

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 988

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 mei 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 april 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 februari 2018 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke handicap of taalontwikkelingsstoornis (Kamerstuk 30 597, nr. 491);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2018 inzake overstapseizoen 2017–2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 895);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 juni 2018 inzake risicoverevening: transitie van doorontwikkelen naar onderhoud (Kamerstuk 29 689, nr. 918);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 juni 2018 inzake polisaanbod zorgverzekeringen (Kamerstuk 29 689, nr. 917);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 juni 2018 inzake reactie op het rapport van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) over toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 913);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 augustus 2018 inzake NIVEL-onderzoek naar eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 935);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 augustus 2018 inzake potentiële kandidatuur van langdurige fysiotherapie bij reumatoïde artritis en axiale spondyloarthritis (Kamerstuk 29 689, nr. 934);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 augustus 2018 inzake samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2017/2018 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 933);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake ACM-NZa-rapport «Beter kiezen op de polismarkt» (Kamerstuk 29 689, nr. 931);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake potentiële kandidaat Voorwaardelijke toelating (Kamerstuk 29 689, nr. 930);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake wanbetalersregeling (Kamerstuk 33 077, nr. 20);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 september 2018 inzake risicovereveningsmodel 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 937);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 november 2018 inzake stand van zaken betreffende uitvoering verschillende pakketmaatregelen per 1 januari 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 940);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 november 2018 inzake Monitor zorgverzekeringen 2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 939);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 22 november 2018, over patiëntenstops in de zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 956);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2018 inzake Verzekerdenmonitor 2018 (Kamerstuk 33 077, nr. 21)
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 januari 2019 inzake reactie op DNB-analyse van aanvullende verzekeringen (Kamerstuk 29 689, nr. 957);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 februari 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 22 januari 2019, over het bericht dat de zorg te duur is voor minima (Kamerstuk 29 689, nr. 960);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 maart 2019 inzake overstapseizoen 2018–2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 965);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 14 maart 2019 inzake NZa-rapport «Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden» (Kamerstuk 32 620, nr. 223).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Van Brenk
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Van Brenk, Geleijnse, Hijink, Ploumen, Raemakers, Arno Rutte en Smeulders,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 13.01 uur.

De voorzitter:

Dames en heren. Ik open deze vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Zorgverzekeringswet. Voordat ik begin, vraag ik aan de leden of zij ermee kunnen instemmen dat wij hier een gast aan tafel hebben die mevrouw Ellemet vervangt, maar niet officieel haar plaatsvervanger is. Ik neem aan dat de heer Smeulders welkom is.

Dan zitten aan tafel namens de Kamer: mevrouw Ploumen van de PvdA, mevrouw Van den Berg van het CDA, de heer Raemakers van D66, de heer Hijink van de SP, de heer Smeulders van GroenLinks, de heer Geleijnse van 50PLUS, de heer Rutte van de VVD en mevrouw Agema van de PVV. Verder is Minister Bruins aangeschoven.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Ploumen. We gebruiken in deze zaal het mooie spreekgestoelte.

Ten overvloede: twee interrupties in tweeën.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Allereerst dank aan collega Geleijnse, die hier het pad effent. Voor mij is de rode draad dat alle mensen in Nederland er zeker van moeten zijn dat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben en dat die zorg toegankelijk en beschikbaar is. Ik wil mij in dit algemeen overleg op twee onderwerpen concentreren, ten eerste het onderwerp medische noodzaak en ten tweede het onderwerp wie nu de regie heeft in de zorg. We hebben recent een aantal voorbeelden gezien van zorg die de desbetreffende mensen noodzakelijk vinden en die ook medici noodzakelijk vinden maar die niet vergoed wordt, omdat die zorg volgens de Minister niet valt onder medische noodzaak en daarom niet past binnen de kaders van de wet. Dat roept bij mij en mijn fractie veel vragen op, want wij vinden dit een arbitrair begrip: wie bepaalt nu eigenlijk wat «medische noodzaak» is? Een arts, de verzekeraar of de Minister? Waar in de wet staat eigenlijk wat «medisch noodzakelijk» moet zijn en wat zijn dan de criteria daarvoor? Ik zie alleen maar artikel 14, lid 1, waarin staat dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

