

Vergaderjaar 2015–2016

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 192

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 februari 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 december 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 1 juli 2015, Aanbieding rapport Kosteneffectiviteit in de praktijk (Kamerstuk 33 654, nr. 15);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 30 juni 2015, Budgetpolissen en risicoselectieregeling (Kamerstuk 29 689, nr. 634);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 30 juni 2015, Transparantie door zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 625);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 30 juni 2015, Voortgangsrapportage Kwaliteit loont (Kamerstuk 31 765, nr. 153);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 30 juni 2015, Aanbieding voortgangsrapportage Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven (Kamerstuk 32 620, nr. 160);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 10 juli 2015, Aanbieding derde deel van de landelijke monitor populatiemanagement proeftuinen (Kamerstuk 32 620, nr. 161);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 2 juli 2015, Solvabiliteit II en de uitwerking ervan op zorgverzekeraarniveau, naar aanleiding van het Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet/zorgstelsel d.d. 4 maart 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 640);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 27 oktober 2015, reactie op het artikel in NRC Weekend d.d. 19 september 2015 «ACM wil dat tarieven ziekenhuizen openbaar worden» (Kamerstuk 29 248, nr. 289);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 29 oktober 2015, Rapport kosteneffectiviteit in de praktijk (Kamerstuk 33 654, nr. 18);

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 3 december 2015, Tweede voortgangsrapportage Kwaliteit loont (Kamerstuk 31 765, nr. 172).**

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

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Klever, Lodders, Rutte en Voortman,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aanvang 14.30 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag dames en heren, hartelijk welkom bij het algemeen overleg Kwaliteit loont. Ik heet de Minister van harte welkom, evenals de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen. Het debat staat gepland van 14.30 uur tot 17.15 uur. Ik wil ons strak houden aan die tijd, omdat er nog een aantal andere debatten snel hierop volgend staan ingepland. Ik stel voor om snel van start te gaan. Ik sta maximaal twee korte en bondige interrupties toe, en hanteer een spreektijd van vier minuten. Ik geef het woord aan de heer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD): Het is een jaar geleden dat het wetsvoorstel om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen strandde in de Eerste Kamer. De Minister bleef na het afwijzen van het wetsvoorstel niet bij de pakken neerzitten. Ze kwam met een uitvoerig en samenhangend pakket van 21 maatregelen onder de noemer «Kwaliteit loont». Hiermee wordt behouden wat goed is aan ons stelsel en worden verbeteringen aangebracht waar dat nodig is. De Minister verdient lof voor de vele stappen die al gezet zijn. De transparantie over kwaliteit is fors toegenomen. De verevening is aangepast en sterk verbeterd. Er zijn grote stappen gezet en dat verdient een compliment. Aan veel andere punten wordt nog gewerkt. Er zijn echter ook zaken die beter kunnen en moeten, te beginnen met de contractering tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Die is niet afgerond op de afgesproken datum van 19 november en dat is op zijn zachtst gezegd buitengewoon teleurstellend. Het leidt tot onzekerheid en onduidelijkheid bij verzekerden. Afspraken zijn er niet voor niets. Verzekerden moeten weten wat er in hun polis zit, zowel qua dekking als qua zorg.

De Autoriteit Consument & Markt, de ACM, gaf vorig jaar al aan dat in de ziekenhuiszorg de macht steeds meer bij de ziekenhuizen ligt, ten nadele van de verzekeraars. Ik heb signalen gekregen die dit bevestigen en die aantonen dat de balans in de contractering fors verstoord is. Sterker nog, ik heb signalen gekregen dat ziekenhuizen actief informatie uitwisselen over de stand van zaken van de contractering per verzekeraar. Daarvoor wordt een app gebruikt die speciaal voor dat doel is gemaakt door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Ik kreeg daarover het volgende verontrustende bericht van een verzekeraar: «Verkoopteams van ziekenhuizen weten aan de onderhandelstafel actief te melden wat de voortgang bij alle aanpalende ziekenhuizen is. Onderhandelaars vernemen soms zelfs: jullie hebben 22 offertes ontvangen, zijn met vier offertes bezig en hebben nog geen deals. Doordat ziekenhuizen weten dat de buurman ook nog geen afspraken heeft, heeft men zelf ook geen haast meer en wordt de tijd gebruikt in het eigen voordeel, aangezien de verzekeraar er op 19 november uit moet zijn.» Het uitwisselen van allerlei vormen van onderhandelingsinformatie tussen ziekenhuizen lijkt mij zeer strijdig met de mededingingswetgeving. Het is omwille van het behoud van een betaalbare premie essentieel dat hier hard tegen opgetreden wordt. Is de Minister bereid, de ACM te vragen hierin te duiken?

Daarnaast doet dit voorbeeld vermoeden dat er sprake kan zijn van aanmerkelijke marktmacht. In dat geval is het nu nog aan de Nederlandse Zorgautoriteit om op te treden. Dat is ook in het belang van de premiebe-

taler en de patiënt. Mocht het instrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit daarvoor onvoldoende zijn, dan is de VVD bereid om te kijken naar eventuele uitbreiding. Daarnaast lijkt het de VVD wenselijk dat de geschillencommissie waar kan worden geklaagd over problemen bij de contractering, ook open komt te staan voor verzekeraars en dat de geschillencommissie snel bindende uitspraken kan doen om een eventuele impasse te doorbreken. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

De heer **Van Gerven** (SP): We kennen de VVD natuurlijk als groot pleitbezorger van dit desastreuze systeem van de Zorgverzekeringswet. Kennelijk zijn er problemen bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen. De patiënten weten niet waar ze aan toe zijn. Hoe moet het nu verder? De heer Rutte pleit voor een sterkere ACM, maar is het systeem niet gewoon volkomen rot? Een groot gedeelte van de ziekenhuizen heeft nog helemaal geen afspraken gemaakt, maar de mensen hebben hun polissen al ontvangen. Moeten we niet gewoon een einde maken aan dit systeem?

De heer **Rutte** (VVD): Het lijkt mij buitengewoon roekeloos en onverstandig om een einde te maken aan het beste zorgstelsel van heel Europa. De ideeën die de SP hierover heeft, zijn in lijn met de manier waarop stelsels in andere landen zijn ingericht. Hiervan is aangetoond dat ze veel slechter zijn en leiden tot lange wachttijden en extreem hoge kosten. Het lijkt me dus niet raar dat ik wil vasthouden aan ons huidige stelsel. Daarin gaat echter niet alles goed. Dat ben ik met de heer Van Gerven eens. Daar waar het niet goed gaat, moet de balans worden hersteld. Ik deed net een oproep om ervoor te zorgen dat de balans in de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen wordt hersteld, in het belang van de premiebetaler en de patiënt.

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Rutte probeert een vierkant rond te maken, maar dat gaat niet lukken. Het gaat mis omdat vier verzekeraars de dienst uitmaken in dit zorgstelsel. Zij hebben 90% van de markt in handen en bepalen wat er gebeurt. Ziekenhuizen stellen zich daar tegen teweer. Niet alleen ziekenhuizen doen dat overigens, we hebben ook de opstand gezien onder de huisartsen. Moeten we niet constateren dat de zorg geen markt is en dat het niet gaat om concurreren op prijs? Er moet gewoon samengewerkt worden. We moeten de ACM niet weer een onmogelijke opdracht geven, met meer bureaucratie en meer ellende. Laten we stoppen met dit hele circus van aanbestedingen en concurrentie en laten we komen tot een reëel prijssysteem. Laten we niet een en ander verder optuigen met de ACM en meer marktwerking.

De heer **Rutte** (VVD): Er is niets tegen samenwerking, maar er is wel iets tegen samenspanning en dat is hierbij het probleem. Dan kom ik op het eeuwige verhaal dat vier sterke verzekeraars de macht hebben. Ten opzichte van eerstelijnsaanbieders was de balans verstoord. De huisartsen die in opstand kwamen, hebben voor een groot deel gelijk gekregen. Er is meer ruimte gekomen voor de huisartsen om samen te werken. Dat was nodig. Er is dus een andere balans gevonden. Aan de kant van de ziekenhuizen slaat de balans precies de andere kant op. Het zou de heer Van Gerven sieren als hij dat zou willen zien. Het gaat om een juiste balans, niet om ideologie. Daarvoor sluit de heer Van Gerven zijn ogen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zou het voor een juiste balans niet goed zijn om te kijken naar de machtsconcentratie van de zorgverzekeraars? Zou het niet veel beter zijn als er meer zorgverzekeraars komen? Nu zijn er een heleboel labels. Eén zorgverzekeraar heeft misschien wel twintig verschillende labels. Vaak zijn de verzekeringen hetzelfde, maar

hebben ze een andere naam. Voor nieuwe zorgverzekeraars is het heel moeilijk om een poot aan de grond te krijgen. Zou daar niet meer ondersteuning voor moeten komen?

De heer **Rutte** (VVD): Als liberaal ben ik er heel erg voor als er nieuwe markttoetreders komen. Dat is goed. Dat wakkert de concurrentie aan en houdt iedereen scherp. Het is alleen niet heel eenvoudig. Dat komt ook omdat er heel veel vragen van verzekeraars zijn op het gebied van stabiliteit en degelijkheid. Als het kan met behoud van de stabiliteit en de degelijkheid van verzekeraars, ben ik er heel erg voor om ruimte te geven aan nieuwe toetreders. Laat duidelijk zijn: het probleem dat ik schets, is niet ontstaan omdat er weinig verzekeraars zijn, maar omdat er aan de andere kant, bij de ziekenhuizen, sprake kan zijn van een aanmerkelijke machtsconcentratie. Dat is ook niet goed. Beide zaken zijn niet wenselijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik reageerde op de opmerking van de heer Rutte over de vier zorgverzekeraars. Ik ben blij dat de VVD ook vindt dat er meer echte keuzevrijheid moet komen en dat er meer zorgverzekeraars moeten komen. Is de heer Rutte dan ook bereid om aan de Minister te vragen om te onderzoeken welke belemmeringen er zijn en of die weggenomen kunnen worden?

De heer **Rutte** (VVD): Volgens mij ben ik daar in mijn eerste antwoord al redelijk duidelijk over geweest. Als we met behoud van de degelijkheid van het stelsel en van verzekeraars – ze moeten niet omvallen – ruimte kunnen vinden voor nieuwe toetreders, vind ik dat prima. We moeten wel eerlijk zijn. De grote vier verzekeraars verliezen al jaar in, jaar uit klanten aan de kleine verzekeraars. Er zijn dus ook kleine verzekeraars. Iedereen die dat wil, kan zich daarbij verzekeren. Je kunt er gewoon terecht. Het is dus niet zo dat er geen keuze is, maar ik ben altijd voor nieuwe toetreders, mits ze degelijk zijn.

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt, mede op verzoek van de Tweede Kamer, steeds strengere eisen aan de informatievoorziening door zorgverzekeraars. Dat is zeer terecht, want alleen met goede informatie kunnen mensen goede beslissingen nemen over hun verzekering en, als daar sprake van is, over hun medische behandeling. Twee weken geleden bleek in een uitzending van Kassa, een VARA-programma, dat geen enkele verzekeraar in staat was antwoord te geven op de vraag wat een specifieke, eenvoudige medische behandeling kost. Dat doet vermoeden dat de informatievoorziening nog niet voldoende op niveau is. Is het volgens de Minister nodig om aanvullende maatregelen te nemen, of ligt de bal nu uitdrukkelijk bij de NZa en de verzekeraars? Wanneer mogen we verwachten dat dit echt op orde is? Spoed lijkt mij geboden.

Dan kom ik op mijn laatste punt. De uitvoerige kwaliteitsagenda die de Minister voert, is indrukwekkend en goed. Wordt in die agenda echter voldoende rekening gehouden met kwetsbare ouderen? Voor iemand die aan vele aandoeningen lijdt en die erg kwetsbaar is, gelden namelijk andere kwaliteitsnormen, zoals dokter Joris Slaets van het UMCG jaren later geleden al aantoonde. Deze groep gaat de komende jaren sterk groeien. Welzijn wordt in een bepaalde levensfase veel belangrijker dan alleen maar medische kwaliteit. Hoe zorgen we ervoor dat die kwaliteit ook een goede plek krijgt in de richtlijnontwikkeling? Hoe voorkomen we dat de hoogste medische kunde leidend wordt en de kwaliteit van leven en het welzijn uit het oog raken? Kunnen specialisten ouderengeneeskunde hierbij eventueel ingeschakeld worden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De heer Rutte stelt heel goede vragen, maar ik ben ook benieuwd naar zijn eigen opvattingen hierover. Als je die vragen stelt, heb je daar namelijk een beeld bij.

De heer **Rutte** (VVD): Mijn beeld is dat je hier specifiek naar zou moeten kijken. Met name in de gespecialiseerde curatieve zorg hebben we nu heel mooie richtlijnen, die uitgaan van het beste medische handelen. Als je een nieuwe heup moet krijgen, krijg je een heel goede. Dat wordt allemaal zonder problemen gedaan. Daarna zou je weer moeten kunnen wandelen. Die richtlijn zou echter weleens niet kunnen voldoen voor een comorbide patiënt, die dus aan vele aandoeningen lijdt. Dat zijn vaak ouderen. Ik wil graag dat we ruimte bieden voor andere vormen van richtlijnontwikkeling en wellicht ook voor specialisten ouderengeneeskunde om hierin hun rol te kunnen pakken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Is het niet aan de wetenschappelijke verenigingen en aan de opleidingen om hieraan aandacht te besteden?

De heer **Rutte** (VVD): Daar ben ik normaal gesproken altijd voor; in dit geval dus ook. Die zijn echter vaak per specialisme georganiseerd. Het wordt ingewikkeld als je met comorbide oudere patiënten te maken hebt. Zij hebben met al die verschillende specialismen te maken. Ik vraag me af of daar dwars doorheen ook voldoende richtlijnontwikkeling plaatsvindt. Als er wetenschappelijke verenigingen zijn die dat kunnen doen, is dat prima. Als dat niet zo is, laten we dan bekijken of het op een andere manier geregeld kan worden. Ik denk dat dit voor het welzijn van deze patiënten van groot belang is.

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman, dit wordt uw tweede interruptie.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit is natuurlijk ook weer de tijd voor allerlei spotjes van zorgverzekeraars die mensen proberen te werven. Ik kwam bijvoorbeeld een zorgverzekeraar tegen die extra korting of cadeautjes gaf aan studenten. Er is ook een zorgverzekeraar die zegt dat je geen eigen risico hoeft te betalen, maar dit vervolgens wel verdisconteert in de premie. Wat vindt de VVD daarvan?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben er niet tegen dat verzekeraars reclame maken. Daarmee kunnen ze mensen erop attenderen dat ze kunnen overstappen. Voor een goedwerkend en concurrerend stelsel is het van belang dat partijen elkaar scherp houden. Reclame kan daarbij horen. Ik ben niet van iedere vorm van reclame even gecharmeerd. Gelukkig is er al heel veel verbeterd. Zo is er een verzekeraar die jarenlang vooral opkwam voor hoger opgeleiden. Die term heb ik dit jaar niet meer gezien. Ik zie dus absoluut verbetering daarin. Hoe kritischer wij zijn, hoe beter het wordt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit soort stunts heeft natuurlijk niets met medische kwaliteit te maken. Het is prima om reclame te maken, maar het gaat niet over medische kwaliteit. Vindt de heer Rutte niet dat we dit een halt moeten toeroepen?

De heer **Rutte** (VVD): Zolang mensen geen rad voor ogen wordt gedraaid en hun geen dingen worden beloofd die niet kunnen worden waargemaakt, heb ik er geen problemen mee. Voor de rest gaat het over goede smaak en daar wil ik niet over oordelen. Ik heb wel oprecht veel moeite met verzekeraars die zich op heel specifieke, wellicht lucratieve doelgroepen richten. Ik ben daar niet van gecharmeerd en ik zal me daar ook altijd tegen teweerstellen. Ik vraag me echter af of het nodig is om hiervoor regels in het leven te roepen, vooral omdat dit soort uitingen sterk is afgenomen. Ik denk dat onze eigen kritische houding hiervoor voldoende is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De verzekerden en patiënten zouden keuzemacht krijgen en daardoor zouden zorgaanbieders

en zorgverzekeraars zich op kwaliteit van elkaar onderscheiden. Dat was kort gezegd een belangrijk doel van het zorgverzekeringsstelsel. Helaas lukt het nog niet. De machtsverhoudingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn ontzettend scheef. Van keuzemacht is amper sprake. De bevindingen van mijn fractie en het pakket aan oplossingen die mijn fractie hiervoor ziet, komen aanstaande maandag in een notaoverleg aan de orde. Hierin zullen twee initiatiefnota's van mijn fractie besproken worden.

Het zorgverzekeringscircus is weer losgebarsten. De advertenties voor verschillende polissen vliegen ons om de oren. Reclameblokken op televisie zijn vooral gevuld met spotjes van zorgverzekeraars. De een belooft een nog mooier plaatje dan de ander, of vooral een nog lagere premie dan de ander. Gaat het eigenlijk om een staafmixer of om een verzekering voor kwalitatief goede zorg?

Ik vraag me ook af of mensen in het woud van polissen nog wel een keuze kunnen maken. Er zijn zo veel labels en zo veel verschillende polissen, waardoor vaak helemaal niet duidelijk is welke zorgverzekeraar erachter zit, laat staan dat mensen echt kunnen zien wat het verschil is. In juni gaf de Minister nog aan dat er minder polissen moesten komen. Ik heb echter zo'n vermoeden dat dit voor dit jaar nog niet gelukt is. Ik roep de Minister daarom ook op om de daad bij het woord te voegen en maatregelen te nemen om het aantal polissen terug te dringen. Wat ons betreft kan dat door in elk geval de budgetpolis en het vrijwillig hoge eigen risico te schrappen en door het aanbod van het aantal labels per verzekeraar te beperken. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

Wij vinden ook dat er meer transparantie moet komen over de verzekeraar die de polissen aanbiedt. Nu is er door alle labels en de verschillende polissen met mooie catchy namen geen goede keuze te maken tussen de verschillende zorgverzekeringen. Het is vaak niet eens duidelijk dat je polissen van hetzelfde concern met elkaar vergelijkt. Wil de Minister maatregelen nemen om het aantal polissen per zorgverzekeraar of risicodragers in te perken? Wil zij ook afdwingen dat er meer transparantie over komt?

Hoe zit het met verzekeraars die studenten expliciet 10% korting op de basisverzekering bieden, of een Xbox, tablet of notebook cadeau doen?

Wat heeft dat te maken met het bieden van medische kwaliteit? Hier moeten we echt mee stoppen. Gaat de Minister hiervoor ook maatregelen nemen?

