daar de betaalprikkels niet zit. Hoever is de NZa met dat onderzoek?

Minister **Schippers**:

Dat zou ik moeten nagaan. Ik zal dat doen en het laten weten.

De **voorzitter**:

Heeft niemand meer een vraag die is blijven liggen? De Minister is klaar met haar beantwoording in eerste termijn. Er is behoefte aan een tweede termijn. Iedereen heeft daarin een spreektijd van twee minuten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Zij gaf aan dat overcompensatie van chronisch zieken en gehandicapten juridisch niet kan. Europeesrechtelijk zou dat kunnen worden aangemerkt als staatssteun. Dat maakt het wel een beetje dubbel. We weten namelijk ook dat jongeren overgecompenseerd worden op dit moment. Mag dat dan wel? Het CDA heeft echt zorgen over de geestelijke gezondheidszorg, de verpleging en verzorging, en de risicoverevening daarvan. De Minister zegt dat t-1 dat repareert en ervoor zorgt dat we het goed kunnen doen. Dat is één stap. Toch houdt zij er nogmaals aan vast om de risicodragendheid door te voeren. Kan de Minister de garantie geven dat de verdelende werking van 2017 eigenlijk de minimumeis is voor de toekomst als de onorthodoxe kenmerken worden afgeschaft? Ik overweeg een motie op dit punt, want ik vraag me af of die risicodragendheid wel een goede stap is als we nog geen goede risicoverevening voor de geestelijke gezondheidszorg hebben. Het gaat mij om het principe dat je geen oude schoenen moet weggoeien voordat je nieuwe hebt. Dat is meestal niet verstandig.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording in eerste termijn. Het is goed om te horen dat de agenda van de NZa langzaam verschuift naar het belang van de patiënt en dat er wordt bekeken wat er gebeurt in en rondom de polissen om te voorkomen dat mensen zelf de weg kwijt raken, dat zij voor verrassingskosten komen te staan of dat er aanleiding is voor risicoselectie. Daar heeft de Minister breed en naar tevredenheid op geantwoord. Dank daarvoor.

Ik dank de Minister ook voor alle stappen die worden gezet voor de verfijning van de risicoverevening. Een perfect systeem bestaat bijna niet, maar de Minister gaf zelf aan dat we op 99% zitten. Er moet dus nog een stap van 1% gezet worden, en dat is een kleine stap. Wij willen wel zeker weten dat de verzekerde, de patiënt, daarvan niet de dupe wordt. Hebben de zorgverzekeraars nou niet een heel grote reserve? Mocht er een schommeling zijn, wordt dan in eerste instantie sowieso daaruit gecompenseerd? Verdedigen zorgverzekeraars hun hoge inkomen ook niet met

het feit dat zij zo veel risico lopen? Maar als ze ook echt risico lopen, willen ze alle risico's afdekken. Als dat zo is, dan kunnen ze misschien ook hun hoge inkomen inleveren. Kan de Minister daar nog even op reflecteren?

Ik heb nog een vraag over de zorgmijders. Er wordt echt heel veel gedaan; dat staat ook in de brief. Wij hebben daar ook om gevraagd. Wij vroegen ook hoe je ervoor zorgt dat er bij de gemeente één punt komt waar mensen ook echt geholpen worden. Het kan via de gemeente, via de zorgverzekeraar of via de belasting. Er zijn allerlei manieren waarop je financieel geholpen kunt worden. Hoe zorg je ervoor dat mensen die hulp daadwerkelijk krijgen en vinden? Anders komt het misschien niet goed terecht.

Verder hoor ik graag hoe de motie over het bevorderen van het goede gesprek in de zorg wordt uitgewerkt. Daarbij moet het gesprek lonend zijn en niet alleen de medische behandeling.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Op 30 mei is er een onderzoek gepubliceerd van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten. Drie kwart van de doktersassistenten zegt dat het probleem van zorg mijden vanwege het eigen risico onverminderd groot is. 92% van de doktersassistenten maakt wekelijks mee dat mensen afzien van labonderzoek, medicijnen niet afhalen, onderzoek als röntgen niet laten doen of zich niet laten doorverwijzen naar ziekenhuis, ggz of fysiotherapie. Als je dan zegt dat mensen worden doorverwezen naar de gemeente en dat er al heel veel voor hen wordt gedaan, zeg ik: dat is niet de sleutel. Ik wil niet bagatelliseren wat er wordt gedaan, maar het is niet de sleutel. Het is onderzoek doen en niet luisteren naar de beroepsgroep. NIVEL zegt zelf dat het bepaalde conclusies niet kan trekken en dat er ondervetegenwoordiging is. Dat onderzoek gebruiken om te zeggen dat er geen probleem is en dat we niets hoeven te doen, is niet de manier. De sleutel ligt in het drastisch verlagen en afschaffen van het eigen risico. Daar blijf ik bij.