Ik zet daar vijf voorbeelden tegenover die naar mijn mening kwalificeren, omdat er voldoende zorginhoudelijke criteria zijn om ze te vergoeden. Ik krijg graag een reactie van de Minister op die vijf voorbeelden. Eén: het niet meteen plaatsen van een spiraaltje wanneer een abortus is verricht in een abortuskliniek, wordt niet vergoed. Twee: poliklinische bevalling zonder medische indicatie voor vrouwen wordt niet vergoed, tenzij ze dat via een ruggenprik doen. Drie: hersteloperaties na vrouwelijke genitale verminking worden niet vergoed, terwijl die natuurlijk zeer kunnen bijdragen aan het welzijn en het welbevinden van mensen. Vier: kunstmatige inseminatie bij lesbische ouders of alleengaande vrouwen. Alleen het hebben van een mannelijke partner kan toch niet de medische noodzaak bepalen? Vijf: het wegnemen van borstimplantaten.

Bij dat laatste wil ik iets langer stilstaan. De Minister heeft net als wij alle recente berichten gelezen en heeft ook actie ondernomen. Dank daarvoor,

Minister, maar dat roept natuurlijk wel een vraag op: als die borstimplantaten in zo veel gevallen – bij tot 25% van de vrouwen – scheuringen vertonen en lekkages hebben, als bij een toenemend aantal vrouwen medische problemen worden veroorzaakt en als er zelfs een ernstige vorm van leukemie wordt veroorzaakt, dan vraag ik aan de Minister wat daar allemaal niet medisch noodzakelijk aan is. Zou hij, zoals ik hem ook al eerder heb gevraagd, de vergoeding voor vrouwen die hun borstimplantaten willen verwijderen omdat ze klachten hebben, anders dan de al bestaande vijf criteria, willen heroverwegen?

Voorzitter. Dan een tweede vraag op dit onderwerp. De Minister zegt dat de Zorgverzekeringswet veranderd zou moeten worden als we dat begrip «medische noodzaak» zouden willen aanpassen. Mijn vraag is of dat dan via een AMvB moet. Of kan de Minister gewoon een ministeriële regeling in het leven roepen? Want het is best gebruikelijk om dat te doen. Wat houdt hem nu dus eigenlijk tegen om mede op grond van deze vijf door mij genoemde voorbeelden, die zo veel mensen raken, dat begrip «medische noodzaak» eens en voor al goed te definiëren op een manier die recht doet aan de zorgvraag van mensen?

Voorzitter. Mijn tweede onderwerp is wie nou eigenlijk de regie in de zorg heeft.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen, u heeft een interruptie van de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dit is een gloedvol betoog van mevrouw Ploumen. Ik snap dat ook, want de casussen die zij schetst, zijn ingewikkeld. Dat ben ik volstrekt met haar eens, maar als zij de manier waarop het nu gaat, arbitrair en niet duidelijk vindt, wat zou zij dan wel een helder criterium vinden om te kunnen definiëren of iets een medische noodzaak heeft? Dan hoor ik wel graag een criterium waarbij we met elkaar een gevoel kunnen krijgen, dat niet subjectief wordt en dat niet afhangt van de vraag of een patiënt of een arts zegt dat hij iets medisch noodzakelijk vindt, want dan kunnen we alles gaan behandelen en dan eindigen we niet op de juiste plek.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik heb daar wel een aantal criteria voor. Ik zeg meteen tegen de heer Rutte dat die criteria niet limitatief zijn. Ik hoop ook dat de Minister daar nog preciezer op ingaat. Ik noem bijvoorbeeld het plaatsen van een spiraaltje in de abortuskliniek. Dat wordt dus niet vergoed in de abortuskliniek, terwijl het plaatsen van een spiraaltje bij de huisarts op zich wel vergoed wordt. Dat is natuurlijk niet efficiënt, want zowel bij de huisarts als in de abortuskliniek volgt een gesprek met de betreffende vrouw. In dat kader zou efficiency van de zorg dus een criterium kunnen zijn. Bij het voorbeeld van hersteloperaties na genitale verminking wordt wellicht geen volledig cosmetisch herstel bewerkstelligd, maar dat is ook niet wat beoogd wordt. Het gaat om het welzijn van de patiënten en het verdwijnen van een deel van de klachten. Het welzijn van de patiënten wordt vergroot en het zelfvertrouwen wordt verbeterd, maar ook een deel van de klachten kan verdwijnen. Dat lijkt mij een medische noodzaak. Wat borstimplantaten en andere implantaten betreft: als je een borstimplantaat krijgt, staat in de bijsluiter die je moet ondertekenen dat tot 25% van de vrouwen last kan krijgen van implantaten die zweten, lekken en scheuren. We weten volgens mij nu allemaal dat dat zweten, lekken en scheuren medische gevolgen kan hebben voor de gezondheid van vrouwen, bijvoorbeeld gewrichtsklachten. Er is een hele lange lijst gerapporteerd. Daarbij zouden dan weer het welbevinden en de zorg voor de gezondheid van mensen een rol kunnen spelen, temeer daar die implantaten, voor een deel ook op medisch advies, natuurlijk geplaatst worden door artsen die beweren dat ze veilig zijn. Dan heb ik eigenlijk al drie criteria die volgens mij