De heer **Rutte** (VVD): Als ik het goed heb, was mevrouw Voortman aan het eind van haar blokje. Dat heb ik even afgewacht. We kennen het verhaal van GroenLinks, want we hebben er volgende week een notaoverleg over. Eén punt snap ik echter niet. GroenLinks is een linkse partij. Linkse partijen beweren altijd op te komen voor mensen die weinig geld hebben. Dan snap ik niet waarom een voordelige polis geschrapt moet worden. Het is alsof je een winkelstraat hebt met een Albert Heijn, een Jumbo en een Lidl en dat GroenLinks dan zegt dat je niet naar de Lidl mag, omdat dat niet goed voor je is. Dan worden mensen dus verplicht om meer geld uit te geven. Leg dat eens uit.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik ben heel blij met deze vraag. In de budgetpolis zit minder kwaliteit en minder aanbod. Daar zit mijn probleem. Je dwingt mensen met een kleinere portemonnee eigenlijk om voor een budgetpolis te kiezen. Wij vinden dat je keuze moet afhangen van wat je zelf wilt en niet van de dikte van je portemonnee. Dat lijkt mij uitermate links.

De heer **Rutte** (VVD): Hier scheiden zich onze wegen. Als liberaal winkel ik ook graag bij de Lidl. Die ruimte wil ik graag hebben. Dat lijkt me ook heel goed, want daar kan ik zelf voor kiezen. Ik heb overigens, mochten

mensen denken dat het daarom gaat, geen hekel aan die andere winkels. Het blijft toch heel vreemd dat je mensen met een krappe portemonnee de ruimte ontnemt om een voordelige polis te hebben. Wij hebben nota bene een toezichthouder die erop let dat in die polis altijd voldoende zorg zit van voldoende kwaliteit en op een bereisbare afstand. Dat heet zorgplicht en die geldt ook voor een budgetpolis. Kunt u nog één keer uitleggen waarom polissen die voldoen aan alle normen, toch moeten worden onthouden aan mensen met weinig geld of mensen met veel geld die graag weinig aan een verzekering willen uitgeven?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het gaat erom dat mensen met een kleine portemonnee zich gedwongen voelen om te kiezen voor die budgetpolis en dan minder keus hebben. Ze kunnen bijvoorbeeld niet kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Daarin zit mijn probleem. Het is niet zo dat ik wil dat mensen niet meer naar de Lidl kunnen. Ik wil voorkomen dat mensen alleen nog maar naar de Lidl kunnen. Ik vind dat iemand met een kleinere portemonnee ook naar de Jumbo moet kunnen gaan als hij dat wil. Als je de budgetpolis verbiedt, denk ik dat in de andere polissen de kwalitatief betere zorg ook beschikbaar komt voor mensen met een kleinere portemonnee. Daar gaat het mij om. Dan kom ik op de machtsbalans. De maatregelen naar aanleiding van Het roer moet om! zijn een stap in de goede richting, maar de machtsbalans is daardoor nog niet hersteld. Het tekenen bij het kruisje moet echt verleden tijd zijn, maar dat is het nog steeds niet. Ik vind dat de Minister haar maatregelen daarop zou moeten toetsen. Met de aangekondigde wet, waarin niet-gecontracteerde zorgverleners in het nadeel worden gesteld ten opzichte van wel gecontracteerde aanbieders, is er weer een nieuwe prikkel die kleine en individuele zorgverleners dwingt te tekenen en zorgverzekeraars meer macht geeft. Wat ons betreft kan de Minister dat voorstel dus in de ijskast laten.

De NZa constateerde belemmeringen voor nieuw toetredende zorgverzekeraars, terwijl de keuzevrijheid juist gebaat is bij meer zorgverzekeraars. ANNO12 heeft het niet gehaald, maar nu zijn er weer plannen voor een nieuwe zorgverzekeraar. GroenLinks juicht dit toe en wil dat de Minister vanuit haar ministerie ondersteuning biedt om de belemmeringen die nieuwe zorgverzekeraars ervaren zo veel mogelijk te slechten, al is het maar voor raad en daad. Is de Minister daartoe bereid?

Tot slot kom ik op de transparantie over de zorgkosten. Ik denk dat de Minister de woorden van de voorman van de ACM te eenzijdig uitlegt en dat hij wel degelijk ook doelde op het openbaar maken van tarieven die tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn afgesproken. Ik denk dat hij meer doelde op open data dan op het informeren van patiënten over de zorgkosten. Is de Minister dus bereid om ook op dit vlak te bekijken welke stappen zij kan zetten naar meer transparantie?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Voortman snijdt een belangrijk punt aan, namelijk het gebrek aan transparantie over de kosten. Wat is het doel van mevrouw Voortman? Moet het allemaal openbaar worden? Of moet je het openbaar maken zodat mensen van tevoren weten wat het hun kost aan eigen risico als ze naar ziekenhuis A of naar ziekenhuis B gaan? Zo kunnen mensen die ervoor moeten betalen, van tevoren bekijken wat het hun kost en wat het hun oplevert als ze iets anders doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het doel is openbaarmaking. Waarvoor mensen de informatie gebruiken, maakt me dan minder uit. Het gaat mij om de openbaarheid. Openbaarheid op zichzelf vind ik al heel belangrijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een duidelijk antwoord; dank.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De duurste elitopolis, waarbij zorg door de gewenste aanbieder op de gewenste locatie en zonder wachttijden volledig wordt vergoed, kost € 1.367 per jaar. De goedkoopste budgetpolis, de armenpolis, kost € 957 per jaar. Een verschil van € 410. De Minister heeft de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek laten doen naar de zogenaamde armenpolissen. Voldoen zij wel aan hun zorgplicht? De resultaten liegen er niet om. Mensen kunnen vaak in minder dan 55% van de ziekenhuizen terecht. Ze worden geconfronteerd met lange wachtlijsten en een toegenomen reistijd tot wel anderhalf uur. Dat vindt de heer Rutte kennelijk heel aangenaam. Heel veel patiënten vinden dat echter niet. Voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet tot wel 50% van de rekening zelf betaald worden. Dat is volstrekt onbetaalbaar voor mensen die vaak noodgedwongen zijn aangewezen op een goedkope zorgverzekering. De tweedeling in de zorg tussen arm en rijk is hiermee gewoon een feit. Is de Minister trots op de uitkomsten van dit onderzoek? Is zij bereid om een einde te maken aan de armenpolis, de budgetpolis? Wat gaat zij hieraan doen? Ik heb een motie daarover klaar liggen.

Het zorgstelsel van de Minister komt piepend en krakend tot stilstand. De mogelijkheid tot overstappen, of het dreigen met overstappen, moet volgens de Minister verzekeraars dwingen in te kopen op kwaliteit. Wat blijkt uit onderzoek? Het jaarlijkse overstapcircus in die jungle is een heel elitair feestje. Overstappers zijn jong, hoger opgeleid, hebben een hoog inkomen en zijn gezond. Ze stappen niet over vanwege de kwaliteit, maar vanwege de prijs. Zorgverzekeraars richten zich bewust op deze lucratieve groep en maken zich schuldig aan risicoselectie. In 2014 constateerde de NZa al dat verzekeraars drempels opwerpen als iemand niet tot de gewenste doelgroepen behoort. Nu gaat dit verboden worden, maar ik wil graag weten hoe. Het is wachten op het moment dat verzekeraars weer nieuwe mazen in de wet zullen ontdekken. Is het niet ronduit naïef om te denken dat zorgverzekeraars geen risicoselectie meer zullen toepassen? De markt kent immers geen moraal.

Tegenover de elite die geregeld overstapt van de ene zorgverzekeraar naar de andere, staat een grote groep, 70% van de Nederlanders, die nog nooit is overgestapt. Door alle polissen zien zij door de bomen het bos niet meer. Naast een wildgroei aan polissen zijn er inmiddels al meer vergelijkingssites dan mij lief is. Vier van deze sites hebben een gedragscode afgesproken, maar dat gaat de SP niet ver genoeg. We hebben dit systeem. Het is niet ons systeem, maar als dat er is, moet er een onafhankelijke vergelijkingssite zijn. Verzekeraars betalen provisie aan die zogenaamd onafhankelijke sites als die van Independer en de Consumentenbond. Mensen kunnen er niet op vertrouwen dat de polis die hun wordt voorgeschoteld, de beste is voor hen of toch vooral de beste voor de vergelijkingssite en de zorgverzekeraars. Hoe staat de Minister tegenover een algeheel provisieverbod voor vergelijkingssites? Ook daarover heb ik een motie in voorbereiding. Ik wil die graag in stemming brengen, tenzij de Minister dit toezegt.

Met de cadeautjes die links en rechts uitgedeeld worden met Prinsjesdag zou je bijna vergeten dat er nog altijd een taakstelling van 75 miljoen in 2016, oplopend tot 227 miljoen in 2017, als een zwaard van Damocles boven het pakketbeheer hangt. Al eerder zijn fysiotherapie, maagzuurremmers en de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket verdwenen. De taakstelling mag volgens de SP niet ten koste gaan van de omvang van het medisch noodzakelijke pakket. Kan de Minister ons die toezegging doen?

Kwaliteit loont. Door dat keer op keer te herhalen wordt het nog niet waar. We moeten echt stoppen met deze onzin. Kwaliteit loont wel, maar niet met dit stelsel. Solidariteit loont. We moeten toe naar een zorgstelsel met samenhang en samenwerking, in plaats van een zorgstelsel met concurrentie en wantrouwen.

De **voorzitter**: U gaf aan dat u een aantal moties in voorbereiding hebt, maar ik stel voor om eerst de beantwoording van de Minister af te wachten. Daarna horen we of die moties daadwerkelijk ingediend zullen worden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. In de brief over Kwaliteit loont worden mooie voorstellen gepresenteerd, onder meer over het vergroten van de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars en het vergroten van transparantie rondom de zorginkoop. Aan goede wil ontbreekt het de Minister niet, maar in de praktijk – het is al eerder gezegd – moeten verzekerden kiezen tussen 1.400 poliscombinaties. Dure geneesmiddelen zijn niet beschikbaar. Er zijn tal van incidenten, omdat het voor verzekerden onnavolgbaar is welke regels op welk moment van toepassing zijn. Ik vraag me dus af in hoeverre de ambitieuze doelen gehaald worden. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister. De Minister legt altijd een grote verantwoordelijkheid neer bij anderen, maar ik vind het goed dat de Minister bijvoorbeeld bij Het roer moet om! zelf stappen heeft gezet en het veld tegemoet is gekomen. Dat maakt me wel nieuwsgierig. Is zij bijvoorbeeld bereid om ook zoiets te doen voor andere groepen, zoals de ggz-sector? Ook vanuit deze sector wordt gevraagd of dit mogelijk is.

Er is nog geen transparantie over de zorginkoop. Op dit moment moeten verzekerden een nieuwe polis kiezen, zonder dat alle contracten zijn afgesloten tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Verzekeraars wekken op hun websites echter wel de indruk dat het allemaal geregeld is. Op 19 november waren de premies wel bekend, maar waren de contracten nog niet rond. Volgens mij botst deze gang van zaken met de gemaakte afspraken en met de ambities voor de transparantie van de zorginkoop. Handhaaft de NZa strikt genoeg? Ik hoor graag het antwoord hierop van de Minister.

Er is nog steeds sprake van verkapt risicoselectie door zorgverzekeraars. In 2014 stelde de Minister al dat zij dit onwenselijk vond. In haar brief kondigde zij aan dat zij in het eerste kwartaal van 2016 met een rapportage over het onderzoek zal komen. Hoe denkt de Minister die risicoselectie echt te voorkomen?

Het oerwoud aan polissen leidt meer tot keuzestress dan tot keuzevrijheid. Ik ben een enorm groot voorstander van keuzevrijheid. Het aanbod van zorgverzekeringen is heel onoverzichtelijk en complex en dat terwijl de Minister dit jaar heeft uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Kan zij mij vertellen wat er transparant is geworden in het afgelopen jaar?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat er op dit moment nog steeds sprake is van een polijungle. Ik vind het een mooie term. Er zijn meer dan 1.400 verschillende poliscombinaties. Die leveren een enorme keuzestress op. Het is af en toe ook compleet onduidelijk wat de verschillen zijn, zeker omdat de inkoop op dit moment ook een rommeltje is. Is D66 bereid toe te gaan naar minder polissen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik zie natuurlijk heel goed hoe wij het stelsel hebben ingericht. Het is aan de zorgverzekeraars om te bedenken wat zij willen aanbieden. Ik vind het vooral heel belangrijk dat je in die jungle weet waarmee je te maken hebt, dat er dus transparantie is. Voor mensen die een verzekering afsluiten, moet het volkomen duidelijk zijn wat de zorgverzekeraars precies doen en wat ze kunnen verwachten. Dat is mijn pleidooi.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dankzij de heer Rutte zitten we vandaag in de supermarkterminen. Stel je voor dat je 1.400 soorten hagelslag hebt waaruit je moet kiezen. Het gaat altijd om dezelfde basisverzekering, met

1.400 variaties op hetzelfde thema. Is het dan niet handiger om het aantal te beperken, zodat je echt ziet wat het verschil is?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben ervan overtuigd dat een verzekeraar met een duidelijk aanbod, waarbij veel minder sprake is van een oerwoud waarin je geen inzicht hebt in wat je krijgt, het gaat winnen van een andere. Ik daag de verzekeraars dus uit om er zelf mee aan de gang te gaan. Ze vinden zelf ook dat ze wel heel veel polissen aanbieden en dat ze het verschil ertussen bijna niet duidelijk kunnen maken. Als wij voldoende eisen stellen aan de inzichtelijkheid van de polissen, ben ik ervan overtuigd dat dit op een gegeven moment zijn werk zal doen.

De voorwaarden van verzekeringen worden niet actief genoeg aan verzekerden kenbaar gemaakt. De restitutiepolis is bijvoorbeeld niet altijd een echte restitutiepolis. Dan blijken soms maar enkele aanbieders voor één zorggroep, bijvoorbeeld voor de ggz, gecontracteerd te zijn. D66 wil dat dit inzichtelijk is voor verzekerden op het moment dat ze een polis afsluiten. Ik krijg graag een toezegging van de Minister op dit punt. De NPCF en de Consumentenbond hebben samen een heel mooi polisprofiel, een bijsluiter voor de zorgpolis, ontwikkeld, zodat de verzekerde weet wat wel of niet vergoed wordt. Kan de Minister toezeggen dat dit polisprofiel samen met het veld verder ontwikkeld en vervolgens geïmplementeerd wordt? Kan zij toezeggen dat dit dan ook geldt voor de restitutiepolis? Zoals gezegd, die is niet altijd zo duidelijk als die lijkt te zijn.

Dan kom ik op de differentiatie van het eigen risico. De Minister doet voorkomen alsof dit mogelijk is voor de gehele zorgpolis. Ik begrijp echter dat zorgverzekeraars alleen op zorgsoort kunnen differentiëren. Hoe zit het nu?

Vervolgens kom ik op de medisch-specialistische bedrijven. De zorgverzekeraars draaien ziekenhuizen de duimschroeven aan. Omgekeerd hebben de ziekenhuizen natuurlijk ook zo hun marktmacht. Daar hebben we de heer Rutte al over gehoord. De druk op de tarieven en de omzetplafonds neemt toe. In hoeverre spelen de medisch-specialistische bedrijven hierin een rol? Hebben de problemen bij het contracteren van ziekenhuizen ook te maken met die tak van de sector?

Ik begrijp dat mijn tijd bijna op is.

De **voorzitter**: U zit er al overheen. Nog een laatste zin.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat is er terechtgekomen van het selectief contracteren? VGZ heeft bijvoorbeeld gezegd dat zij kwaliteitsoordelen helemaal overlaat aan de beroepsgroep. Waar staan we nu, wat de Minister betreft? Ik zal het mooie voorbeeld dat ik daarbij heb, niet meer geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Kwaliteit loont, maar dan moet je als verzekerde wel weten bij welk ziekenhuis je in het nieuwe jaar terechtkunt. Dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen in deze overstapperiode met elkaar overhoop liggen, bevordert in ieder geval niet de kwaliteit en de transparantie. Patiënten weten nu niet wat voor soort verzekering zij kiezen en of een bepaald ziekenhuis vergoed wordt. Is de Minister bereid om de Nederlandse Zorgautoriteit in te zetten? Welke middelen heeft zij om ervoor te zorgen dat men wel goed kan kiezen? Moet de overstapperiode bijvoorbeeld verlengd worden? Wie wil overstappen, ziet zich op dit moment geconfronteerd met een polisjungle. Ik zei het al: er zijn op dit moment meer dan 1.400 combinaties mogelijk. De verzekerde ziet door de bomen het bos niet meer. Het CDA heeft net als GroenLinks al eerder voor minder polissen gepleit. Wil de Minister er paal en perk aan stellen? Dan kom ik op de voorstellen van «Kwaliteit loont». De Minister heeft hoge verwachtingen van de mogelijkheid voor verzekeraars om hun

verzekerden een korting op het eigen risico te geven wanneer deze naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Denkt de Minister werkelijk dat deze polis gekozen gaat worden door mensen die veel zorg gebruiken? Of wordt deze polis straks voornamelijk gekozen door mensen die weinig budget hebben? Mensen met beperkingen hebben vaak ook financieel minder te besteden. Is dit niet een soort omgekeerde beperking van de vrije artskeuze?

Zorgverzekeraars maken op dit moment nog nauwelijks gebruik van de mogelijkheid om het eigen risico te verlagen of niet in rekening te brengen. Ze zijn er namelijk nog niet over uit of de risicoverevening gunstig gaat werken. Eerder heeft de Minister gezegd dat haar nieuwe methode van t-1 – sorry voor de technische term – er wel voor gaat zorgen dat zorgverzekeraars zich meer zullen richten op mensen die veel zorg gebruiken. Ze kijken echter allemaal de kat uit de boom. Zo lijkt het althans bij deze nieuwe polissen. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

De Nederlandse Zorgautoriteit gaf in juni 2015 al aan dat een verzekeraar zich via de aanvullende verzekering onaantrekkelijk kan maken voor specifieke groepen verzekerden, zoals chronisch zieken. Vanwege de sterke relatie tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering is er een grote kans dat deze groepen verzekerden hun basisverzekering ook niet bij deze zorgverzekeraar zullen afsluiten. Dat geeft de Nederlandse Zorgautoriteit in ieder geval aan. Dit is dus weer een vorm van indirecte risicoselectie, die echt wel heel stevig is. Wil de Minister voor de polis van 2016 onderzoeken of er inderdaad sprake is van deze onwenselijke benadering, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit heeft geconstateerd? Dan kom ik op het macrobeheersinstrumentarium. De Minister schrijft in haar voortgangsbrief dat ze dit gericht wil inzetten op niet-gecontracteerde zorg. Het CDA heeft inmiddels grote vraagtekens bij dit voorstel. Uit eerder onderzoek van Triple-E uit december 2014 blijkt dat innovatie hierdoor wordt afgeremd en dat kleine zorgaanbieders de klos zullen zijn. Ook schijnt het in de praktijk gewoon niet uitvoerbaar te zijn. Waarom wil de Minister dit dan toch doorzetten? Ik krijg graag een uitgebreide reactie hierop.