De **voorzitter**:

De heer Rutte heeft even een vraag tussendoor.

De heer **Rutte** (VVD):

We kunnen het over ongelofelijk veel dingen oneens zijn. De discussie over wel of geen eigen risico en de gevolgen daarvoor voor de solidariteit, hoef ik nu niet aan te gaan. Maar ik vind dit wel heel vreemd. Ik snap werkelijk niet op basis waarvan mevrouw Leijten beweert dat de Minister niets doet. Zij zegt immers ook dat de Minister wel van alles doet en dat mensen het daardoor niet meer snappen. Of de Minister doet niets – dat is een heel ernstig verwijt – of de Minister doet wel wat, maar mevrouw Leijten vindt het niet genoeg. Graag krijg ik duidelijkheid op dit punt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb het ook al uitgelegd aan mevrouw Bouwmeester en aan de Minister: wat er gedaan wordt, is compensatie achteraf, terwijl mensen afzien van zorg omdat er een eigen risico is. Dat doorverwijzen en dat bekijken hoe lage inkomens gecompenseerd kunnen worden: tot je dienst! Maar het feit dat het eigen risico er is, maakt dat mensen al vooraf besluiten dat zij hun medicijnen niet gaan ophalen, dat zij zich niet laten doorverwijzen en geen röntgenonderzoek doen, ook al hebben ze misschien recht op allerlei compensaties. Dat hebben ze namelijk nog niet onderzocht. Met alle risico's van dien! Daar zitten ook risico's voor de publieke gezondheidszorg in; dat weten we allemaal. Daarom zeg ik dat het niet de sleutel is. Als de Minister zegt dat ze onderzoek heeft laten doen en concludeert dat de stijging van het eigen risico niet leidt tot meer zorgmijding, terwijl in het onderzoek zelf staat dat die conclusie niet

getrokken kan worden omdat die vergelijking niet is gedaan, dan blijven we in een cirkel redeneren, omdat de Minister niets wil doen aan het eigen risico.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat zijn een heleboel woorden, maar als ik het goed begrijp, doet de Minister dus wel degelijk wat en wordt dit door mevrouw Leijten erkend. Zij had alleen graag gewild dat de Minister nog wat anders had gedaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb ook tegen de Minister gezegd dat het een indrukwekkende lijst is, alleen zit daar het probleem niet. Iemand die dure medicatie nodig heeft of een onderzoek moet laten doen en niet weet wat daar de consequenties van zijn, en het geld niet heeft, gaat niet fijn naar de gemeente om zich daar voor te laten lichten. Zo werkt het niet. Het eigen risico is een instrument dat mensen afschrikt omdat het bestaat. Daarom moet je het eigen risico afschaffen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik ben blij met de erkenning van de SP dat er heel veel gebeurt. De SP wil alleen wat anders. Wij zijn het helemaal met de SP eens dat je moet voorkomen dat mensen afzien van zorg omdat ze geen geld hebben. Dat is het doel. Dat steunen wij volledig. Daarom is die lijst maatregelen, die mevrouw Leijten zelf indrukwekkend noemde, er ook. Maar mevrouw Leijten zegt ook terecht dat doktersassistenten soms horen dat mensen afzien van zorg. Ik zat even wild te denken: zou het helpen als die doktersassistenten mensen die afzien van noodzakelijke zorg, verwijzen naar het punt in de gemeente? Zo'n persoon kan geholpen worden. Zij kunnen bij twijfel naar de gemeente verwezen worden. Zo kunnen doktersassistenten bijdragen aan het niet afzien van zorg door mensen. Zou dat een oplossing zijn, ook om te voorkomen dat iedereen heel bang wordt van het verhaal van mevrouw Leijten?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Mensen worden bang van het eigen risico en zien daarom af van zorg. Het is niet iets wat doktersassistenten soms zien, want 92% van de doktersassistenten geeft aan dat ze dit wekelijks meemaken. Soms zien ze het dagelijks meerdere keren gebeuren. Ik vind niet dat je de doktersassistent een verlengstuk moet laten zijn van een zorgverzekeraar of een compenserende gemeente. We schuiven al veel te veel op het bordje van de huisarts. Als je echt iets wilt doen aan de afschrikwekkende werking, moet je niet degene die zegt dat er een probleem is met het eigen risico de schuld geven, maar het eigen risico drastisch verlagen of afschaffen. Dat is echt het middel. We moeten ervoor oppassen dat we een systeem maken dat in zichzelf zo duur en bureaucratisch is, dat je het paard achter de wagen aan het spannen bent. Dat is echter wel wat de indrukwekkende lijst van de Minister doet: het paard achter de wagen spannen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

We zijn het dus eens over het doel, namelijk voorkomen dat mensen zorg mijden. Als een doktersassistent constateert dat iemand zorg wil mijden, kan diegene twee dingen doen: constateren dat het nu eenmaal zo is of de patiënt doorverwijzen naar een plek waar hij geholpen kan worden. Dat laatste helpt toch meer dan alleen maar roepen dat het de verkeerde oplossing is? Dan komen mensen helemaal niet op de goede plek terecht. Is mevrouw Leijten het met mij eens dat het in de tussentijd heel erg zou helpen om mensen door te verwijzen naar de plek waar dat geld ligt?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nee, ik ga het echt niet op het bordje van de doktersassistenten en de huisartsen schuiven. Zij hoeven mensen niet te verwijzen omdat de politiek financiële problemen creëert. Absoluut niet! Als een huisarts en doktersassistent iemand kan overreden zodat diegene toch zorg krijgt, moeten ze dat zeker doen, maar ik wil ze absoluut niet de taak geven om te weten welke financiële arrangementen er in hun gemeente zijn die mogelijk compenseren wat er allemaal misgaat in het systeem met het eigen risico. Dat ga ik niet aan doktersassistenten vragen. Ik ga verder met de volledige risicodragendheid van de ggz en de wijkverpleging. Ik zie daar een probleem. Ik zou ook nog niet de oude schoenen willen weggooien. Waar je nog kunt verevenen met een ex post, zit je met de schadelastdiscussie en Solvency II. Als dat wordt verevend, moeten zorgverzekeraars die een hogere schadelast hebben doordat ze deze doelgroep hebben, geen hogere reserve vasthouden. Tot slot: als we het over risicoselectie hebben, gaat het altijd over selectie aan de poort. Welke klanten en verzekerden zoek je aan? Maar wordt er wel een analyse gemaakt van de risicoselectie die er mogelijk is in de loop van het jaar? Verzekerden kunnen ook worden weggejaagd door slechte service of budgetinkoop. Iemand kan denken: ik zit nu bij een verzekeraar die het zo evident slecht doet, dat ik me genoodzaakt voel om over te stappen. Op die manier kunnen verzekeraars natuurlijk wel degelijk patiënten weggagen die hoge kosten met zich meebrengen en nooit goed verevend zullen worden.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik dank de Minister zeer voor de heldere antwoorden op vragen over een buitengewoon ingewikkeld onderwerp. Risicoverevening is echt heel ingewikkeld. Er zijn maar weinig deskundigen in Nederland die precies weten hoe het model werkt. Het is buitengewoon goed dat we ondanks dat hierover met elkaar een open politieke discussie kunnen voeren. Dat moet, omdat het nou eenmaal van essentieel belang is voor het borgen van goede zorg voor iedereen in ons land, en om ervoor te zorgen dat iedereen, de gezonden, maar met name ook de zieken, bij iedere verzekeraar terecht kan en dat de verzekeraar voor iedereen goede zorg regelt. Dat is al zo in Nederland, maar met de verbeteringen die worden doorgevoerd zal het straks nog veel meer het geval zijn.

Ik ben heel blij dat de Minister heeft toegezegd dat zij zich ervoor zal blijven inzetten om de laatste verschillen zo veel mogelijk te overbruggen, in de wetenschap dat we altijd zullen kijken naar de positie van groepen, niet naar die van individuen. We moeten geen 17 miljoen individuele criteria in het vereveningssysteem hebben. Dat hoeft ook niet, want verzekeraars verzekeren, nemen risico's en zullen daarbij zo goed mogelijke zorg tegen een zo scherp mogelijke prijs voor iedere verzekerde blijven realiseren.