Ter afsluiting heb ik nog twee korte punten. Ik heb verschillende signalen gekregen over de geschillencommissie die nu wordt gevormd. Het CDA vindt het voorstel van de Minister echt prima. Er schijnt echter gedoe te zijn tussen de partijen die een en ander voor elkaar moeten krijgen. Het gaat bijvoorbeeld om de vraag of de contractuele fase wel of niet wordt meegenomen en om de reikwijdte van de beslechting van de geschillen. Wordt bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg wel of niet meegenomen? Kan de Minister nog eens aangeven hoe zij dit ziet? Wat verwacht zij ervan? Dan kom ik op de kwaliteitsrichtlijnen en de rol van het Zorginstituut Nederland.

De voorzitter: Heel kort.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat zal ik zeker doen, voorzitter. Het Zorginstituut Nederland is flink aan het polderen. Op het gebied van kwaliteit gaat het er echter ook om dat je beslist wat echte kwaliteit is en dat dit het uitgangspunt is van de richtlijn die eraan komt. Zal het Zorginstituut Nederland zijn doorzettingsmacht gebruiken als dat echt nodig is?

De heer **Rutte** (VVD): Ik zag mevrouw Bruins Slot vanochtend in een buitengewoon leuk item op tv. Ik was er zelf ook bij te zien overigens; dat maakte het extra leuk. We waren het over een aantal dingen eens, maar over één ding waren we het niet eens, namelijk over keuzestress. Kan mevrouw Bruins Slot uitleggen, misschien aan de hand van die hagelslag, wat er erg aan is als mensen iets te kiezen te hebben? Wil zij in haar

antwoord meenemen dat zij die vrije artskenkeuze dan wel weer heel belangrijk vindt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vond de supermarkttermen van de heer Rutte even leuk, maar ik zal er niet in blijven hangen. Bij de vrije artskenkeuze ging het erom dat je niet voor een ziekenhuis of iets anders kon kiezen. Dit gaat over de keuze voor zorgverzekeringen. Daarbij moeten er duidelijke verschillen zijn. Bij 1.400 verschillende poliscombinaties is het voor mensen echt niet uit te zoeken wat nu wat is. Het maakt het nog moeilijker dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen er in hun onderhandelingen niet uitkomen. Je weet dus zelfs niet waarvoor je kunt kiezen. Iemand zei: dan stap je toch niet over? Dat kan, maar je weet ook niet wat je wel hebt.

De heer **Rutte** (VVD): We zijn het erover eens dat de contractering op tijd klaar moet zijn. Daar heb ik ook het een en ander over gezegd. We zijn het er ook over eens dat mensen goede informatie moeten krijgen over welke zaken wel of niet in de polis zitten en welke zorg ze mogen verwachten. Als we dat goed regelen, moeten we dan nog steeds van overheidswege verzekeraars verbieden om veel polissen aan te bieden? Uiteindelijk worden mensen toch alleen maar beter van meer keuze, mits ze goed geïnformeerd zijn?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In de afgelopen twee jaar bleek dat er in die enorme hoeveelheid polissen enorme fouten zaten. Vorig jaar hebben we een discussie gehad over de vergelijkingssites. Zelfs de vergelijkingssites en de zorgverzekeraars zelf wisten niet welke polis zij aanboden en wat precies de dekking was. Dat was de conclusie van de Nederlandse Zorgautoriteit. Als de verzekeraars er zelf al niet meer uitkomen als het gaat om hun aanbod aan hun klanten, hoe kunnen de klanten dan beslissen? Zo'n situatie moet je niet willen. Onze Zorgverzekeringswet is erop gebaseerd dat mensen een heldere en transparante keuze kunnen maken. Als er een puinhoop van wordt gemaakt, moet je er regels voor stellen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag over de zorgvergelijkingssites die zijn ontstaan door de enorme hoeveelheid polissen. We hebben in de financiële sector gezien wat er gebeurt als de problemen te ingewikkeld zijn. De AFM heeft daarom een richtlijn gemaakt. De Partij van de Arbeid en het CDA hebben hierin altijd samen opgetrokken. Ondanks die richtlijn blijkt op de zorgvergelijkingssites dat je, hoewel het verboden is, toch nog kunt stunten met het eigen risico en dat daar de premie van afhangt. Je moet je postcode opgeven als je zorgverzekeringen wilt vergelijken. Je kunt je afvragen waarom dat nodig is. Het heeft iets met risicoselectie te maken. Het bijzonderste is dat de zorgvergelijkingssites per advies bijvoorbeeld € 30 van VGZ en € 50 van Zilveren Kruis krijgen. Dat wordt expres niet bekendgemaakt. Dat wordt geheimgehouden. Vorig jaar trokken mevrouw Bruins Slot en ik hierin samen op. We vonden dit beiden ongewenst. Vindt zij dat nog steeds ongewenst?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het buitengewoon kwalijk. Daarom heeft het CDA vorig jaar al voorgesteld om een provisieverbod in te stellen. De heer Van Gerven heeft dat voorstel nu ook gedaan. Dat laat dus zien dat het een goed voorstel was. Jammer genoeg heeft die motie het toen niet gehaald. Daarmee had je een aantal van de negatieve effecten kunnen weghalen. Ik vind dat er op dit vlak te weinig is gebeurd. Een provisieverbod zou het mooiste zijn, maar er moet gewoon meer toezicht en controle zijn. Dit soort negatieve zaken, zoals het vragen om de postcode, het stunten met het eigen risico en niet duidelijk zijn over

hoeveel geld iemand krijgt, leiden ertoe dat het nog steeds niet mogelijk is om een eerlijke keuze te maken voor een eerlijke prijs.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een helder antwoord. Bent u het dan met de Partij van de Arbeid eens dat de AFM moet handhaven? Dat betekent dus dat die sites op zwart gezet moeten worden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als we dat voor elkaar kunnen krijgen, zou dat hartstikke interessant zijn. De vraag is dan echter hoe je mensen wel kunt informeren. Ik zie graag een provisieverbod. Ik vind eigenlijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit en de AFM tot een strikt kader moeten komen en dan ook moeten handhaven. Volgens mij doelt de PvdA daar ook op. Misschien is dit het juiste moment om er werk van te maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De brief «Kwaliteit loont» bevat een aantal heel goede elementen om te gaan sturen op kwaliteit. In de praktijk is er echter helaas nog een hoop te verbeteren en dat is zacht uitgedrukt. De brief is van februari, dus we kunnen ook niet in een paar maanden verbetering verwachten.

Wat zien we in de praktijk? We zien dat de inkoop door zorgverzekeraars vooral op prijs plaatsvindt. De NZa gaf het al eerder aan. We zien dat de vier grote, sterke verzekeraars nu een tegenreactie krijgen van ziekenhuizen. Die gaan ook opschalen. Daardoor gaat het hard tegen hard in de onderhandelingen. Veel contracten zijn nog niet gesloten. Hierdoor is het onduidelijk wat je krijgt. VGZ is de koploper. Die heeft de minste contracten gesloten. Bovendien wil zij ook geen meerjarige kwaliteitsafspraken maken. De prijs voert dus de boventoon.

De verzekerde heeft het nakijken, want hij weet niet waarvoor hij kiest. Hij weet niet wat hij heeft en hij weet niet wat hij krijgt. De NZa treedt niet op voor verzekerden. De NZa is vooral met het systeem bezig, maar ondertussen staat die verzekerde daar. Hij kan geen kant op. Hij wordt niet tegemoetgekomen. De reflectie van Zorgverzekeraars Nederland komt niet verder dan: de politiek gaat niet over het aantal polissen; de groeten van Zorgverzekeraars Nederland. Er is geen enkele reflectie op de massale kritiek op het aantal polissen, de onduidelijkheid, de budgetplafonds, het feit dat er geen contracten zijn en de onduidelijkheid over het hinderpaal-criterium. Wat vindt de Minister hiervan? Duidelijk mag zijn dat we dit dus niet aan de markt kunnen overlaten, want die stuurt zichzelf niet. Ook de toezichthouder is tot op heden nog niet in actie gekomen. Er is dus verbetering nodig, evenals sturing door de Minister.

Als eerste heb ik een vraag over de onduidelijkheid bij de contractering. Wat vindt de Minister van het idee om verzekerden meer tijd te geven? Dan hebben ze een periode van zes weken om te kiezen, zoals ook beoogd was. Je kunt ook zeggen dat mensen automatisch het minimale aanbod van het afgelopen jaar krijgen.

Dan komen we bij de oorzaken van het probleem. Waarom is er nog niet gecontracteerd? Ik heb net al gezegd dat het hard tegen hard gaat. Wat zijn de mogelijkheden voor de Nederlandse Zorgautoriteit om het instrument van de aanmerkelijke marktmacht in te zetten, niet alleen richting ziekenhuizen maar ook richting zorgverzekeraars? Men moet stoppen met dat hard tegen hard gaan; het moet gaan om samenwerking op basis van kwaliteit en de wens van de patiënt.

Een ander probleem is dat er wel een informatieplicht is voor verzekerden, maar dat er geen contracteerplicht is voor de zorgverzekeraars. Dat betekent dat je in het huidige stelsel en met de huidige regels op geen enkele manier kunt afdwingen dat het op 19 november volgend jaar wel is geregeld. Wij vragen de Minister welke maatregelen zij wil nemen om ervoor te zorgen dat dit gelijk gaat lopen. Je kunt niet zeggen dat mensen op 19 november moeten kiezen, maar dat de contracten dan nog niet gesloten hoeven te zijn. Dan houdt je het probleem.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het een interessante suggestie om het instrument van de aanmerkelijke marktmacht in te zetten, maar dat vergt heel veel onderzoek. Dat vergt dat je op een gegeven moment in beeld hebt dat er echt sprake is van kartelvorming. Wat wil mevrouw Bouwmeester op de korte termijn? Het is vandaag 10 december. Mensen hebben nog maar 21 dagen om hun zorgverzekering op te zeggen. Wat kunnen we mensen op de korte termijn bieden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb daarvoor twee voorstellen gedaan. Ten eerste kun je mensen meer bedenktijd geven, bijvoorbeeld dat de bedenktijd pas ingaat op het moment dat alle contracten zijn gesloten. Ten tweede stel ik voor dat mensen gewoon recht hebben op het minimale aanbod dat dit jaar geldt. Dan kan het alleen maar mooier worden. Slimmere oplossingen zijn wat mij betreft natuurlijk hartstikke welkom. Het gaat er nu om dat de verzekerde geen kant op kan, dat de zorgverzekeraars zeggen «das war einmal», dat de Nederlandse Zorgautoriteit niet ingrijpt, dat er alleen maar wordt gekeken naar prijs en dat dit geld oplevert maar dat men niet weet hoe het zit met de kwaliteit. Volgende week gaat de Kamer met reces. We hebben het rapport van de NZa nog niet gekregen. Ik ben benieuwd naar het antwoord van de Minister. Nogmaals, de Partij van de Arbeid staat zeer open voor betere suggesties die de verzekerden helpen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan vraag ik mevrouw Bouwmeester ook om te reflecteren op het antwoord van de Minister op schriftelijke vragen van, ik meen, mevrouw Dijkstra. De Minister zegt dat het niet zo erg is als verzekerden niet precies weten welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn, ze kunnen namelijk hun huidige zorgverzekering aanhouden. Het probleem is dat je ook niet weet waar je aan toe bent bij je huidige zorgverzekering. Vorig jaar mochten sommige mensen toch nog overstappen, omdat de verzekeraars een puinhoop hadden gemaakt van hun restitutiepolis. Ik zal niet zeggen om welke zorgverzekeraars het ging. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester aan tegen de redenering van de Minister?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De verzekerden hebben nu de keuze tussen onzekerheid en onzekerheid. Er gebeurt eigenlijk niks. Niemand komt voor de verzekerden op. Er wordt gezegd dat men met de beste bedoelingen bezig is, dat de verzekerden nog maar even moeten wachten en dat het allemaal goed komt. We hebben geregeld dat verzekerden zes weken de tijd hebben. Als je 1.400 polissen met elkaar moet vergelijken, is een periode van zes weken ook niet heel onredelijk. Die zes weken worden echter niet gehaald.

Dit stelsel is gebaseerd op een driepoot, maar de verzekerde is nergens in dit stelsel. Zijn positie verandert en de keuze verandert mee, maar niemand komt voor de verzekerde. Dat moet verbeteren. We zijn voor alle maatregelen die daaraan bijdragen, dus ook dat je naderhand kunt overstappen als je voor verrassingen wordt gesteld. We zijn er niet voor dat tegen mensen wordt gezegd dat ze moeten afwachten, omdat de zorgverzekeraars het nu eenmaal bepalen. Dat vinden we onacceptabel.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog wel een paar ideeën. Ik neem aan dat de Partij van de Arbeid ook voor een provisieverbod is. Zij heeft daar vorig jaar niet voor gestemd. Financiële prikkels bij het kiezen op vergelijkingssites moeten uit den boze zijn. De SP is helemaal niet voor dit stelsel en wil eigenlijk van die hele onzin af. Als je het echter toch wilt, doe het dan op een eerlijke manier. Als je verzekerden echte macht wilt geven ten opzichte van de verzekeraars, is het logisch dat zij op elk moment van het jaar kunnen overstappen, bijvoorbeeld omdat ze bedonderd zijn of omdat ze er ineens achter komen dat bepaalde dingen of bepaalde ziekenhuizen niet gecontracteerd zijn. Als we de verzekerde, de patiënt, in

een goede machtspositie willen brengen, waarom zorgen we er dan niet voor dat de verzekerde per direct van verzekeraar kan veranderen als hij of zij dat nodig vindt?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De heer Van Gerven heeft twee vragen gesteld. Zijn eerste vraag ging over het provisieverbod. Dit verbod richt zich op de tussenpersoon tussen mij en de polis. God verhoede dat we tussenpersonen nodig hebben voor zorgpolissen, want dan weten we zeker dat we de foute kant op gaan, zoals dat is gebeurd in de financiële sector. Er zijn te veel en te ingewikkelde polissen. Daar zet je mensen tussen die er geld aan verdienen. Zij zullen niet meer objectief adviseren. Het provisieverbod is dus geen oplossing voor het probleem. We willen wel dat er nadere regels komen voor de zorgvergelijkingssites. In dat opzicht ben ik het eens met het CDA en de SP.

Wat het overstappen betreft: het lijkt me heel goed dat je meteen weg kunt als je bedonderd bent. Het zou fijn zijn als het consumentenmeldpunt bij de NZa mensen hierbij helpt. De kern is natuurlijk dat je wilt voorkomen dat mensen achteraf voor verrassingen komen te staan. Wij willen dus dat het aan de voorkant goed geregeld wordt, zodat mensen weten waar ze aan toe zijn en niet verrast worden omdat een aanbod opeens niet geldt of omdat ze een rekening of andere nare verrassingen krijgen. Voorkomen is beter dan genezen; dat is onze eerste inzet.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik constateer dat de Partij van de Arbeid het systeem dat een vergelijkingssite per verzekerde die overstapt betaald wordt, deugdelijk vindt. Wij vinden dat niet, want een dergelijk systeem werkt averechtse prikkels in de hand. De verzekerde moet toch in vrijheid kunnen kiezen? De VVD is niet voor keuzevrijheid. Die is er alleen voor de rijkere Nederlanders.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag, mijnheer Van Gerven?

De heer **Van Gerven** (SP): De VVD is voorstander van een budgetpolis, waarbij maar een bepaald aantal ziekenhuizen en zorginstellingen is gecontracteerd. Als je keuzevrijheid wilt, is het toch essentieel dat je ook de keuze hebt om tussentijds van verzekeraar te wisselen als je vindt dat je niet goed bediend wordt?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als het fout gaat, wil je mensen de ruimte geven om weg te gaan. Dat is zeer zeker zo. De Partij van de Arbeid wil echter niet op fouten reageren. Wij willen voorkomen dat het fout gaat. Wij zien een risico bij de zorgvergelijkingssites. Je moet je postcode invullen. Er wordt gestunt met het eigen risico. Er is heel veel onduidelijk. Je krijgt een advies, maar je weet niet op basis waarvan dit tot stand is gekomen. Er wordt geld aan verdiend, maar hoeveel is dat? De ene zorgverzekeraar krijgt meer dan de andere. Dat wordt bewust geheim gehouden. Dat vinden wij fout. Daar willen wij wat aan doen. Ik heb er vragen over gesteld aan de Minister. Uw oplossing is een provisieverbod, maar dit is gericht op een tussenpersoon, en er is hierbij geen sprake van een dergelijke tussenpersoon. Ik kan dus meegaan met uw intentie, maar een provisieverbod is hiervoor geen oplossing. Als u een andere oplossing hebt die wel van toepassing is, wil ik daar best naar kijken. Maar nogmaals, voorkomen is beter dan genezen.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, u hebt nog één minuut.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): We willen graag een onderzoek van de NZa naar het vrijwillig hoger eigen risico. Wat doet dit met de solidariteit? Welke link kan er gelegd worden met risicoselectie? Kan de Minister dit aan de NZa vragen?

We willen ook graag weten hoe het staat met het consumentenloket bij de NZa. Er zijn heel veel klachten, maar zijn die ook vindbaar? Je kunt bellen, maar je wordt niet geholpen, dus dat is niet zo handig.

Wat de geschillencommissie betreft sluit ik me aan bij de vragen van het CDA.

Dan heb ik nog een slotvraag over kwaliteit. Bij de begrotingsbehandeling hebben we gesteld dat een aantal systeemproblemen zijn gericht op concurreren in plaats van op samenwerken. Denk aan de verkeerdebeddenproblematiek. De VVD noemde ook ouderen met meervoudige problematiek. Bij hulpmiddelen gaat het niet meer om kwaliteit en passendheid. Het systeem is aanbodgericht, in plaats van dat de vraag van de verzekerde beantwoord wordt. De Minister heeft hier een heel mooi antwoord op gegeven. Er zijn aanjaagteams die op al die voorbeelden afgaan. Waar kunnen de mensen zich melden? Wie neemt die meldingen op? Hoe kan de Kamer volgen wat er wordt gemeld en hoe het zit met de voortgang? Wij vinden dit een zeer goede stap, want dit gaat over kwaliteit en dat is natuurlijk de intentie van het programma «Kwaliteit loont».