Ik ben verder blij dat de Minister heeft gezegd dat ook zij het van belang vindt dat er wat te kiezen blijft. Ik zie uit naar de resultaten van onderzoeken over collectiviteiten. Ik heb daar jaren geleden zelf al eens vragen over gesteld. Is dat niet alleen maar het rondpompen van geld, maar gaat het ook over inhoud? Laten we later in het jaar de discussie voeren over de vraag hoe er, waar er wel inhoud is, onderscheidend vermogen en keuzemogelijkheden blijven.

De **voorzitter**:

Ik heb namens de D66-fractie een heel korte toevoeging, dus ik sla de voorzitterswisseling maar even over. In de tweede termijn wil ik alleen iets toevoegen aan de opmerkingen die zijn gemaakt over de langdurige ggz en hoe we daar de risicoverevening doen. Is er ook een mogelijkheid om gefaseerd te verevenen? Daarover heb ik de Minister niet duidelijk horen spreken.

Minister Schippers:

Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot vroeg naar overcompensatie. Mag dat voor jongeren wel? Met de risicoverevening kiezen we voor marktwerking, maar niet voor volledige marktwerking. Er zijn namelijk publieke randvoorwaarden, zoals een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Die compenseren we met een vereveningssysteem. Dat betekent dat er nu niet bewust overbetaald wordt, ook niet bij jongeren. Er wordt gecompenseerd op basis van objectieve kenmerken, onder andere de leeftijd. Daardoor is de compensatie van de groep jongeren exact gelijk aan de verwachte kosten. De vraag is natuurlijk wat er gebeurt als je dat verder gaat opsplitsen. Dan kom je uiteindelijk tot 17 miljoen. Wij proberen dat dus zo te doen dat het niet te complex wordt en dat het nog wel op basis van objectieve criteria gaat. Wij proberen het zo zorgvuldig te doen dat je het systeem dat de backbone is van je stelsel, niet onder druk zet doordat je hierin grote fouten maakt. Je kunt zeggen: bij de wijkverpleging en de langdurige ggz heb je t-1. Je kunt vragen: zou je dat niet in stand moeten houden? Je kunt zeggen: als je het vervangt, moet je de verdelende werking houden. Dat kun je natuurlijk nooit toezeggen. Immers, zodra je er andere elementen in zet voor andere onderdelen, zul je altijd een soort andere verdeling krijgen. Het is wel zo dat we het jaar op jaar zorgvuldig bekijken.

Ik pas het nu niet aan. Volgend jaar komen er misschien voorstellen. Dan kom ik vanzelf bij de Kamer daarmee terug. De leden van de Kamer kunnen dan beoordelen of zij dat deugdelijk voorstellen vinden of niet. Voor 2017 houden we het dus in stand. Als de Kamer het in andere jaren anders wil, zal er altijd een gesprek aan ten grondslag liggen. Of ik tot in de eeuwigheid t-1 wil handhaven, is voor mij dus echt een onmogelijke vraag. Misschien is er immers de volgende keer wel een ander idee in die werkgroep. Misschien zeggen we dan: we benaderen het of we komen op een groot deel. Het lijkt mij dat de Kamer van mij niet kan vragen om toe te zeggen dat dat dan niet vervangen zou mogen worden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mijn vraag was natuurlijk tweeledig. Enerzijds vroeg ik of het mogelijk is om de verdelende werking van 2017 als minimumeis te gebruiken. Anderzijds vroeg ik of het niet verstandig zou zijn om in ieder geval t-1 aan te houden totdat je een goedwerkend vereveningsmodel hebt voor de langdurige ggz. Dat is een andere vraag dan de vraag die de Minister nu beantwoordt. De Minister zei immers zelf dat het waarschijnlijk nog wel een aantal jaren zal duren. Volgens mij hebben we negen jaar gedaan over de DKG's. Dat was echt nog wel minder complex dan bij de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

Minister Schippers:

Maar die blijft er ook; daarover is helemaal geen discussie. T-1 blijft voor de langdurige gezondheidszorg. Het gaat dus om verpleging en verzorging. Ik heb gezegd: het is helemaal niet zo dat we dit zomaar kunnen vervangen, want dit is hartstikke complex. We moeten er echter wel naar zoeken. We moeten proberen om dit toch stapsgewijs te verbeteren. T-1 gaat er echter voorlopig niet af. Iedereen kan natuurlijk alles veranderen, maar wat mij betreft gaat t-1 voor de langdurige ggz er voorlopig niet af.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Wanneer is er volgens de verwachting van de Minister een werkend vereveningsmodel voor de verpleging en de verzorging?

Minister Schippers:

Als ik verwacht dat het niet werkt, moet ik het niet vervangen. We hebben nu t-1. Pas volgend jaar komen daar misschien voorstellen voor. Dan zeg

ik bijvoorbeeld: nou, dit lijkt mij een reëel voorstel. Dan stel ik het aan de Kamer voor. Dan beoordeelt de Kamer het voorstel. Ik kan nu niet gaan speculeren over wat er in het komend jaar gevonden zal worden. Ik zet wel een fors onderzoeksprogramma uit. Maar wat er in het komende jaar gevonden zal worden, kan ik niet zeggen. Misschien zitten we volgend jaar gewoon weer met t-1 omdat het niet is gelukt. Dat is mogelijk. Ik zet nu echter een onderzoeksprogramma uit en heb daarmee de ambitie om het te vervangen. Of dat gaat slagen, zullen we moeten afwachten.

Mevrouw Bouwmeester zegt: ja, reserves zijn er ook voor risico's en een verzekeraar is ook verzekeraar geworden omdat hij verzekeraar wil zijn. Ik ben het daarmee eens. Een verzekeringsmaatschappij is geen betaal-kantoor. Een verzekeraar heeft reserves. Laten we reëel zijn: die reserves zijn als je alles bij elkaar optelt 50% boven de Solvency II-eis. De reserves liggen 3 miljard boven de Solvency II-eis. Daar kunnen dus risico's mee opgevangen worden. Daar zijn die reserves ook voor bedoeld.

Ik kom op het eigen risico. Ik vind het wel belangrijk om hier het debat over het eigen risico op zijn merites te voeren. Het eigen risico wordt gecompenseerd in de zorgtoeslag. Mensen met de allerlaagste inkomens en mensen met inkomens die daar net iets boven liggen, betalen in Nederland nu € 450 terwijl zij in 2005 in het ziekenfonds gemiddeld € 550 betaalden. Mensen met een laag inkomen zijn nu dus minder geld kwijt aan ziektekosten dan tien jaar geleden. Volgens mij is dat een hele prestatie, want dat betekent natuurlijk dat andere mensen een deel van die rekening oppakken. Dat heet solidariteit. Het verschil tussen gezond en ziek, tussen iemand die heel veel kosten veroorzaakt en iemand die helemaal geen kosten veroorzaakt, is maximaal € 385. In Nederland leven we niet in een land waar mensen hun huis moeten verkopen, schulden moeten aangaan omdat ze een bepaalde zorgbehandeling niet kunnen bekostigen. Wij hebben in Nederland een solidair systeem waarbij het verschil maximaal € 385 is.

Ik ben nog een antwoord op een vraag van mevrouw Bouwmeester over het loket vergeten. Wij hebben nu een Wmo-loket. De Staatssecretaris laat zorgmijding bij het beleid van gemeenten onderzoeken. De resultaten daarvan komen in het najaar. Ik weet dat wij heel nauw samenwerken met Sociale Zaken bij het bekijken hoe wij mensen kunnen helpen die in de problemen komen. Het hoeft hierbij niet alleen te gaan om zorg. Zorg is een belangrijk aspect, maar huur kan ook leiden tot problemen. Er zijn allerlei redenen waardoor mensen in de schulden komen, waardoor ze niet kunnen wat ze zouden moeten doen. Het lijkt mij goed als we daar in de gemeenten één loket voor hebben. Laten we niet voor ieder onderdeelje een apart loket maken, dus voor de Wmo, voor de schuldsanering, voor de zorg. Laten we streven naar één loket in de gemeenten. Wij werken hiervoor nauw samen, ook met Sociale Zaken. Ik ben zelf naar projecten geweest om daar te bekijken hoe er wordt samengewerkt door schuldsanering, de zorgverzekeraars en allerlei partijen om het voor mensen zo goed mogelijk te regelen, zodat men ook weer uit de problemen komt.