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Zorg van goede kwaliteit wil iedereen. Feit is echter dat eenduidige criteria voor goede zorg niet bestaan.

Daarom hanteert iedereen maar eigen criteria. Daaruit volgt weer dat de zorg wel degelijk in kwaliteit verschilt. In plaats van een uniforme basisset vast te leggen voor het meten van kwaliteit, vertrouwt de Minister erop dat zorgverzekeraars kwalitatief goede zorg inkopen. In de praktijk blijkt echter dat zorgverzekeraars niet inkopen op kwaliteit.

Ik geef een paar voorbeelden. De op een na grootste zorgverzekeraar, VGZ, wil niet langer bepalen wat kwaliteit is, maar wil dit overlaten aan de zorgaanbieder. Dit staat haaks op het beleid van de Minister. Deze zorgverzekeraar onderhandelt blijkbaar alleen nog maar op basis van de prijs. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

Een andere grote zorgverzekeraar, CZ, sluit voor 2016 voor het eerst met één aanbieder een contract waarbij kwaliteit het uitgangspunt is. Tot nu toe is er dus nog nooit op kwaliteit ingekocht, in tegenstelling tot wat de Minister altijd heeft beweerd. Ik krijg hierop graag een reactie.

De patiëntenfederatie NPCF waarschuwt voor de kwaliteit van de budgetpolis. De Minister heeft deze polis zeer gepromoot. Inmiddels hebben 1,2 miljoen verzekerden deze polis afgesloten. Met een budgetpolis heb je langere reistijden en wachttijden en loop je daarnaast het risico dat jou kwalitatief goede zorg wordt onthouden. Denk aan de uitsluiting van academische ziekenhuizen. Denk aan een ziekenhuis dat onder toezicht komt te staan of waar een MRSA-uitbraak heerst. Hoezo goede kwaliteit als je verplicht wordt om naar zo'n ziekenhuis te gaan? Er is nog een ontwikkeling die in tegenspraak is met goede kwaliteit, namelijk het omzetplafond. Een arts of instelling die kwalitatief goede zorg levert, zal een aanzuigende werking hebben op patiënten. Het afgesproken of opgelegde omzetplafond zet hier echter een rem op. Er volgt gewoon een behandelstop. Als patiënt kun je op de wachtlijst komen of je kunt naar een ander, kwalitatief minder ziekenhuis gaan. De arts van het goede ziekenhuis kan aan het einde van het jaar op vakantie en de arts van het kwalitatief slechtere ziekenhuis gaat aan het begin van het jaar op vakantie. Hoe dan ook, dit is nadelig voor de patiënt. Het is een slechte ontwikkeling, vooral omdat de patiënt niet kan controleren of er omzetplafonds zijn afgesproken. Hij kan ze dus ook niet vermijden. Daar komt nog bij dat omzetplafonds de keuzevrijheid van de patiënt belemmeren, ongeacht de polis die hij heeft.

In de praktijk zien we dus dat zorgverzekeraars niet inkopen op kwaliteit. Steeds meer zorgaanbieders concluderen dan ook terecht dat de kwaliteit in het gedrang komt en kiezen ervoor om dan maar geen contract aan te gaan met een zorgverzekeraar. Dapper, zou je denken, maar de Minister

ziet dat heel anders. Contractering is volgens haar een waarborg voor goede zorg. Waar ze dat op baseert, is ons een raadsel. Ze kan het ook niet hard maken, en daarom verzint ze iets anders. De Minister is van plan om het macrobeheersinstrument in te zetten bij zorgaanbieders die geen contract hebben. Dat betekent dus dat overschrijdingen van de hele sector worden verhaald op slechts enkele zorgaanbieders. Dat is onvoorstelbaar. Dit wetsvoorstel kan wat de PVV-fractie betreft meteen in de prullenbak. Maak in plaats daarvan een wetsvoorstel dat een einde maakt aan de budgetplafonds. Maak kwaliteit meetbaar aan de hand van een basisset, en verplicht iedereen een en ander openbaar te maken. Kwaliteit loont, maar alleen als we weten waar we deze kunnen vinden en er in alle vrijheid voor kunnen kiezen.

De **voorzitter**: Daarmee is er een einde gekomen aan de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt van 15.29 uur tot 15.42 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik geef de Minister graag het woord voor haar beantwoording in eerste termijn, maar niet dan nadat ik met de leden heb afgesproken dat zij ook in deze termijn twee interrupties hebben.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Door het afstemmen van artikel 13 was er een fiks reparatiepakket nodig. Met ontzettend hard werken, onder andere door de mensen van het ministerie – ik ben hen daar dankbaar voor – is er een heel behoorlijk pakket in elkaar gedraaid om de ontstane leemte te repareren. We zijn nu driekwart jaar verder. Dat is natuurlijk niet zo lang, zeker als je ziet waarover het gaat. Er is ontzettend hard gewerkt, bijvoorbeeld aan de risicoverevening. Er zijn grote onderzoeken uitgezet. Er zijn enorme stappen gezet. Er is heel hard gewerkt aan de transparantie. Er is een intensief traject in de gang gezet waaraan alle partijen in de zorg hun steentje bijdragen.

De NZa heeft niet alleen regels opgesteld voor de inkoop van de verzekeraars, maar is ook bezig met een klachtenloket. De NZa doet verschillende onderzoeken, onder andere naar risicoselectie. De ggz heeft een heel pakket gemaakt waarmee de kwaliteit in de ggz verbeterd wordt. De verzekeraars hebben zelf een verbeterprogramma gemaakt. Dat is overigens nog niet af, maar dat is ook logisch.

Ik wil even stilstaan bij het volgende. Als niks transparant is, denk je dat alles goed geregeld is. Hoe transparanter iets wordt, hoe meer je ziet dat iets niet goed geregeld is. Dat is hierbij natuurlijk ook aan de orde. Al tien jaar is er inkoop, maar eerder zagen we niet goed hoe de contractering daarachter plaatsvond. Dat zien we nu wel. Hierdoor zie je veel beter wat de stand van zaken is. Dat wil echter niet zeggen dat het slechter is dan daarvoor.

Verzekeraars investeren en kijken steeds meer naar kwaliteit en naar wat zij willen inkopen. VGZ is een paar keer genoemd. Ik voel me dan ook enigszins geroepen om te vertellen dat ik gisteren op bezoek was bij het Radboudumc. Dat is samen met de verzekeraar VGZ bezig met een langjarig traject dat helemaal gericht is op het verbeteren van de kwaliteit en op de beste zorg voor elke patiënt, waarbij gekeken wordt naar de financieringsmodellen. Er worden dus wel degelijk meters gemaakt. Dat wil niet zeggen dat we al zijn waar we willen zijn, maar ik denk wel dat we de goede weg zijn ingeslagen.

Het allerbelangrijkste wat vandaag aan de orde is, maar wat ook eerder in discussies is opgekomen, is de vraag wat het betekent voor de consument als er op 19 november nog geen contract is maar wel de intentie tot een contract. Op 19 november moeten de polisvoorwaarden voor de patiënten duidelijk zijn. Dat hebben we geregeld. Het is niet per se noodzakelijk dat de contractering dan is afgerond. Als een zorgverzekeraar in de polis

aangeeft dat een bepaald ziekenhuis gecontracteerd is, mag de patiënt ervan uitgaan dat de zorg bij dit ziekenhuis vergoed wordt. Als de zorgverzekeraar op 19 november nog met een ziekenhuis in onderhandeling is en het dus nog niet zeker is of er een contract komt, moet de verzekeraar dit melden. Dan kan de verzekerde op basis van alle relevante informatie besluiten of hij wel of niet voor die zorgverzekeraar kiest. Zilveren Kruis heeft bijvoorbeeld op zijn website staan met welk ziekenhuis het in onderhandeling is. Dan weet je dus niet zeker of die onderhandelingen slagen, maar de kans is wel groot. Je hebt in ieder geval informatie op basis waarvan je kunt kiezen. CZ doet het anders. Die zegt: je krijgt het sowieso vergoed, of er nu wel of geen contract is. Die zet dus gewoon een groen kruis.

Zorgverzekeraars zullen mogelijk ziekenhuizen waarmee ze nog in onderhandeling zijn, toch als gecontracteerd ziekenhuis opnemen in de communicatie naar de consument. De consument kan er dan van uitgaan dat de zorg die hij bij een instelling afneemt, behandeld wordt alsof het zorg bij een gecontracteerde instelling betreft. Als een zorgverzekeraar gedurende het jaar besluit om het ziekenhuis toch niet te contracteren, dient de zorgverzekeraar de verzekerde de mogelijkheid te geven om te switchen. Het is een uitzonderlijke situatie, maar het kan wel. Het is ook wel eerder gebeurd. De heer Van Gerven vroeg ernaar. Als je op basis van eerdere informatie een keus hebt gemaakt maar de verzekeraar dit niet waarmaakt, omdat hij tot de conclusie is gekomen dat hij niet kan leveren, kun je gewoon switchen naar een andere verzekering. Daar krijg je dan een brief over. Volgens de wet mag er tussentijds namelijk niet sprake zijn van een verslechtering van de polisvoorwaarden. De verzekerde heeft dan een maand de tijd om een andere verzekering af te sluiten. Als de zorgverzekeraar zich niet aan de afspraken houdt, kan de NZa de zorgverzekeraar hierop aanspreken.

Voorzitter, zal ik het blokje «contractering» eerst afmaken?

De **voorzitter**: Ik zie dat er veel vragen zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mijn vraag gaat heel direct over een zin van de Minister, dus misschien mag ik die toch even stellen. De Minister zei dat de verzekeraar moet aangeven dat bij bepaalde ziekenhuizen nog niet zeker is dat de contractering doorgaat of dat een bepaald ziekenhuis nog niet gecontracteerd is. Dat moet je weten als geïnteresseerde in een polis en dan heb je de vrijheid om niet voor die verzekeraar te kiezen. Ik vind dat toch wel een beetje merkwaardig. Er is toch geen sprake van keuzevrijheid als je geen polis afsluit bij een verzekeraar omdat je niet waar je aan toe bent? Dat valt voor mij niet onder het kopje «keuzevrijheid».

Minister **Schippers**: Wij hebben gezegd dat de polisvoorwaarden op 19 november duidelijk gepubliceerd moeten zijn, zodat iedereen kan kiezen op basis van de polisvoorwaarden. Wij hebben niet gezegd dat de contractering dan rond moet zijn. Wij zien namelijk dat in de praktijk het hele jaar door gecontracteerd wordt. Dat is al tien jaar zo. Dat gebeurt ook. Er wordt bijgecontracteerd; er wordt extra gecontracteerd. Dat gaat het hele jaar door.

Ik vind het wel belangrijk dat we de contractering beter op orde krijgen dan nu. Daar kom ik straks nog op. Ik heb aangegeven dat ik in gesprek ga met betrokken partijen over de vraag hoe we dit eruit krijgen. Ik vind het onbegrijpelijk dat ieder jaar een circus wordt opgetuigd, alsof het heel belangrijk is dat we ieder jaar een contract voor een jaar sluiten. Je kunt je goed voorstellen dat men voor drie jaar een contract afsluit. Ik weet dat dit bij een paar ziekenhuizen aan de hand is. Dat is heel belangrijk. Dan weet je waar je aan toe bent. Dan kun je aan een heel traject bouwen. Nu is er

een jaarlijks circus. Ik wil met beide partijen in gesprek gaan over de wijze waarop we hierin echt meters kunnen maken. Volgens de wet moeten op 19 november de polisvoorwaarden helder zijn. Als een en ander in de polisvoorwaarden op groen staat, kun je ervan uitgaan dat het gecontracteerd is. Er kan ook staan dat men nog bezig is met contracteeronderhandelingen. Je kunt dat zien als een risico. Als je heel graag naar dat bepaalde ziekenhuis wilt, kun je een andere polis nemen. Als je het niet zo belangrijk vindt, neem je die polis wel.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Als het bij de ene verzekeraar niet helder is en bij de andere ook niet, is het nog steeds moeilijk om een keuze te maken, omdat je domweg niet weet waar je aan toe bent. Je weet wel wat de polisvoorwaarden zijn, maar je weet niet hoe het zit met de gecontracteerde ziekenhuizen. Vooral bij de budgetpolissen is dat juist heel belangrijk, omdat het daarbij gaat om een beperkt aantal contracten.

Minister **Schippers**: Je zult heel goed moeten kijken naar wat op groen staat. Dat is gecontracteerd of je mag het als gecontracteerd beschouwen. Met andere woorden, als er geen contract komt, zal de verzekeraar die aanbieder toch moeten betalen.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de leden. De Minister is bezig met het blokje «contractering». Ik kan nu interrupties toestaan, maar dat is misschien zonde. Ik zie dat er toch behoefte is aan interrupties.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat het al tien jaar zo gaat. Ik hoor in haar woorden een beetje doorklinken dat ze zich afvraagt waar alle fuss vandaan komt. Het ziekenhuislandschap is echter wel veranderd. Er heeft een enorme concentratie van zorg plaatsgevonden. Je kunt niet meer voor elke behandeling in elk ziekenhuis terecht. Je moet soms verder reizen omdat de kwaliteit van zorg dan beter is. Dat betekent wel dat een verzekerde tussen 19 november en 31 december moet weten welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn voor alle verschillende soorten zorg die je nodig kunt hebben. Dit maakt het dus belangrijker om er meer zicht op te hebben welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn. Je wilt zeker weten dat je alle verschillende specialistische vormen van zorg kunt krijgen. Moet je er daarom niet voor zorgen dat er vanaf 19 november meer duidelijkheid komt over welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn en welke vormen van zorg je krijgt?

Minister **Schippers**: In de wet staat dat de polisvoorwaarden helder moeten zijn. Je kunt dus nu al checken, als je dat belangrijk vindt, of een bepaald ziekenhuis gecontracteerd is. Je kunt altijd kiezen voor een restitutiepolis. Tegen de heer Van Gerven zeg ik dat het helemaal niet zo is dat restitutiepolissen elitepolissen zijn en dat ze duurder zijn. Sommige restitutiepolissen zijn veel goedkoper dan naturapolissen. Daar is echt geen peil op te trekken. Als je zeker wilt weten dat je overal heen kunt, neem je een restitutiepolis, maar als je vindt dat een naturapolis voordelen heeft, kun je ook een naturapolis nemen. Iedere verzekeraar heeft zorgplicht. Bij een budgetpolis, waarin de contractering selectiever is, kun je nu bekijken welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn. Die budgetpolis is overigens niet iets van de laatste paar jaar, die is er al jaren. Ook bij de budgetpolis moet de verzekeraar aan zijn zorgplicht voldoen. Wij hebben vorig jaar een onderzoek laten doen naar de budgetpolissen. Ik wilde namelijk weleens weten of de kwaliteit bij de budgetpolissen minder was dan bij andere polissen. De NZa heeft geconcludeerd dat dit niet het geval is. De kwaliteit van de budgetpolissen is niet minder. De polis is wel selectiever, dus je hebt minder keuze. Dat is een budgetpolis. Je zult dus goed moeten bekijken in je polis of iets gecontracteerd is of niet. Dat was overigens altijd al zo. Als

je dan vindt dat je te veel beperkt wordt en iets er niet bij zit wat je er wel bij wilt hebben, kun je naar een andere polis overstappen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De wet blijft hetzelfde, maar de werkelijkheid verandert. Om goede zorg te krijgen moet je nu namelijk vaak naar verschillende ziekenhuizen, omdat zij om kwaliteitsredenen gespecialiseerd zijn. De zorg is geconcentreerd. Daarom moet je in de periode van 19 november tot 31 december wel weten welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn. Alleen dan kun je een goede, weloverwogen keuze maken. Wat kan de Minister doen om dat proces in goede banen te leiden?

Minister **Schippers**: Dat klopt, maar een en ander moet worden vergoed door de zorgverzekeraar. Voor complexe zorg moet je terecht kunnen bij een van de centra waarin die zorg geconcentreerd is. Anders voldoet de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er valt heel veel te kiezen en er verandert heel veel bij ziekenhuizen. Dat is het verschil met tien jaar geleden. Er zijn 1.400 polissen. De prijzen verschillen. Er is een ander type aanbod. Dan verwacht je dat de NZa daarin meebeweegt en de verzekeren ondersteunt. Daarin blijft ze echter nog even achter. De Minister zegt eigenlijk dat het gecontracteerde aanbod geen onderdeel is van de polisvoorwaarden. Dat is een beetje gek. Is dat echt zo?

Minister **Schippers**: De polisvoorwaarden moeten helder zijn. Op internet kun je zien wat de polisvoorwaarden zijn. Op basis van die voorwaarden sluit je al dan niet een contract met de verzekeraar. Het kan zijn dat bij een bepaalde verzekeraar een aantal dingen op groen staan terwijl hij nog in onderhandeling is, maar als die dingen op groen staan, kun je er gewoon op vertrouwen. Dan moet hij die dingen vergoeden. Als een verzekeraar schrijft dat hij nog in onderhandeling is met sommige ziekenhuizen, moet je er rekening mee houden dat niet vooraf helder is dat deze ziekenhuizen onderdeel zijn van je polis. Als je dat ziekenhuis wel graag wilt, kun je een andere polis kiezen.

Er waren dit jaar 71 polissen. Volgend jaar zijn er ongeveer 60 polissen. Dat zijn de basispolissen. De enorme hoeveelheid aan polissen ontstaat door alle combinaties die je kunt maken met verschillende aanvullende verzekeringen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Hoe gewenst vindt de Minister het dat mensen bij een polis van tevoren kunnen bekijken waar ze heen willen? Dan redeneer je niet vanuit het systeem, maar vanuit de mens. Stel dat ik graag naar een bepaald ziekenhuis wil, maar dat dit ziekenhuis nog met niemand een contract heeft. Dat ziekenhuis is dus nog in onderhandeling. Dan kan ik niet kiezen. Ik weet het niet. Ik moet op 31 december opzeggen. Ik heb geen idee of dit ziekenhuis wel gekozen wordt. Ik heb geen idee waar het heen gaat. Is de Minister bereid om die mensen tegemoet te komen? Mensen willen gewoon naar een bepaald ziekenhuis. Als niemand dat ziekenhuis contracteert, heb je nog steeds geen keus.

Minister **Schippers**: Jawel. Laten we kijken naar de gemiddelde premieontwikkeling per type polis. De gemiddelde budgetpolis is € 1.146, maar voor € 1.126 is er ook een restitutiepolis te krijgen. Als je zeker wilt weten dat je naar een bepaald ziekenhuis kunt, kun je voor een restitutiepolis kiezen. Je kunt naar een andere polis overstappen. Dan weet je zeker dat je een en ander krijgt.