Over de vraag of we de ex post moeten afschaffen, hebben we volgens mij de ideeën voldoende gewisseld. Op dit punt verschillen wij volgens mij van mening. Hierbij moet altijd een afweging worden gemaakt tussen doelmatigheid, het gelijke speelveld en risicoselectie. Ik denk dat het een heel grote fout zou zijn om niet in te zetten op een maximale prikkel voor doelmatigheid voor verzekeraars. Als we dat te veel mitigeren, worden verzekeraars steeds meer betaalkantoren. Als we daarheen gaan, vraag ook ik: waarom hebben we dan eigenlijk het systeem zoals we het hebben?

Er is gesproken over het gefaseerd verevenen van de geneeskundige en langdurige ggz. We hebben natuurlijk precies die gefaseerde verevening gedaan. De risicodragendheid is gefaseerd opgevoerd. In de afgelopen jaren hebben we dat gedaan. Bij de langdurige zorg hebben we dit

opgevangen met een t-1-kenmerk. Dat zie ik ook na 2019 wel blijven bestaan. Dit is niet iets wat we met elkaar kunnen vervangen, ondanks dat ik het heel graag zou willen. Ik ben daar echter niet zo optimistisch over. Bij de curatieve ggz hebben we geen t-1. We doen ieder jaar onderzoek om het stapje voor stapje verder te verbeteren. Ik geef een voorbeeld van fasering van het t-1-kenmerk fysiotherapie. Dat wordt per 2017 vervangen door een zorginhoudelijk kenmerk. Dat toont dus aan dat het kan. Dat perspectief zie ik ook voor de wijkverpleging met t-1. Je moet echter wel iets vinden waardoor het kan. Ik weet niet of we dat vinden. Ik kan niet in die black box kijken, en de Kamer ook niet. Uiteindelijk nemen we ieder jaar met elkaar daarover een besluit.

De voorzitter:

Hiermee zijn we gekomen aan het einde van de beantwoording van de Minister in de tweede termijn. Mevrouw Bruins Slot heeft een VAO aangevraagd. Daar kom ik zo op terug. Mevrouw Leijten wil nog iets zeggen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb een vraag gesteld over die risicoselectie. Er is de acceptatieplicht, maar een chronisch zieke kan wel degelijk ook door de zorgverzekeraar worden weggejaagd als die zieke tegen grenzen aanloopt bij wat die zorgverzekeraar allemaal over hem beslist. Wordt daarnaar gekeken? Wordt dat geanalyseerd? De Minister mag hiervoor ook andere woorden gebruiken dan de scherpe woorden die ik nu gebruik. Ik zou het echter wel goed vinden als hiernaar zou worden gekeken, omdat we ...

De voorzitter:

Het is duidelijk, mevrouw Leijten.

Minister Schippers:

Dat gaat over de zorgplicht. Naar de naleving daarvan wordt voortdurend gekeken. De NZa ziet er ook op toe dat de verzekeraars een goede invulling geven aan die zorgplicht. Recentelijk hebben we daarover nog het een en ander gehoord van de NZa. De NZa heeft de zorgverzekeraars gemaand om tot verbeteringen te komen bij het inzicht daarin, bijvoorbeeld bij de ggz. Ik vind het zelf ook bijzonder belangrijk dat we bekijken hoe we dat meten. Als men zich aanmeldt, wat is dan de tijd tussen de aanmelding en het in behandeling zijn, of de eerste intake en het in behandeling genomen worden? Ik vind het van groot belang dat we daarop toezien. In het kader van de zorgplicht wordt daar goed op toegezien. De NZa heeft recentelijk ook weer maatregelen genomen om dit te kunnen verbeteren. De partijen die dat niet goed doen, moeten daarop worden aangesproken. Ik kan mevrouw Leijten toezeggen dat we scherp op de naleving van die zorgplicht blijven letten.

De voorzitter:

Hiermee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Mevrouw Bruins Slot heeft een VAO aangevraagd. Aan mij is opgedragen om de vraag te stellen of dat VAO voor het reces nog gehouden moet worden. Mevrouw Bruins Slot heeft gezegd dat dat inderdaad nodig is, omdat dit allemaal per 1 januari 2017 moet ingaan. Er zit dus tijdsdruk achter. Wij zullen dit dus doorgeleiden naar de plenaire Griffie.

Ik heb niet zelf de toezeggingen bijgehouden, dus ik kijk even of ik het handschrift van de griffier kan lezen.

- Voor het reces wordt er een brief gestuurd over de stand van zaken bij de uitvoering van de motie-Keijzer/Bergkamp.
- Te zijner tijd komt er een brief over de evaluatie van Solvency II.
- Er volgt nog een brief over het eigen risico.

Bij die laatste toezeggingen is geen datum genoemd.

Minister **Schippers**:

Bij de evaluatie van Solvency II gaat het om een standaardconsultatie.

De **voorzitter**:

Het betreft dus een standaardconsultatie. Wanneer kunnen we die verwachten? Ik hoor dat het een periodieke consultatie is.

Minister **Schippers**:

Het is geen extra toezegging.

De **voorzitter**:

Oké, het is dus geen extra toezegging. Wanneer ontvangen we de brief over het eigen risico? Ik hoor dat we die in het najaar ontvangen.

- Na het reces komt het onderzoek van de NZa over risicoselectie naar de Kamer.

Minister **Schippers**:

Voorzitter, even voor de helderheid. Het onderzoek komt niet van ons. Ik vraag mij af of het NIVEL zelf onderzoek doet naar het eigen risico. Ik hoor net dat het CPB daarnaar onderzoek doet en dat de resultaten daarvan in het najaar verschijnen. Een en ander komt dus, onafhankelijk van ons, naar de Kamer toe.

De **voorzitter**:

Vanuit het CPB komt er dus een onderzoek naar het eigen risico, waarbij ook het NIVEL is betrokken. O nee, ik hoor dat het gaat om een vervolg op het NIVEL-onderzoek.

Minister **Schippers**:

O, dat onderzoek!

De **voorzitter**:

We gaan het nog even goed uitzoeken. De toezeggingen krijgt u ook schriftelijk onder ogen, want dit leidt alleen maar tot verwarring.

Minister **Schippers**:

Het duurde even, maar nu weet ik waar het over gaat. De resultaten van het onderzoek naar het vrijwillig eigen risico verschijnen inderdaad na de zomer. Dat onderzoek wordt blijkbaar gedaan door het CPB.

De **voorzitter**:

Aldus genoteerd.

- Voor het reces, wellicht nog deze week, ontvangen we de resultaten van het onderzoek over collectiviteiten, waar de Minister komende nacht weer over gaat nadenken.
- Na de zomer ontvangen we de resultaten van het NZa-onderzoek over collectiviteiten en risicoselectie.
- Er komt een brief over de stand van zaken van het NZa-onderzoek over dbc's.

Met vraagtekens heb ik hier staan dat in het najaar de resultaten komen van het VWS-onderzoek naar zorgmijding.

Minister **Schippers**:

De Staatssecretaris gaat daarover.

De **voorzitter**:

De Staatssecretaris gaat daarover, want het heeft te maken met de Wmo. Hij zal de resultaten van dat onderzoek naar de Kamer sturen.

Mevrouw Bouwmeester wil iets zeggen na deze verwarrende opsomming van toezeggingen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik heb nog een vraag over het onderzoek naar het vrijwillig hoger eigen risico. Ik dacht dat wij hadden gevraagd of de NZa dat onderzoek kon doen, omdat het in de context past van risicoselectie, maar nu hoor ik dat het Centraal Planbureau dat gaat doen. Dat is gek. Het CPB houdt zich toch helemaal niet bezig met risicoselectie in relatie tot het hoger eigen risico?

De **voorzitter**:

Ik hoor van de Minister dat ook de NZa bij het onderzoek wordt betrokken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Wat heeft het CPB ermee te maken? Het gaat immers over risicoselectie.

De **voorzitter**:

De Minister geeft zo antwoord.

Minister **Schippers**:

Het was voor mij ook nieuw dat het CPB dat onderzoek doet. Daarom heb ik mij even laten voorlichten. De NZa kijkt naar het vrijwillig eigen risico en het CPB kijkt naar de gevolgen van het eigen risico op zorggebruik et cetera. Het deel van de NZa wordt ingekaderd in het onderzoek. Er wordt dus breder gekeken naar dit onderwerp.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het is prachtig dat die twee samenwerken. Dan komt er een heel mooi onderzoek uit.

De **voorzitter**:

We zijn door de lijst van toezeggingen heen. Ik dank de Minister, haar ambtelijke ondersteuning en mijn collega-Kamerleden voor hun aanwezigheid. Ik dank ook het publiek op de publieke tribune en iedereen die dit AO op een andere manier heeft gevolgd.

Sluiting 12.24 uur.