Vind ik het gewenst dat dit gebeurt? Nee. Daarover ben ik het eens met mevrouw Bouwmeester. Ik vind dat we die contractering meer op orde moeten krijgen, zodat er niet zo veel onduidelijkheid is. Daarom wil ik na de jaarwisseling met de partijen om de tafel. Het is ieder jaar weer een

feest. In het algemeen begint iedereen na de zomervakantie met de onderhandelingen. Ik kijk ernaar als buitenstaander. Ik zie dat men laat begint. Vervolgens wordt de datum van 19 november meer als drukmiddel gebruikt dan als datum waarop men klaar wil zijn. Ik vind het wel gewenst dat we dit anders doen. Voor dit jaar is het echter zo dat iedereen altijd zijn eigen ziekenhuis kan kiezen, want er zijn allerlei polissen waarbij je dat ziekenhuis ook daadwerkelijk kunt kiezen. Wat mij betreft gaan we het volgend jaar echter wel een stukje anders doen.

De **voorzitter**: Ik zag ook een vraag van mevrouw Voortman, maar volgens mij wil zij vooral weten hoe het zit met de blokjes.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Precies.

Minister **Schippers**: Dit is het blokje over contractering.

De **voorzitter**: En de overige blokjes?

Minister **Schippers**: Dan moet ik even kijken. Het is voor mij ook een verrassing. De blokjes zijn: het aantal polissen, solidariteit, machtsverhoudingen en overig.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik borduur nog even voort op het punt van mevrouw Bouwmeester. De praktijk is natuurlijk dat de meeste mensen voor huis-tuin-en-keukenzaken naar een ziekenhuis in de buurt willen. Dat geldt voor mensen die in een stad wonen met één ziekenhuis of die in een dorp wonen met één ziekenhuis in de buurt. Als je per se naar dat ziekenhuis wilt maar dat ziekenhuis geen enkel contract heeft afgesloten, kun je volgens de Minister een restitutiepolis afsluiten. Dan weet je zeker dat je in dat ziekenhuis geholpen wordt. Wat gebeurt er echter als er een omzetplafond met dat ziekenhuis is afgesproken? Wat gebeurt er als je in november komt en het omzetplafond bereikt is? Dan kun je toch nog steeds niet naar dat ziekenhuis?

Minister **Schippers**: Omzetplafonds gelden niet voor een restitutiepolis. Als jij een restitutieverzekering neemt, is onderdeel van je verzekering dat je overal naartoe mag waar je heen wilt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Als er een omzetplafond is, krijgt het ziekenhuis de zorg die het levert aan een restitutiepolispatiënt niet vergoed. Het ziekenhuis is ook niet gek. Dat gaat niet gratis behandelen en zal dus bijvoorbeeld zeggen dat er een wachtlijst is en dat de patiënt volgend jaar moet terugkomen. Hoe weet je dan zeker dat je met je polis bij dat ziekenhuis terecht kunt?

Minister **Schippers**: Het is heel helder dat de restitutieverzekering een verzekering is waarbij je je zorg gerestitueerd krijgt. Je kunt dus kiezen wie je wilt. De verzekerde heeft niets te maken met de onderliggende contracten. Die contracten zijn tussen de aanbieder en de verzekeraar. Die kunnen eventueel contracten sluiten, maar daar heeft de verzekerde geen last van. Ik heb de NZa gevraagd om het komende jaar te bekijken of dit netjes wordt nageleefd. We hebben namelijk niet voor niets een toezichthouder. Een en ander moet dus ook netjes nageleefd worden. Restitutie is restitutie. Anders krijgen we een hoop misverstanden.

De heer **Van Gerven** (SP): Een toenemend aantal mensen kan de premies niet betalen en neemt daarom een armenpolis, of een budgetpolis, zoals de Minister die noemt. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geconstateerd dat deze mensen vaak in minder dan 55% van de ziekenhuizen terecht kunnen en dat de wachtlijsten groeien. Soms moeten deze mensen zelfs

tot wel anderhalf uur reizen. Bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet tot wel 50% van de rekening zelf betaald worden. Is dat geen tweedeling?

Minister **Schippers**: Als je kijkt naar de gemiddelde premie van alle premies bij elkaar, van restitutiepolissen tot naturapolissen en budgetpolissen, en daarbij de zorgtoeslag verrekenend die de verzekerde krijgt om zijn verzekeringspremie te betalen, dan zie je dat de laagste inkomens minder betalen dan tien jaar geleden in het ziekenfonds. Dat is inclusief het gemiddelde eigen risico. Dat is een bijzondere situatie, want ik ken weinig zaken waarvoor we minder betalen dan tien jaar geleden. Met de risicoverevening hebben we ook voldoende gedaan om ervoor te zorgen dat er geen drempels zijn voor mensen die zwakker of kwetsbaarder zijn. In haar conclusies zegt de NZa dat de kwaliteit van de budgetpolissen niet minder is. Bovendien constateert zij dat er behoorlijk breed wordt gecontracteerd. Er wordt vaak gedaan alsof een budgetpolis inhoudt dat je per specialiteit ongeveer maar naar één ziekenhuis in het land kunt gaan. Dat is dus niet het geval. Wat mij het meest opviel in het hele onderzoek, is dat er behoorlijk breed is gecontracteerd, waardoor de budgetpolis zijn naam ook weer niet helemaal eer aandoet.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister doet het weer, ze komt weer met een verhaal over 2006 enzovoorts. De cijfers van het Nibud laten zien dat het aantal mensen met betalingsproblemen door de Zorgverzekeringswet en andere premies is verdubbeld. De NZa constateert dat minder dan 55% van de ziekenhuizen is gecontracteerd en dat de wachtlijsten toenemen. Mensen moeten soms anderhalf uur reizen. Als de zorg niet gecontracteerd is, moet men tot 50% zelf betalen. De elite kan dit wellicht wel betalen, maar Jan met de pet kan dit niet. Mijn vraag is gebaseerd op deze cijfers. Leidt het systeem op deze manier niet tot een onacceptabele tweedeling?

Minister **Schippers**: U schetst het beeld dat wij langzaam maar zeker een elitezorg en een armenzorg hebben. Daar verzet ik mij hevig tegen. Vindt u het heel erg als ik daar gewoon de feiten bijhaal? In 2005 betaalde iemand met het wettelijk minimumloon € 541 als inkomensafhankelijke premie, met een eigen risico, en in 2016 betaalt zo iemand € 446. Daar zitten behoorlijk wat tientjes tussen. Natuurlijk wil ik helemaal niet wegpoetsen dat sommige mensen schulden hebben en moeite hebben om rond te komen, maar het is onjuist om te zeggen dat het ligt aan de zorgkosten. Het is ook onjuist omdat wij ervoor gezorgd hebben dat de zorgkosten voor deze groep in tien jaar zijn verlaagd, zodat zij daar minder aan kwijt zijn. Een verzekeraar heeft een zorgplicht, die inhoudt dat je, wat je ook mankeert, binnen een redelijke afstand en op een redelijke termijn zorg kunt krijgen. Er zijn exceptionele gevallen, en die heeft de NZa ook gedetecteerd. De NZa heeft toen ook gezegd daarop te acteren, omdat dat niet kan. Als er bijzondere gevallen zijn waarin het is misgegaan, moet de NZa als toezichthouder optreden, maar in principe zit het zorgsysteem zo in elkaar dat we ervoor zorgen dat iedereen de zorg krijgt die medisch gezien noodzakelijk is.

De voorwaarden in de verzekering zijn niet altijd helder, zei mevrouw Dijkstra. Zorgverzekeraars zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten, op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze verplichting is uitgewerkt in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze regeling is onlangs aangescherpt. Daarover heb ik de Kamer geïnformeerd in de rapportage Kwaliteit loont. De regels hebben onder andere betrekking op informatie over polisvoorwaarden,

vergoedingen, gecontracteerde zorg, volumeafspraken, omzetplafonds, inzicht in kosten van behandeling, voorkeursbeleid voor geneesmiddelen en vergoedingen bij grensoverschrijdende zorg. Daaronder valt dus ook de informatie over contractering bij zorgpolissen en de vraag of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot vergoedingsbeperking. De nieuwe regeling van de NZa betekent een grote stap voorwaarts. De NZa zal hier ook op toezien.

Wat doet de NZa in dit proces? De NZa is als toezichthouder bezig met een onderzoek naar de stand van zaken bij de informatievoorziening over de contractering. Ik verwacht dat onderzoek rond het weekend of begin volgende week. De focus van de NZa ligt in deze fase op transparantie. Hoe ziet die informatievoorziening van de zorgverzekeraars over de contractering eruit? Er is een apart team dat toezicht houdt en ingrijpt als dat nodig is. De mondelinge informatieverstrekking door zorgverzekeraars wordt gecontroleerd. Daarbij wordt gebruikgemaakt van mystery callers. Naar aanleiding van de resultaten van die mystery callers zal de NZa zo nodig vervolgacties ondernemen. Het gaat erom dat verzekerden goed moeten worden geïnformeerd over de polis. Dat neemt niet weg dat verzekeraars contracteervrijheid hebben, dus het gaat puur over hoe zij communiceren over wat zij gecontracteerd hebben. Over niet al te lange tijd verwacht ik hierover een rapportage van de NZa.

De heer **Rutte** (VVD): Goed om te horen dat de NZa er al mee bezig is, dat we op korte termijn een rapport mogen verwachten en dat er ook wordt gehandhaafd. Ik heb hierover toch nog een vraag. Wellicht heeft de Minister de uitzending van Kassa ook gezien. Is zij het met de VVD eens dat een eenvoudige vraag over wat een eenvoudige behandeling kost, door een verzekeraar beantwoord moet kunnen worden, omdat mensen recht hebben op die informatie? Als de NZa concludeert dat dit niet gebeurt, zou de NZa actie moeten ondernemen om ervoor te zorgen dat dit verbetert.

Minister **Schippers**: Ja.

De heer **Rutte** (VVD): Mooi.

Minister **Schippers**: Als je een polis hebt en er nog over nadenkt of je van polis wilt veranderen, moet de verzekeraar een nieuwe polis aanbieden voor het komende jaar. Daarin moet hij expliciet aangeven wat er verandert in de polisvoorwaarden. Dat moet helder en transparant zijn. Dat betekent wel dat de verzekerde het zelf moet lezen. De verzekeraar moet daarover informatie verstrekken aan de verzekerde. Dit jaar wordt voor het eerst met een bijsluiter voor de budgetpolissen gewerkt. Dat is ook van start gegaan.

Er is ook gevraagd welke rol medisch-specialistische bedrijven spelen bij de contracteerperikelen. Ik heb geen signalen dat medisch-specialistische bedrijven een directe of indirecte invloed hebben op de problemen bij de contractering. Met de invoering van integrale tarieven hebben verzekeraars één onderhandelingspartner, te weten de raad van bestuur van een ziekenhuis. Het is aan ziekenhuizen zelf om te bepalen hoe zij een medisch-specialistisch bedrijf betrekken bij de contractering. In sommige gevallen zal een vertegenwoordiger van het medisch-specialistische bedrijf bij de inkoopgesprekken aan tafel zitten, in andere gevallen niet. De NZa is bezig met een monitor voor de integrale bekostiging, waarbij ook gekeken wordt naar de effecten van de verschillende besturingsmodellen. Deze wordt begin 2016 uitgebracht.

Mevrouw Bouwmeester vroeg of ik maatregelen wil nemen om ervoor te zorgen dat we meer helderheid hebben dan vorig jaar. Dat is wel mijn inzet. Ik ga echt met de partijen rond de tafel om te kijken of we dit proces veel slimmer kunnen stroomlijnen en of het echt allemaal nodig is op deze

manier. Wat schieten we er eigenlijk mee op? Tot zover het blokje contractering.

Dan de vragen over het aantal 1.400. De Consumentenbond vermenigvuldigt de ongeveer 60 basispolissen met de aanvullende verzekeringen, waar wij overigens niet over gaan. Het valt mij op dat de polissen voor de basisverzekering op de markt nogmaals worden aangeboden via volmachten en gelegenheidscollectiviteiten. Voor de verzekerde is dat niet zichtbaar als herverkoop van een basispolis. Wij laten het overstapeseizoen monitoren. Ik zal dit soort elementen daarin meenemen, omdat dat een heleboel fuss veroorzaakt, terwijl het eigenlijk weinig betekent. Ik constateer verder dat de verzekeraars wel een stap hebben gezet. Het aantal modelovereenkomsten voor de basisverzekering lijkt te dalen van 71 vorig jaar naar ongeveer 60 dit jaar.

Als te veel aanvullende polissen en herverkoop van polissen via volmachten en gelegenheidscollectiviteiten de verzekerden eerder in verwarring brengen dan hen helpen, dan is dat een heel belangrijk signaal, dat ook verzekeraars ter harte moeten nemen. Wij zullen daar specifiek naar kijken, zoals gezegd. Op basis van dat onderzoek zullen wij bekijken welke verbeteringen wij volgend jaar kunnen doorvoeren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wanneer komt dat onderzoek uit en wie doet dat precies? Dat is niet helemaal duidelijk. Dit is geen interruptie, maar even een feitelijke vraag.

De **voorzitter**: Daar gaat de voorzitter over, mevrouw Bruins Slot.

Minister **Schippers**: Het onderzoek wordt gedaan door ZorgVuldig Advies en de NZa en het komt in het voorjaar uit.

Dan de vragen over overstappers en risicoselectie. Prijs speelt onmiskenbaar een belangrijke rol bij het overstappen. De NZa heeft onderzocht of een duurdere polis meer kwaliteit biedt dan een goedkopere polis, maar dat is niet zo. Goedkopere restitutiepolissen verschillen nauwelijks van prijs met de duurdere budgetpolis. De duurdere budgetpolis is € 1.271, exclusief collectiviteitskorting. Een restitutiepolis kost € 1.126, exclusief collectiviteitskorting. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van verzekeraars, ook bij budgetpolissen. Er zijn geen tekortkomingen geconstateerd, ook niet wat betreft de kwaliteit van zorg.

Ik heb al het een en ander gezegd over de transparantie-eisen. Ik heb ook een aantal acties aangekondigd. De website van de zorgverzekeraars zal worden verbeterd, zodat individuele verzekerden meer inzicht hebben in wat hun polis inhoudt. Zorgverzekeraars hebben laten weten door middel van een bijsluiter bijzondere afwijkende voorwaarden van een polis expliciet onder de aandacht te brengen. De NZa monitort dit en zal ook aanbevelingen opstellen voor die bijsluiters. Dat zijn de acties die ik eerder heb aangekondigd.

Ook de zorgverzekeraars hebben maatregelen aangekondigd. De NZa heeft de regeling informatieverstrekking aangepast, zoals ik al zei.

De NPCF waarschuwt voor de budgetpolis. Er is gevraagd wat mijn reactie daarop is. Ik vind dat onterecht, omdat het beeld wordt geschetst dat dit een goedkope polis is en de restitutiepolis duur. Ik heb al gezegd dat dit onterecht is, als je goed kijkt. De reisafstand mag er op grond van de zorgplicht niet toe leiden dat de snelheid waarmee iemand zorg ontvangt in het geding komt. Als een verzekerde het gevoel heeft dat dit wel gebeurt, moet hij dat melden bij de zorgverzekeraar en zo nodig bij het meldpunt van de NZa. Het is wel zo dat je goed moet kijken, want een budgetpolis geeft een beperkte toegang. Als je naar een ziekenhuis wilt dat daar niet in zit, dan heeft dat natuurlijk wel consequenties.

De AFM heeft een normenkader opgesteld voor vergelijkingssites. Die moeten gemakkelijk vindbaar informatie verstrekken over vragen als: wat

doet u voor de consument, waar verdient u aan, hoe komt de vergelijking tot stand en hoe volledig is de vergelijking.

Er is veel gezegd over een provisieverbod, onder andere door de heer Van Gerven. Ik heb al eerder gezegd waarom ik daar geen voorstander van ben. Mevrouw Bouwmeester zegt dat er meer transparantie moet komen over hoeveel zij verdienen en waaraan. Dat wil ik wel met de AFM opnemen, zodat je bij elke vergelijkingssite volgend jaar kunt zien hoe het verdienmodel in elkaar zit. Dat moet helder zijn als je zo'n vergelijkingssite opstart en niet pas na vijf muisklikken op de zevende pagina. Dan is helder en transparant hoe zo'n vergelijkingssite gefinancierd wordt, want deze wordt of door de overheid of door verzekeraars betaald. We moeten wel weten hoe zij worden betaald, want dat kan op verschillende manieren. De reden waarom ik niet voor een provisieverbod ben, is dat dit niet bijdraagt aan een betere informatiepositie van de consument. Dat is juist het doel waaraan wij werken. Dat heb ik ook geschreven in de beleidsreacties op de onderzoeken van de NZa, de AFM en de ACM. Een andere belangrijke reden is dat de invoering van een provisieverbod tot een ander verdienmodel leidt, denk aan betaald advies. Dat vind ik helemaal onwenselijk. De kans bestaat dat de consument helemaal niet meer gaat vergelijken omdat het te duur wordt. Dat wil ik voorkomen, want het is van belang dat de consument de zorgverzekeringen goed kan vergelijken om een weloverwogen keuze te maken.

Het is ook geen verbetering voor de consument als vergelijkingssites zich wellicht voornamelijk ontwikkelen tot advertentiesites die niet vergelijken op basis van gegevens die door de consument worden opgegeven, maar die de consument alleen maar doorsturen naar een verzekeraar, in ruil voor een vergoeding.

Ik vind het belangrijk dat vergelijkingssites transparant zijn over het feit dat zij provisie ontvangen en hoe zij deze ontvangen. In de gedragscode die vergelijkingssites onlangs hebben gelanceerd, is dat expliciet opgenomen. Ik zal overleg voeren met de AFM over de vraag hoe wij dat veel helderder over het voetlicht kunnen krijgen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit is een heel mooie handreiking van de Minister, maar het lastige is dat zij vorig jaar ook heeft gezegd dat zij met de AFM zou bekijken wat zij zou gaan doen. Toen is er contact geweest met de AFM en met de zorgvergelijkingssites. Uit dat onderlinge contact kwam dat het een leuk voorstel was van de Minister, maar dat zij dat niet gingen doen. Er is dus bewust besloten om dat dit jaar niet te doen. De Minister heeft vorig jaar ook in een brief aan de Kamer geschreven dat zij zou gaan overleggen. Ik vind het heel fijn dat de Minister wil toezeggen dat zij nog een keer gaat overleggen en gaat kijken, maar ik zou eigenlijk liever hebben dat de Minister zegt dat zij die bevoegdheid heeft en dat zij dat gaat regelen, omdat zij het belangrijk vindt dat toezichthouders in het belang van mensen werken.

Minister **Schippers**: Ik vind dat mevrouw Bouwmeester de vergelijkingssites en de AFM te kort doet, want er zijn wel enorme stappen gezet. Het normenkader is aangescherpt door de AFM. Op basis daarvan zijn er strikte regels opgesteld om de vergelijkingssites te verhelderen en te verduidelijken, zodat de vergelijking veel transparanter is gemaakt. Zij moeten volgens de AFM nu ook al helder maken waar zij aan verdienen. Dat heb ik vorig jaar toegezegd en dat heeft de AFM ook duidelijk in haar normenkader opgenomen. De gedragscode gaat bijvoorbeeld ook uit van een vergelijking op basis van verplicht eigen risico in plaats van vrijwillig eigen risico. Dat zie je ook duidelijk in de advertenties van de verzekeraars. We hebben nu de AFM als toezichthouder. Als er een vergelijkingssite is die niet aangesloten is bij de gedragscode en zich er niet aan houdt, moet de AFM ook handhaven opdat die ook daadwerkelijk aan dat

strakkere normenkader voldoet. Daar hebben we natuurlijk die toezicht-houder voor. Er is wel wat gebeurd sinds vorig jaar.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed, fijn en mooi dat er wat gebeurd is. Een site als Geld.nl houdt zich er niet aan, geef ik bij dezen maar even door. Ik hoop dat de AFM meekijkt. Vorig jaar heeft de Minister gezegd dat zij met de AFM zou bekijken of zij de exacte bedragen openbaar kan maken. De Minister heeft overleg gehad en daaruit zijn heel veel goede dingen gekomen, dus mijn complimenten daarvoor aan de Minister. Maar uit dat overleg is ook gekomen dat er een bewuste keuze is gemaakt om wat de vergelijkingssite per zorgverzekeraar verdient, niet openbaar te maken. Dat was een heel bewuste keuze. Ik vind het fijn dat de Minister zegt dat zij er nog een keer naar gaat kijken, maar ik zou graag willen dat de Minister zegt dat zij er de baas over is, dat zij hierover kan besluiten en dat zij met het oog op de transparantie, in het belang van de verzekerden, niet nog een keer ernaar gaat kijken, maar dat zij dit toezegt. Anders moeten wij weer lastige dingen doen.

Minister **Schippers**: Ik vind het wel leuk als ik overal over kan besluiten, maar de Minister van Financiën besluit hierover. Dat is evident. Hij is de baas van de AFM en ik niet. Ik heb wel gezegd tegen de AFM dat ik het belangrijk vind dat helder is waar een site aan verdient. Dat heeft zij inmiddels aangegeven. Ik zeg nu toe dat ik bereid ben om met de AFM in overleg te gaan, om te kijken of we een stap verder kunnen gaan en meer specifiek kunnen zien wat het verdienmodel is van een vergelijkingssite. Volgens mij heb ik aan mijn toezegging van vorig jaar voldaan. Ik doe nu de toezegging te bekijken of wij het nog transparanter kunnen krijgen en een stap verder kunnen gaan. Ik heb geen aanwijzingsbevoegdheid bij de AFM, die heeft de Minister van Financiën.

Er zijn ook vragen gesteld over solidariteit. Het vrijwillig eigen risico is onderdeel van een keuzemogelijkheid die mensen zelf hebben. Daardoor kunnen zij daadwerkelijk besluiten om meer risico te lopen, want dat doe je met een hoger eigen risico. Dan kan het zijn dat de rekening hoger wordt, als je ook daadwerkelijk iets hebt. Tegelijkertijd hebben we een verzekeringsplicht die iedereen, ziek of gezond, dwingt om bij te dragen aan de gezondheidszorg. Mevrouw Bouwmeester vraagt of ik onderzoek kan doen naar de effecten van dat vrijwillig eigen risico op risicoselectie en solidariteit. Ik zeg toe dat ik dat onderzoek zal instellen.

De CDA-fractie merkte op dat er geen speciale polissen zijn voor chronisch zieken en zij vroeg hoe het zit met het eigen risico. Ik denk dat de verbeteringen in de risicoverevening evident zijn. Mensen die chronisch ziek zijn, worden veel beter gecompenseerd in het systeem. Dat leidt er zonder meer toe dat mensen die veel zorg gebruiken, aantrekkelijker worden voor verzekeraars. Verzekeraars kunnen dat eigen risico allang aanpassen, dat is geen nieuwe maatregel. Je ziet dat het wordt aangepast in die zin dat bij iemand die een preventief programma volgt, bijvoorbeeld om te stoppen met roken, het eigen risico niet wordt aangesproken.

Er zijn ook zorgverzekeraars die bepaalde zorgvormen uitsluiten van het eigen risico. Dat betekent niet dat je eigen risico weg is. Dat moet je betalen als je naar iets gaat wat er wel onder valt, maar bepaalde zorgvormen zijn eruit gehaald. Dat geldt ook als men naar een gecontracteerde aanbieder gaat. We gaan nu kijken of dat op gang komt. Ik heb nooit gedacht dat dit in een of twee jaar zomaar geregeld zal zijn. We zijn ook nog steeds bezig met de risicoverevening. Ook dit jaar lopen er weer behoorlijk zware onderzoeken om te kijken hoe je die kunt verbeteren. Ik acht de kans kleiner dat men zegt dat het eigen risico van een verzekerde in het algemeen € 285 in plaats van € 385 zal worden.

Er zijn wel polissen die helemaal geen eigen risico hebben, maar dat wordt dan verrekend in de premie. Ik vind dat ontzettend goed. Dat zijn over het algemeen polissen van gemeenten die zich richten op mensen in

de bijstand of met een heel laag inkomen. Zij willen dat eigen risico weghalen en dat wordt dan herverzekerd in een aanvullende verzekering. Er zijn twee grote groepen waarbij dat gebeurt, dat hebben wij laten uitzoeken. Dat zijn mensen met een laag inkomen in de gemeentepolissen en dat zijn seizoenswerkers die tegen de tijd dat het eigen risico geïnd wordt, alweer in het buitenland zijn, dus die worden ook herverzekerd. Dat gebeurt met een heel goede reden, namelijk om te voorkomen dat mensen in financiële problemen komen.

We zien nu al dat bepaalde vormen van zorg vaak worden uitgezonderd van het eigen risico. Ik denk dat je een systeem kunt krijgen waarin dat wordt uitgebreid naar mensen die zeker zijn dat zij die zorg gaan gebruiken. Dat zou ik heel positief vinden.

Er is ook gevraagd of ik bereid ben om de verzekerden meer tijd te geven om hun polis te wijzigen. De termijnen hiervoor zijn vastgelegd in de wet, dus dat zou ik niet kunnen, als ik dat al zou willen. Het is ook zo dat mensen de polisvoorwaarden nu al kunnen zien en op basis daarvan kunnen beslissen of zij bij een verzekering blijven of naar een andere gaan waarbij zij zeker zijn dat het ziekenhuis of de zorgverlener die zij willen, is gecontracteerd.

Het schema is als volgt: tot 31 december kun je opzeggen en tot 1 februari kun je een nieuwe polis kiezen. Die geldt dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari. Dat is in totaal tien weken. Hiermee ben ik aan het eind van dit blokje gekomen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb het voorbeeld genoemd van een verzekeraar die geen eigen risico heeft. Het gaat mij om de manier waarop geadverteerd wordt, namelijk: geen eigen risico, € 0 in plaats van € 380. Daarmee wordt de indruk gewekt dat het eigen risico niet betaald wordt, maar dat wordt verdisconteerd in de premie. Ik vind dat er op een misleidende manier reclame wordt gemaakt. Ik hoor hierop graag een reactie van de Minister.

Minister **Schippers**: Mensen zijn ontzettend gevoelig voor de premie. Dat is waar zij zorgverzekeraars op vergelijken. Er wordt gezegd: er is geen eigen risico, maar de premie is wel wat hoger. Dat zou ook gebeuren als ik zou doen wat de heer Van Gerven wil, namelijk het eigen risico afschaffen. Dan zou dat ook uit de premie betaald moeten worden. In de prijs van de polis zit altijd een gemiddelde premieberekening en die kun je heel goed vergelijken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het punt is dat deze verzekeraar niet adverteert met: geen eigen risico, maar je premie is wel wat hoger. Dat vind ik misleidend.

Minister **Schippers**: Ik heb zelf de advertentie niet gezien, dus dan is het lastig om erover te praten. De NZa ziet toe op misleidende advertenties. Goede informatievoorziening is een speerpunt voor dit jaar, dus als er sprake is van misleiding, komt dat zeker naar boven bij de NZa. In het algemeen kunnen er goede redenen zijn om het eigen risico te herverzekeren en door te berekenen in de premie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat de verzekeraar het zo kan regelen dat het eigen risico op een andere manier wordt verdisconteerd. In het besluit zorgverzekeringen staat een limitatieve lijst van zorgprogramma's waarbij dat eigen risico kan worden weggelaten. Ik heb ook gevraagd aan de Minister wat zij ervan vindt dat de verzekeraars op zorgsoort kunnen differentiëren. Dat kan bijvoorbeeld weer niet bij dementie- of diabetesprogramma's.

Minister **Schippers**: Dat staat in heel algemene termen omschreven, bijvoorbeeld een aangewezen aanbieder, dus daar kan ontzettend veel. Ik zie geen aanleiding om daar verandering in aan te brengen, want ik denk dat al zo'n beetje alles kan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Toch hoorde ik van verzekeraars dat dit niet zo is. Zij pleiten ervoor om die ruimte te vergroten, nu die chronisch zieken en gehandicapten ook in de risicoverevening zitten.

Minister **Schippers**: Dat vind ik heel interessant. Ik houd mij ervoor aanbevolen dat zij dat bij mij komen melden. Ik heb het nog niet van hen gehoord, hoewel ik hun regelmatig zie, net als alle andere partijen. Als daar belemmeringen zijn, wil ik daar zeker met een positief oog naar kijken.

Bij de evaluatie van de Zorgverzekeringswet hebben wij veel geleerd over de machtsverhoudingen. Daarbij hebben wij heel helder gezien hoe de machtsbalans in het zorgsysteem ligt. De evaluatie heeft duidelijk uitgewezen dat deze balans scheef is voor de kleine beroepsbeoefenaren, omdat de zorgverzekeraars konden afdwingen waar zij voor tekenen, want het enige alternatief was om niet te tekenen. We hebben ook gezien dat het bij de ziekenhuizen precies andersom is, vooral als er maar één ziekenhuis is. Ik heb het niet over een grote stad waar je er zes hebt om uit te kiezen, maar om plaatsen waar je één ziekenhuis hebt of een bepaald aanbod waar weinig alternatieven voor zijn. Het is ook logisch dat de machtsbalans daar de andere kant opgaat.

De NZa heeft op grond van artikel 48 Wmg de bevoegdheid om verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht. Er is bijvoorbeeld de verplichting om informatie te delen of afnemers gelijk te behandelen.

Mevrouw Voortman vroeg ook of er voldoende concurrentie is op de verzekeringsmarkt en of ik bereid ben om nieuwe aanbieders met raad en daad bij te staan. Wij hebben daar heel recent onderzoek naar laten doen, zoals ik aan de Kamer had toegezegd. Dat onderzoek heb ik ook aan de Kamer toegezonden. De conclusies van de NZa zijn dat de concentratie van de zorgverzekeringsmarkt licht daalt. De grootste vier concerns hebben in de afgelopen jaren structureel een beetje marktaandeel verloren. Ook zien we een kleine afname van de gewogen marktaandelen. Deze lichte, maar structurele deconcentratie van de zorgverzekeringsmarkt is een aanwijzing dat er concurrentie is en dat verzekerden echt iets te kiezen hebben.

De concentratie van de markt blijft wel relatief hoog. We vinden het daarom van belang dat er geen verdere concentratie plaatsvindt. In dat kader is het goed nieuws dat er nieuwe initiatieven zijn. Ik heb nooit onder stoelen of banken gestoken dat ik het jammer vind dat ANNO12 het niet gehaald heeft. Buurtzorg heeft nu plannen en dat vind ik heel goed. Ik heb de marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015 toegezonden. Daar staat dit allemaal in, dus ik hoef het niet allemaal voor te lezen. Als er een nieuwe toetreders is die ergens tegenaan loopt of vragen heeft, is hij altijd welkom bij ons of bij de NZa om te kijken wat er in de weg zit.

Het is overigens niet gemakkelijk en dat ligt met name aan Solvency II, die ten doel heeft om de consumenten maar ook de aanbieders te beschermen. Er wordt een hoge solvabiliteit gevraagd van de verzekeraar, want dan kan hij de aanbieder uitbetalen, ook als hij het slecht doet. Daar kun je weinig aan doen. Ik vind het zeker de moeite waard om er eens scherp naar te kijken of er dingen in de regelgeving zijn waar ik wel iets aan kan doen. Ik houd mij aanbevolen voor suggesties.

Er is ook gesproken over de machtsverhoudingen bij de contractering. Bij de huisartsen hebben wij goed gekeken hoe het gaat. Is het nodig om ieder jaar een nieuwe contracteringsronde te doen? Als de populatie niet erg snel wisselt en er geen gigantische veranderingen zijn, is het de vraag

waarom je dat ieder jaar moet doen. Wij hebben daar een heel traject gehad. Zoals ik heb geschreven ben ik ook bezig met andere beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, zoals de fysiotherapeuten en de psychotherapeuten. Ik heb al eerder aangegeven, ook in verband met de ggz, dat zij zeker van harte welkom zijn, als er behoefte aan is, omdat ik het belangrijk vind. De gesprekken met Het roer moet om! gingen niet alleen over de contractering, maar ook over bureaucratie en kwaliteit.

Er is ook gevraagd of we de geschillencommissie open kunnen stellen voor verzekeraars om de impasse te doorbreken. De beoogde geschillencommissie dient het belang van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, dus die staat ook open voor een zorgverzekeraar die van mening is dat hij wordt benadeeld of onheus wordt bejegend. Het streven is dat de beoogde geschillencommissie voor 1 april 2016 functioneert. Op 8 september vond op initiatief van VWS een expertmeeting plaats over de maatregel onafhankelijke geschillencommissie, waarbij diverse betrokkenen waren vertegenwoordigd, zoals de NZa, Zorgverzekeraars Nederland, de LVVP, de LHV, InEen, MVZ, FMS, ActiZ, VNG en de zorgverzekeraars DSW en VGZ. Deze expertmeeting resulteerde in een voorlopige inhoudelijke inventarisatie van voorwaarden en aandachtspunten waaraan de beoogde geschillencommissie zou moeten voldoen. Alle deelnemers ondersteunen het initiatief tot een onafhankelijke geschillencommissie, die ook voorziet in een goede afhandeling van geschillen in de precontractuele fase. Op dit moment wordt onder regie van Zorgverzekeraars Nederland samen met de brancheorganisaties van de aanbieders verder invulling gegeven aan de totstandkoming van zo'n geschillencommissie, die dus uiterlijk 1 april 2016 moet gaan functioneren ten behoeve van het inkoopproces 2017.

Er is ook gevraagd wie er voor de verzekerden opkomt. De NZa houdt toezicht op een eerlijk speelveld, waarbij de verzekerde goed wordt geïnformeerd. Zij houdt er toezicht op dat er geen misleidende informatie wordt verstrekt door de ene of de andere partij. Daarnaast zijn er ook belangenbehartigers zoals de Consumentenbond en de NPCF, maar de NZa behartigt het belang van de verzekerden.

Er is ook gevraagd of ik de ACM wil vragen in te grijpen omdat er informatie lijkt te worden uitgewisseld door ziekenhuizen. Het is niet de bedoeling dat via de app concurrentiegevoelige informatie wordt uitgewisseld, bijvoorbeeld over de prijs waarover individuele ziekenhuizen met zorgverzekeraars onderhandelen. De ACM moet er op grond van de Mededingingswet op toezien dat de concurrentie niet wordt beperkt. De ACM houdt partijen tijdens het contracteringsproces extra scherp in de gaten. De ACM is op de hoogte van de app en zal ingrijpen indien daartoe aanleiding is. In het belang van het onderzoek doet de ACM nooit uitspraken over al dan niet lopende zaken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt dat onder regie van Zorgverzekeraars Nederland wordt gekeken hoe het moet gaan met die geschillencommissie en de aanbieders in de precontractuele fase, maar het hele eieren eten is dat het niet alleen moet gaan om de precontractuele fase maar ook om de contractuele fase en niet alleen om de Zorgverzekeringswet, maar ook om de Wet langdurige zorg. Mijn vraag was wat de Minister op dit gebied vindt en wil.

Minister **Schippers**: De commissie ziet zowel op de precontractuele als de contractuele fase. Het kan best zijn dat zij later wordt uitgebreid, maar we beginnen met de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat vind ik een erg helder antwoord van de Minister. Het gaat om de precontractuele en de contractuele fase en er wordt op een later moment gekeken of de commissie ook betrekking kan hebben op de Wlz. Is het mogelijk om in het voorjaar van 2016 een brief te

krijgen over hoe het ervoor staat, zodat wij de vinger aan de pols kunnen houden?

Minister **Schippers**: De geschillencommissie moet uiterlijk 1 april functioneren, dus ik kan na 1 april een brief sturen over de stand van zaken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat erom dat de Kamer geïnformeerd wordt als er knelpunten ontstaan. Ik dacht dat het per 1 september was, maar de Minister heeft gelijk dat het 1 april is. Dan lijkt het me handig om iets eerder informatie te krijgen over de stand van zaken en wat er precies is besloten. Misschien kan dat in de februaribrief.

Minister **Schippers**: Het is klaar of het is niet klaar. Als er knelpunten zijn, moeten die natuurlijk worden opgelost. De bedoeling is dat de commissie per 1 april 2016 wordt ingesteld, want zij moet voor het inkoopproces 2017 functioneren. Ik kan dat ook wel eerder doen, bijvoorbeeld in de februaribrief, maar dan mis je die laatste maand. Als je het net daarna doet, heb je de informatie compleet. Dat lijkt mij handiger.

De **voorzitter**: Interrupties gaan in tweeën. Volgens mij gaat u nu aan uw vierde termijn beginnen. Een heel korte reactie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister vraagt wanneer het het handigste is om de brief te krijgen. Het lijkt me in ieder geval handig om de brief voor 1 april te hebben, zodat duidelijk is waar we aan beginnen. Laat ik dat even als punt neerzetten. Dan laat ik het aan de Minister over wat in maart het goede moment is.

Minister **Schippers**: Als die commissie op 1 april functioneert en ik vlak daarna een brief stuur, kan ik precies vertellen hoe het allemaal in elkaar zit. Als ik dat eerder doe, zijn er misschien nog punten waar partijen nog niet uit zijn of waarover zij in gesprek zijn. Dan is er nog geen helder beeld. Ik denk dat half april het handigste is, want dan kan ik een volledig beeld schetsen. Dan kan de Kamer zeggen of zij er nog iets op aan te merken heeft. In principe is het aan de partijen om die geschillencommissie in te zetten. Deze wordt niet opgezet onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland, maar zorgverzekeraars en -aanbieders doen dat samen.

Ik begon mijn eerste termijn met de opmerking dat er ontzettend veel ontwikkelingen zijn op het gebied van kwaliteit. Er is ook heel veel discussie geweest, bijvoorbeeld omdat verzekeraars zeiden dat je minimaal 50 of 100 keer een behandeling moest doen, omdat dat internationaal de norm is. Dan ontstonden er verschillen. Door de Kamer is aangegeven dat die verschillen voor ziekenhuizen ook heel lastig zijn, en dat is ook zo. De vraag is of als richtpunt moet worden genomen wat ingeschreven is bij het Kwaliteitsinstituut, zodat verzekeraars dat niet eenzijdig hoeven te doen.

Een tweede notie die ingang vindt, is of we niet veel meer gebruik moeten maken van de deskundigheid van de beroepsgroep zelf, door instrumenten als visitaties te gebruiken voor de bepaling van kwaliteit. Dat zouden we door de beroepsgroep zelf kunnen laten doen in plaats van door de verzekeraars. Dat wil niet zeggen dat de verzekeraars nu niet inkopen op kwaliteit, maar ik denk dat het een heel positieve ontwikkeling is als er systemen worden gebouwd die net iets anders in elkaar zitten en veel meer van kwaliteit uitgaan. Ik zie dat er met individuele ziekenhuizen langzaam maar zeker echt wel nieuwe concepten worden ontwikkeld. Er is ook gevraagd of ik het medisch noodzakelijke pakket wil verkleinen. De opgave in het regeerakkoord om het pakket met 1,5 miljard te verkleinen is uiteindelijk teruggebracht tot in totaal 300 miljoen, zoals de

heer Van Gerven terecht opmerkte, te weten 75 miljoen volgend jaar en 225 miljoen in 2017. Onze inzet is om dat niet op de ouderwetse manier te doen, met een lijstje waarbij we zeggen dat we de rollator al of niet in het pakket houden. We zullen dat doen via stringent pakketbeheer. Dat betekent dat je strakker definieert wat het indicatiegebied is voor een bepaalde behandeling, dat de richtlijnen strakker worden gevolgd en dat iets wat niet voldoet aan de richtlijnen, obsoleet is of waarvoor een beter alternatief bestaat, eruit wordt gehaald. De opgave om het veel meer kwalitatief te initiëren staat nog. We zijn hier al een tijd mee bezig. Er is een forse investering geweest zodat de mensen van het Zorginstituut Nederland het hele pakket door konden vlooien op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Alle rapporten die daarover zijn opgeleverd, zijn bedoeld ter onderbouwing van de pakketmaatregelen die wij zullen moeten nemen. Voor de zomer kom ik hierop terug.

Er is ook gevraagd of het Kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht gaat gebruiken. Het Kwaliteitsinstituut heeft dat al een keer gedaan bij de spoedeisende hulp. Er is nu een heel traject om transparantie en inzichtelijkheid voor elkaar te krijgen. De aanlevering van procesindicatoren verliep niet goed. Er was een hoop fuss, mist of onenigheid. We hebben daarover op 9 oktober overleg gevoerd, waarbij werd gevraagd om regie. Ik heb daarop aangeboden om de regie te nemen en een voorstel gedaan voor een governancestructuur. In die structuur heeft het Kwaliteitsinstituut de regie, want daarvoor hebben we dat instituut ook opgericht. Vanochtend is dit besproken in het bestuurlijk overleg over medisch-specialistische zorg. Het merendeel van de partijen is positief. Er is afgesproken dat ik op korte termijn een besluit neem, in overleg met het Kwaliteitsinstituut.

Er zijn ook vragen gesteld over geldverspilling aan reclame-uitingen, cadeautjes et cetera. Alle zorgverzekeringsbedrijven bij elkaar hebben in 2014 39,7 miljoen uitgegeven aan reclame, advertenties en mailings. Aan acquisitie en kosten van verkoop aan derden zoals tussenpersonen en intermediairs werd 196 miljoen besteed. Als je al deze bedragen voor reclame en acquisitie bij elkaar optelt, is dat € 18 per premiebetalende verzekerde. Dat is niet alleen reclame, en dat vind ik heel belangrijk. Ik ben zelf ook een paar keer bij verzekeraars langs geweest. Uit dit budget worden ook de telefoonteams betaald die vragen beantwoorden zoals de vraag van iemand die op de wachtlijst staat of er elders wel plek is, of van iemand die de ziekte van Lyme heeft naar welk ziekenhuis hij het beste kan gaan, dus het is ook voor informatievoorziening aan de zorgverzekerden.

De verzekeraars hebben in het actieplan Kern-gezond gesteld dat de reclamekosten niet zullen stijgen. De NZa zal in de marktscan 2016 rapporteren of zij deze belofte hebben waargemaakt. In de marktscan beschrijft de NZa dat sommige bemiddelende websites cadeaus aanbieden. De NZa is van oordeel dat met cadeaus gestuurd kan worden op specifieke doelgroepen. Daarom vindt de NZa financiële kortingen beter dan cadeaus, want die zijn voor iedereen hetzelfde. Dan wordt er niet op doelgroepen gestuurd en risicoselectie voorkomen. De NZa zal premiekortingen tijdens de overstapperiode in het najaar van 2015 verder onderzoeken. Wij monitoren dus de activiteiten van de zorgverzekeraars. Er wordt al jaren gepraat over het macrobeheersinstrument (MBI). Er is bijna Kamerbreed een motie aangenomen om te werken aan een gedifferentieerd MBI. In het debat over die motie is ervoor gepleit om dat te ontwikkelen, dus daar ben ik mee bezig. Het is wel heel complex. De Kamer heeft bij grote meerderheid – volgens mij bijna iedereen – gezegd dat je bij een gedifferentieerd MBI onderscheid moet maken tussen zorgaanbieders die al of niet een productieprikkels hanteren, waarbij sommigen maar zo veel mogelijk doen en die ontzettend veel overschrijden. Dat vind ik een mooi model om na te streven, maar het is wel heel complex. Om die reden heb ik dat losgekoppeld van het

wetsvoorstel over de NZa, want daar wil ik wel mee door. Ik ben nog aan het bekijken of het mogelijk is om dat goed in elkaar te zetten. Ik wil dat heel deugdelijk doen, zodat het klopt en er geen hiaten in zitten. Als dat niet mogelijk is, doe ik het natuurlijk niet.

Hoe zorgen we ervoor dat de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen beter wordt? Hoe kunnen we hun welzijn in de richtlijnen voor ouderengeneeskunde betrekken? Wij proberen de wet- en regelgeving zo veel mogelijk aan te passen, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven. Als mensen thuis blijven, moet je er ook voor zorgen dat het welzijn daar in orde is. De wijkverpleegkundige heeft net als de huisarts een belangrijke rol gekregen bij de zorg voor ouderen die langer thuis wonen, niet alleen bij het verlenen van de zorg, maar ook bij het signaleren als het even niet goed gaat, als het noodzakelijk is om de zorg op te schalen of als een tijdelijke opname in een eerstelijnsverblijf nodig is. Er is nog een subsidieregeling voor eerstelijnsverblijf onder de Wlz. Het is de bedoeling dat deze vanaf 2017 wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, zodat verzekeraars de zorg thuis en het verblijf in samenhang kunnen inkopen.

Het thema kwetsbare ouderen wordt bij de uitwerking van het bestuurlijk akkoord samen opgepakt. Er zijn veel acties in gang gezet. In het Nationaal Programma Ouderenzorg sinds 2008 zijn ontzettend veel nieuwe interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht om belangrijke, door ouderen gewenste verbeteringen in de zorg voor en bij de ondersteuning van kwetsbare ouderen te realiseren. Die worden de komende jaren geïmplementeerd. Om de overdracht van gegevens tussen huisartsen en ziekenhuizen te verbeteren wordt de herziening van de NHG-richtlijn opgepakt die de overdracht van gegevens van de eerste naar de tweede lijn en weer terug beschrijft. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie heeft het initiatief genomen om samen met andere wetenschappelijke verenigingen, het NHG en Verenso te komen tot een zorgpad voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten. Dat sluit aan bij wat hierover al eerder is geschreven, dus dat punt is duidelijk opgepakt. In juni heeft de Vereniging van Klinische Geriatrie de eerste NVKG-wetenschapsagenda vastgesteld om de wetenschappelijke basis van de klinische geriatrie en interne ouderengeneeskunde te versterken. Een belangrijk onderdeel van de verantwoordelijkheid die partijen hebben gekregen, is om problemen te signaleren en met elkaar te bespreken.

Ik ben het met de heer Rutte eens dat samenwerking nodig is om te komen tot een integraal aanbod van de juiste zorg en ondersteuning. Soms kun je technisch gezien wel denken dat het handig of noodzakelijk is om een heup te vervangen, maar is dat in de sociale context of in de context van een individu niet een voor de hand liggende oplossing. Er worden in de praktijk veelvuldig verbindingen gelegd om de zorg en ondersteuning voor oudere patiënten goed in te richten, maar ik ben het eens met mevrouw Dijkstra en de heer Rutte dat er ook nog een weg te gaan is, dat je elkaar moet weten te vinden en dat je ervoor moet zorgen dat de zorg voor comorbide oudere patiënten gewoon goed is. Er zijn allerlei activiteiten op lokaal en regionaal niveau om deze te verbeteren. Ik heb een praktijkteam aangekondigd dat zich specifiek gaat richten op problemen die wij in de praktijk tegenkomen bij mensen die fragiel of kwetsbaar zijn, maar prima thuis kunnen wonen. Als er dan iets gebeurt, zoals een valpartij, komt die oudere in het ziekenhuis. Dan kunnen de medisch specialisten niets meer voor hem betekenen, maar hij kan niet direct terug naar huis. Door de wijzigingen die wij hebben doorgevoerd in de langdurige zorg, maar ook anderszins, zie je dat we elkaar niet meer goed weten te vinden. Er zijn wel oplossingen. In andere gebieden kan dat soms heel goed lopen. Daarbij willen wij ondersteuning bieden. Dat praktijkteam wordt bemenst door VWS'ers. Als iemand dat probleem ook heeft en daar allerlei barrières ziet, waar hij zelf niet doorheen komt, kan

hij zich melden bij ons ministerie. Dan gaan wij praktisch aan de slag, door dingen aan elkaar te knopen om die zaken op te lossen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Waar kunnen mensen dan heen mailen of bellen?

Minister **Schippers**: Die praktijkteams worden nu opgezet. Samen met het veld zijn we bezig om de knelpunten in kaart te brengen bij de doorstroming van de patiënten in de keten. Die inventarisatie loopt tot begin 2016. Vanaf januari kan men zich bij het algemene nummer van VWS melden en dan zullen wij ervoor zorgen dat het goed komt. Dat heb ik ook gezegd bij de oprichting van het praktijkteam.

Ik ben een groot voorstander van inzicht in de kosten. Daar is het beleid ook op gericht. De inzichtelijke nota is geïntroduceerd. Er is een procedure opgezet voor als er vragen of klachten zijn over een nota. Om het inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling te vergroten heeft de NZa recentelijk de regels voor informatievoorziening van de verzekeraar aan de verzekerden aangescherpt. Kort gezegd moet een verzekeraar alle informatie die hij kan geven over de prijs van een behandeling geven, als een verzekerde daarnaar vraagt. Deze scherpere regels zijn per 1 november in werking getreden. Hij moet altijd die gegevens kunnen geven, maar soms weet je niet wat iemand mankeert. Dan weet je natuurlijk ook niet wat het kost. Heel veel mensen komen een ziekenhuis binnen, maar hebben nog geen diagnose of gaan van de ene naar de andere specialist. Dan ligt het wat complexer, maar er zijn vanaf 1 november scherpere regels in werking getreden voor als het kan, omdat evident is wat iemand heeft. Die regels komen bovenop de reeds geldende regels voor zorgaanbieders, die op grond van artikel 38 van de Wmg verplicht zijn hun patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over het tarief dat voor een prestatie in rekening wordt gebracht.

Zorgaanbieders zijn verplicht voorafgaand aan de behandeling voorlichting te geven aan de consument over de tarieven wanneer die rechtstreeks bij hem worden verrekend of wanneer hij erom vraagt, dus ook zorgaanbieders zijn verplicht helderheid te geven. Daarnaast zijn zorgaanbieders verplicht om openheid te geven over de passantentarieven, de tarieven voor onverzekerden of voor buitenlandse patiënten. Ik vind dat het bij goede dienstverlening van verzekeraars en zorgaanbieders hoort om maximaal transparant te zijn over wat iets kost. De regels zijn aangescherpt. Ik zal de komende tijd goed in de gaten houden in hoeverre partijen hun verantwoordelijkheid in dezen oppakken en of de regels van de NZa voldoende bewerkstelligen.

Er is ook nog gevraagd naar de stand van zaken bij de aanpak van risicoselectie. In de brief van 30 juni is ingegaan op de scan van de verzekeringsmarkt. Van risicoselectie is sprake als verzekeraars bewust actie ondernemen om goede risico's aan te trekken dan wel vast te houden en slechtere risico's te weren dan wel kwijt te raken. De kern van het verzekeringsstelsel is dat verzekeraars een acceptatieplicht hebben en hun premie niet mogen differentiëren naar leeftijd of gezondheidssituatie. Er zijn op twee niveaus acties ondernomen, te weten een forse aanpassing van de risicovereveningssysteematiek en gericht onderzoek naar risicoselectie op grond waarvan maatregelen worden genomen. Welke maatregelen waren dat? De transparantie van de vergelijkingssites is verbeterd. Verzekeraars hebben afgesproken terughoudend te zijn met cadeaus en welkomstgeschenken. Er worden geen integrale pakketten aangeboden, met de basisverzekering en de aanvullende verzekering in één pakket, als een soort koppelverkoop. Volmachten hebben geen prikkels om risico's te selecteren. Het vrijwillig eigen risico wordt niet herverzekerd. Dat is ook een heel belangrijke maatregel. De NZa heeft aangegeven dat zij hier strikt toezicht op houdt en dat zij ook nader onderzoek doet naar de vraag of er groepen verzekerden zijn die

voorspelbaar winstgevend zijn en dus aanleiding kunnen zijn voor risicoselectie via de genoemde kanalen. Het eindrapport verschijnt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2016.

Uit het onderzoek van de NZa van vorig jaar bleek dat sommige verzekeraars selectie toepassen voor de basisverzekering door drempels op te werpen voor de inschrijving als de consument niet tot de doelgroep behoort. Een voorbeeld is dat bij een polis consumenten die niet tot de doelgroep behoren, met de verzekeraar moeten bellen of zich alleen schriftelijk kunnen aanmelden, terwijl de doelgroep zich via de website kan inschrijven. Om sturing van verzekerden door verschillende inschrijvingseisen tegen te gaan heeft de NZa de volgende bepaling opgenomen in de regeling over informatieverstrekking van de zorgverzekeraar aan verzekerden: de zorgverzekeraar is voor een door hem aangeboden modelovereenkomst verplicht om alle verzekeringsplichtigen op dezelfde wijze de mogelijkheid te bieden tot inschrijving.

In het actieplan Kern-gezond hebben verzekeraars aangekondigd een drietal maatregelen te nemen om verschillen in inschrijvingseisen tegen te gaan:

- de aspirant-verzekerden krijgen op de website op een toegankelijke wijze de premies van de basisverzekering getoond, zonder dat zij eerst hun kenmerken hoeven in te vullen;
- zorgverzekeraars werpen bij de aanmelding van nieuwe verzekerden geen drempels op voor specifieke doelgroepen; per polis is iedere vorm van inschrijving voor iedereen toegankelijk, met uitzondering van de collectiviteiten;
- zorgverzekeraars geven prominent op hun eigen website aan dat iedereen voor elke polis wordt geaccepteerd voor de basisverzekering.

De **voorzitter**: Er zijn nog een aantal vragen. Ik verzoek u om de interrupties kort te houden, gezien de klok.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Er mag natuurlijk worden gekeken naar stringent pakketbeheer, maar is de Minister het met de SP eens dat zorg die medisch noodzakelijk is, in het pakket behoort te blijven? We hebben gezien dat fysiotherapie voor een groot gedeelte uit het pakket is gegaan. Dat is een groot probleem voor chronisch zieken. De prijzen van de aanvullende verzekering schieten de pan uit en daarbij is risicoselectie mogelijk. Is de Minister bereid om toe te zeggen dat zorg die medisch noodzakelijk is, niet uit het pakket gaat?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Allereerst is het evident dat ik me aan het regeerakkoord moet houden. Dat heb ik ondertekend, samen met de coalitiepartijen. Daar stond in dat er 1,5 miljard uit het pakket moest. Dat is teruggebracht naar 300 miljoen. Daar ben ik zelf erg blij mee. Die 300 miljoen wil ik invullen via stringent pakketbeheer. Ik werk eraan om te kijken of het een echte indicatie is of dat een bepaalde behandeling in de loop der jaren steeds breder geïndiceerd werd. Ik probeer op grond van kwaliteitscriteria deze pakketten te verkleinen met 300 miljoen. Dat is mijn inzet. Daar ga ik mijn best voor doen. Het Zorginstituut Nederland is daarvoor uitgebreid. Dat heeft al een aardige hoeveelheid rapporten uitgebracht. Die rapporten zullen de onderbouwing vormen voor wat ik uit het pakket wil halen. Ik hoop dat ik het op deze manier ga redden, maar ik doe geen toezegging, omdat ik weet waar het regeerakkoord voor staat.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat het toch ontzettend belangrijk is om het pakket wel in stand te houden. We kunnen constateren dat een groot probleem is dat chronisch zieken veel meer zijn gaan betalen ten opzichte van 2006. Juist voor deze groep is het cruciaal dat het pakket niet wordt uitgekleeft. De Minister zegt dat zij een taakstelling heeft van 300 miljoen. Dat kan best, maar de zorgsector heeft ontzettend veel

ingeleverd. Bij het geneesmiddelen dossier gaat het om een bedrag van 1 miljard, geloof ik. Als je dat in ogenschouw neemt, kan de Minister best toezeggen: als de zorg medisch noodzakelijk is, hoort deze in het pakket, maar het moet wel nuttig besteed worden.

Minister **Schippers**: De heer Van Gerven weet ook dat het zo niet werkt. Als je een regeerakkoord hebt, heb je een regeerakkoord. Dan kan ik hier best wel dingen gaan toezeggen, maar dat heeft geen enkele waarde. Ik ben al jaren aan het werk om af te gaan van de manier waarop we het pakket behandelden. Ik investeer in capaciteit om op grond van kwaliteit en doelmatigheid dingen uit het pakket te halen. Het Zorginstituut heeft al behoorlijk wat opgeleverd, dus ik denk dat we een heel eind komen. Dat is voor mij een inspanningsverplichting.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb nog een vraag over het plan van de Minister om het macrobeheersinstrument in te zetten voor zorgaanbieders die geen contract hebben. De Minister zei dat de motie hierover breed is aangenomen. Het idee van die motie is dat het macrobeheersinstrument nu oneerlijk werkt bij overschrijdingen. De mensen die het goed doen, worden er financieel voor gestraft als anderen het in die sector niet goed doen. Die oneerlijkheid blijft natuurlijk als de Minister zegt: als de hele sector het slecht doet en een overschrijding laat zien, ga ik het bij enkelen terughalen, namelijk bij degenen die geen contract hebben. Dat kan toch niet de bedoeling zijn?

Minister **Schippers**: Nee, dat is niet de bedoeling en dat is ook niet waar ik naar kijk. Je kunt niet zeggen dat je een overschrijding bij de niet-gecontracteerden weg gaat halen. Het aantal niet-gecontracteerden is zo omvangrijk dat ik dan alle niet-gecontracteerden onderuit zou trekken. Daar werk ik niet aan.

Mevrouw **Klever** (PVV): Even voor de duidelijkheid: de Minister is uitdrukkelijk niet van plan om overschrijdingen terug te halen bij mensen die geen contract hebben met een zorgverzekeraar? Dat is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling?

Minister **Schippers**: Jawel, maar ook bij gecontracteerden. Overschrijdingen haal je terug op grond van het MBI. Nu halen we deze bij iedereen hetzelfde terug. Er zijn discussies gevoerd over de vraag of je dat zou moeten differentiëren. Ik kijk wel naar die differentiatie, maar het zal nooit zo worden dat we een groep uitzonderen en bij een andere groep alles terughalen. Dat is niet mogelijk. Het moet wel proportioneel zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De Minister zei dat er meer informatie openbaar wordt voor patiënten, maar mijn vraag was of de tarieven die tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn afgesproken, ook actief openbaar worden gemaakt.

Minister **Schippers**: Ik kijk daarnaar. Er is net een rechtszaak over geweest, zoals u weet. Die is gewonnen door de NZa. Er zijn theorieën dat het prijsopdrijvend werkt, maar dat geloof ik ook niet helemaal. Ik ben blij met die aangescherpte regel van de NZa, maar ik wil nog nader bekijken hoe we die stap moeten maken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat vind ik interessant om te horen. Wanneer kan de Minister ons daarover meer informeren?

Minister **Schippers**: Ik zal de Kamer daar voor de zomer over informeren.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn. Ik zie dat er behoefte is aan een heel korte tweede termijn. We hebben tot 17.15 uur gepland staan en om 17.30 uur is het volgende debat, waarbij enkele woordvoerders en uw voorzitter aanwezig moeten zijn, dus ik ga even in de versnelling. Ik begin even bij mevrouw Bruins Slot, want zij moet de vergadering om 17.10 uur verlaten. Maximaal een minuutje.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Hartelijk dank voor de souplesse. Er wordt natuurlijk meegeluisterd. Ik dank de Minister voor diverse antwoorden. Ik vond haar antwoord over de verbetering van de risico-verevening en de koppeling aan het eigen risico nog niet helemaal duidelijk. De risicoverevening zijn we aan het verbeteren. De Minister zegt dat zorgverzekeraars pas over twee of drie jaar werk gaan maken van een verlaagd eigen risico voor groepen verzekerden. Kan de Minister aangeven wat zij verwacht en hoe hard haar verwachtingen zijn op dit gebied?

De Minister had een uitgebreid betoog over het voorkomen van indirecte risicoselectie. Wat wil zij doen aan de koppeling die nu vaak wordt gemaakt met het onaantrekkelijk maken van de aanvullende zorgverzekering? Wil zij de polissen voor 2016 hierop onderzoeken?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Veel dank aan de Minister voor de vele toezeggingen die zij heeft gedaan op de vragen die ik heb gesteld. Ik wil op één punt opnieuw ingaan, namelijk de signalen dat er bij onderhandelings-, bedoeld of onbedoeld, overleg kan plaatsvinden tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Ik noemde de app van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het gaat mij niet specifiek om het feit dat die app er is of dat de NVZ actief mee zou werken aan overleg, maar om het feit dat er overleg plaatsvindt. Dat kan ook een onbedoeld effect zijn van zo'n app. Dat punt wil ik nog even maken, maar het is wel goed dat ernaar gekeken wordt. De signalen die ik hierover krijg uit het veld, vind ik zeer verontwaardig, want dit zou kunnen leiden tot hogere premies in de komende jaren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De Minister heeft over de budgetpolis gezegd dat mensen kunnen zien of een ziekenhuis gecontracteerd is. Het punt is dat je op het moment dat je kiest voor een verzekering, niet altijd weet welke zorg je nodig hebt. Dat kan ertoe leiden dat de zorgaanbieder van je keuze uiteindelijk toch duurder uitvalt. De Minister gaat het vrijwillig hoger eigen risico onderzoeken. Ik ben benieuwd op welke termijn zij ons daarover meer kan informeren. Zij gaat ook onderzoek doen naar het beperken van het aanbod per verzekeraar. Dat had zij in de zomer al aangekondigd. Waarom duurt dat zo lang? Op deze manier is het voor 2016 al te laat. Hoe zorgen wij ervoor dat het op tijd is afgerond voor 2017?

De **voorzitter**: Kunt u het laatste onderwerp nog even herhalen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De vraag is om het aanbod van polissen per verzekeraar te beperken. De Minister zei dat zij daar onderzoek naar ging doen, als ik het goed begrijp. Zij heeft in de zomer ook al aangegeven dat zij dat ging doen. Ik dank de Minister voor de toezegging dat zij bereid is om nieuwe toetreders te helpen als zij vragen hebben. Ik denk dat dit belangrijk is voor de keuzevrijheid. Verder wil ik graag een VAO aanvragen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. We komen er vandaag weer niet uit. De Minister zegt dat het goed gaat, want de premies voor de laagste inkomensgroepen zijn gedaald. Dan komt zij met een vergelijking tussen

2006 en 2016, maar de werkelijkheid is gewoon anders. Het aantal mensen met betalingsproblemen is in drie jaar tijd verdubbeld, zegt het Nibud. Het gaat om de aanspraken die mensen hebben in het pakket. Ik hoor nog graag een reactie van de Minister op de ontwikkeling bij de aanvullende verzekeringen. Daar is risicoselectie toegestaan. De tarieven voor fysiotherapie en tandzorg zijn nagenoeg verdubbeld in tien jaar tijd en de aanspraken zijn in veel gevallen verminderd. Dat leidt toch tot tweedeling? Dat is toch iets waar ook de Minister op tegen is, als ik het goed heb? Of vergis ik mij?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de Minister voor de antwoorden. Er zijn weer veel zaken de revue gepasseerd die we al eerder besproken hebben. Ik vind het goed om te horen dat veel punten waar we mee bezig zijn, worden gemonitord. Daarvan worden we in 2016 nader op de hoogte gesteld. Ik houd het hier dan ook bij. Ik houd het kort. Ik heb nog wel vragen over de uitwerking, maar die komen een andere keer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Er zijn zeker goede stappen gezet ten opzichte van vorig jaar, in de richting van kwaliteit en meer duidelijkheid over de zorgpolis en de zorgvergelijkingssites, maar het blijft een heel ingewikkeld speelveld, dus we zijn er nog niet. Ik dank de Minister voor haar toezeggingen. Ik heb nog twee vragen. Ten eerste heb ik een verduidelijkende vraag over aanmerkelijke marktmacht. Heb ik het goed begrepen dat de Minister gaat bekijken of er bij die contractering twee machtsblokken tegenover elkaar staan? Wie heeft de grootste aanmerkelijke marktmacht en hoe kunnen we van concurreren naar samenwerken gaan? De zorgverzekeraars zijn een grote partij, maar de ziekenhuizen zijn ook machtsblokken. Zij gaan eigenlijk alleen maar harder vechten in plaats van samen te werken voor de consument. Een ander punt is dat er ten opzichte van tien jaar geleden heel veel is veranderd in het zorgveld, als het gaat om de polissen, de keuze, de vergelijkingen en het al of niet contracteren, maar het lijkt erop dat de NZa achterblijft bij het versterken van de positie van de verzekeren. Wij zien ook dat er nog te veel onduidelijk is voor 1 januari. Wij wachten dat NZa-rapport af. Wil de Minister nog even ingaan op de vraag wat er gedaan wordt om de positie van de verzekeren te versterken? Zij zitten nu eigenlijk op de derde rang, terwijl wij een driehoek hebben van gelijkwaardigheid. Wij willen graag dat zij op de eerste rang zitten, naast die andere twee partijen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Dank voor de beantwoording van de vragen. Ik heb nog een paar vragen openstaan over de contractering. Wat kan de Minister toezeggen aan patiënten die nog geen zekerheid hebben over al dan niet gecontracteerde aanbieders? Wat gebeurt er als deze patiënten te maken krijgen met onverwachte kosten? De polischecker komt pas in 2016. Kan de Minister ook nog wat zorgen over de budgetpolis wegnemen? Heeft een patiënt met een budgetpolis de mogelijkheid om een zorgaanbieder die onder toezicht staat van de inspectie, te weigeren? Kan hij dan naar een andere zorgaanbieder gaan, zonder al te ver te hoeven reizen? Heeft een patiënt met een budgetpolis de mogelijkheid om een zorgaanbieder waar een infectie-uitbraak is, te weigeren? Kan hij dan ook naar een andere gaan, zonder al te ver te hoeven reizen?

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik hoop dat de Minister de beantwoording in tweede termijn in maximaal vijf minuten probeert te doen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er is gevraagd naar de invulling van de verwachtingen met betrekking tot de koppeling tussen risicoverevening

en eigen risico. Ik denk dat bij een verzekeraar die aantrekkelijk wil zijn voor zijn verzekerden en een goed zorgaanbod heeft gekocht, bijvoorbeeld voor diabeteszorg, een goede zorgafstemming ertoe leidt dat de zorg van betere kwaliteit is. Door een goede kwaliteit te leveren kan deze de premie laag houden in plaats van hoog. Dat is aantrekkelijk voor mensen. Mijn invulling is dat dit wel even tijd nodig heeft om het aanbod goed in te regelen, maar dat het over een aantal jaren langzaam maar zeker wel groter zal worden.

Er is een koppeling gemaakt met het onaantrekkelijk maken van aanvullende verzekeringen en de basispolis. Koppelverkoop is verboden. Er kan niet worden gezegd dat iemand alleen deze verzekering mag nemen als hij ook een aanvullende verzekering neemt, dus je zult deze los moeten koppelen. Het kan wel zijn dat men een korting geeft op een aanvullende verzekering voor het een of ander, maar het is niet aan ons om dat te bepalen.

Dan kom ik op de app voor overleg tussen ziekenhuizen en de NVP. Ik ken deze app niet. Ik kan niet beoordelen wat daar precies wordt uitgewisseld. Dat kan over de contractering gaan. Het is wel belangrijk dat de ACM dit soort signalen kent en dus ook kan onderzoeken. Wij weten dat zij die inmiddels kent, dus dan moet zij als toezichthouder zelf acteren.

Er is ook gevraagd hoe wij omgaan met een verzekerde die niet weet welke zorg volgend jaar nodig is. Er bestaat een zorgplicht. Welke polis je ook neemt, er zal altijd binnen een redelijke afstand en binnen een redelijke termijn zorg geboden moeten worden die voldoet aan de kwaliteitseisen die wij hebben gesteld.

Mijn streven is om het onderzoek naar het vrijwillig eigen risico na de zomer op te leveren, want dat moeten we nog aanbesteden.

Ik heb niet gezegd dat ik het aantal polissen per verzekerde wil beperken. Je ziet dat het totale aantal polissen voor komend jaar ongeveer 60 is, terwijl het voor dit jaar ongeveer 71 was. Ik heb gezegd dat ik de herverkoop via volmachten en collectiviteiten ga onderzoeken, want die heeft ertoe geleid dat er zo ontzettend veel polissen zijn. Er vindt al onderzoek plaats naar de collectiviteiten. Het resultaat daarvan komt in maart, zoals al eerder is afgesproken, en dan komt dit in de volgende ronde, dus voor de zomer.

Ik vind dat het in de gezondheidszorg over het algemeen heel goed gaat, maar het is maar hoe je ernaar kijkt. We weten de kosten in de hand te houden en we weten een omvangrijk en kwalitatief hoogstaand pakket aan te bieden aan verzekerden. Er komt maandelijks een substantiële hoeveelheid nieuwe innovatieve medicijnen en behandelingen in het pakket, dus het idee dat het pakket minder en minder wordt en dat mensen meer en meer in de aanvullende verzekering moeten doen, is feitelijk onjuist. Ik vind dat wij een breed pakket hebben en dat vind ik ook goed. Dat moeten wij ook zien te bewaren.

De NZa is de toezichthouder als het gaat om aanmerkelijke marktmacht bij contractering. Zij moet niet alleen vandaag, maar ook morgen en overmorgen toezicht houden. We zien dat de NZa deze zaken steeds serieuzer oppakt. Ik kan daar zelf geen toezicht op houden, want dat doet de NZa.

Als ik kijk naar de onderzoeken die de NZa in het afgelopen jaar heeft gedaan en de regels die zij heeft gesteld, dan is dat in het algemeen om de positie van verzekerden te versterken. De eisen aan informatie zijn aangescherpt. Er zijn inkoop Eisen gemaakt, zodat verzekeraars hun inkoopgegevens moeten doorgeven. Je ziet dat de NZa echt een pro-consumentenagenda heeft. Ik zal in een van de volgende brieven een opsomming geven, zodat meer inzichtelijk wordt wat de NZa allemaal aanscherpt voor die verzekerden. Ik vind dat belangrijk, want de positie van de verzekerden behoeft ook versterking.

Er is ook gevraagd wat ik doe voor patiënten die geen zekerheid hebben en die voor onverwachte kosten kunnen komen te staan, omdat zij niet

weten wat zij volgende week of volgend jaar voor ziekte zullen hebben. Patiënten die echt vinden dat zij overal naartoe moeten kunnen, zou ik aanbevelen om een restitutiepolis te nemen. Als je een budgetpolis neemt, geldt de zorgplicht van de zorgverzekeraar, die inhoudt dat je binnen een redelijke afstand en een redelijke termijn zorg moet krijgen van goede kwaliteit. Je hebt toegang tot academische ziekenhuizen of ziekenhuizen waar de complexe zorg is geconcentreerd. Alle medisch noodzakelijke zorg die volgens de Zorgverzekeringswet in de basispolis geleverd moet worden, wordt geleverd.

Als een zorgaanbieder onder toezicht staat, wil dat niet zeggen dat hij geen zorg meer mag verlenen, want dan zou hij dichtgaan. Tegen de tijd dat wij weten dat er een MRSA-bacterie is gesignaleerd, zijn alle maatregelen al genomen, opdat de overige patiënten daar veilig naartoe kunnen. Als een ziekenhuis niet veilig is of onder de kwaliteitsmaat zakt, grijpt de IGZ in.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister heeft gelijk dat de NZa stappen heeft gezet om de positie van de verzekerden te verbeteren, maar we zijn er nog niet. Ik vind het lastig dat er heel veel maatschappelijke onrust is over de polis. Zorgverzekeraars Nederland zegt dat de politiek er niet over gaat. De NZa doet niets. Als de Minister een brief stuurt over wat er is gedaan, zou ik ook graag willen dat zij erin zet hoe de NZa omgaat met deze situatie.

Minister **Schippers**: Dat kan ik nu al zeggen. De NZa doet op dit moment onderzoek en komt rond dit weekend, dus morgen, maandag of begin volgende week, met haar bevindingen en wat zij daarmee doet. Terwijl het overstapseizoen nog maar net bezig is, zit zij er al bovenop. Er worden verzekeraars gebeld en er wordt gecontroleerd of de informatie die zij geven juist is. Er worden aan alle kanten door mystery guests bezoeken afgelegd en telefoontjes gepleegd om te kijken of het goed gaat. Zij wacht dus niet tot de periode over is, om dan met een verslag te komen, maar zij komt al heel binnenkort met een verslag en informatie over wat zij daarmee doet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor deze nieuwe informatie. Dat wachten wij af. Dan kijken wij wat zij aanbeveelt ten gunste van de verzekerden.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de regering. Ik heb twee toezeggingen genoteerd. Er zijn ook wat andere dingen opgemerkt, maar dat zijn geen directe toezeggingen aan de Kamer.

- Er komt een stand-van-zakenbrief na 1 april 2016, als de geschillencommissie is aangetreden, over onder andere de precontractuele en de contractuele fase.
- Er komt voor de zomer een brief over de openbaarmaking van tarieven tussen verzekeraars en aanbieders.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er was ook nog een toezegging over de AFM.

De **voorzitter**: Deze zijn heel nadrukkelijk toegezegd en voor het overige verwijs ik korthedshalve naar het verslag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is heel belangrijk dat de toezeggingen er goed op staan. De Minister heeft nog een toezegging gedaan over de AFM en het eigen risico. Volgens mij is het wel belangrijk om die goed in het verslag te krijgen.

De **voorzitter**: Dat komt sowieso in het verslag, maar wij noteren alleen de toezeggingen waarbij een fysiek stuk aan de Kamer is toegezegd. Dit gaat in het reguliere proces mee. Wij hebben deze twee toezeggingen genoteerd. Verder verwijs ik naar het verslag, waarin het wordt opgenomen.

Mevrouw Voortman heeft een VAO aangekondigd. Wij hebben het even gecheckt, voordat zij de zaal verliet. Dat hoeft niet per se volgende week, dus wij zullen bij de plenaire griffie aangeven dat het VAO na het reces ingepland kan worden.

Ik dank de Minister voor haar inbreng. Datzelfde geldt voor de ambtelijke ondersteuning. Ik dank de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier gevolgd hebben, voor de belangstelling.

Sluiting 17.23 uur.