behulpzaam kunnen zijn. Ik ben het met de heer Rutte eens – dan rond ik af, maar ik wilde hem netjes en uitgebreid beantwoorden – dat er criteria moeten zijn, maar nu is onduidelijk wie ze bepaalt en ze voorzien mensen in een aantal gevallen gewoon niet van de zorg die nodig is. Voorzitter, mijn volgende antwoord wordt heel kort. Sorry.

De voorzitter:

Dat is echt wel nodig, ja.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik besef ook dat ik een ingewikkelde vraag heb gesteld, maar ik vond die vraag wel belangrijk, want anders gaan we eraan voorbij dat dit inderdaad complex is. Je ontkomt er niet aan dat je ergens criteria moet hanteren. Bijvoorbeeld bij die genitale verminking is het vraagstuk volgens mij niet of er sprake is van medische noodzaak, maar is er discussie of het überhaupt verstandig is om die operatie te doen. Daar is een medisch dispuut over gaande. Dat wil ik even parkeren, maar ik vind dat er bij de borstimplantaten wel een heel wezenlijk punt is. Ja, het is bekend dat implantaten risico's kunnen hebben. Mevrouw Ploumen zei al dat die risico's ook steeds vaker van tevoren bekend zijn. Als die van tevoren bekend zijn en als arts en patiënt samen toch kiezen voor zo'n implantaat, begrijp ik het dan goed dat mevrouw Ploumen dan toch vindt dat, als een patiënt daar later spijt van krijgt omdat zij zich daar zorgen over maakt, het laten verwijderen van die implantaten een medische noodzaak is en dat we dat met elkaar zouden moeten betalen? Daar ben ik het persoonlijk niet mee eens.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Over die borstimplantaten is er inderdaad een gesprek tussen de arts en de patiënt, bijvoorbeeld over borstreconstructie na borstkanker. Als het mij zou overkomen en als een arts mij adviseert om borstimplantaten te nemen, dan zou ik dat op gezag van die arts aannemen, terwijl ik tegelijkertijd iets moet ondertekenen waarin staat dat de kans dat ze gaan lekken, heel erg groot is. Ik vind dus dat de beoordeling van wat veilig is en wat niet, hier gewoon mank gaat, want in mijn ogen zijn ze niet veilig. Ik hoor mevrouw Agema zeggen dat ze wel zijn toegelaten, maar ze zijn toegelaten in een toelatingsproces dat gewoon niet op orde is. Maar dan dwalen we echt af.

De voorzitter:

Ga door met uw betoog, mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik kijk dus uit naar de antwoorden van de Minister. Het is wel fijn om te merken dat ook alle collega's zo betrokken zijn bij deze problematiek. Dan de regie in de zorg. Er is een open brief geweest van de heren Schellekens en Schrijvers. Zij zeggen eigenlijk: er doen zich in een ziekenhuis of in een regio heel veel goede voorbeelden in de zorg voor die niet worden uitgerold in de rest van het land, omdat niemand de regie wil nemen en durft te nemen, juist omdat er zo veel tegengestelde belangen zijn bij ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars. Iedereen heeft zijn eigen belang. De enige die dat niet heeft, is eigenlijk de Minister. Mijn vraag aan de Minister is dan ook eigenlijk heel eenvoudig: waarom neemt de Minister niet meer de regie? Hij zal zeggen dat dat officieel aan de NZa is, maar gebruikt hij wel alle instrumenten? En welke instrumenten heeft de NZa?

Tot slot, voorzitter. Een recent rapport van het bureau Andersson Elffers Felix over de NZa zegt dat de NZa zichzelf ziet als een partij die samen met het veld een oplossing wil zoeken. Dat past helemaal in het gepolder in Nederland, maar wie houdt er dan eigenlijk nog toezicht? Want dan zit

iedereen met elkaar om de tafel, terwijl we juist scherp toezicht en scherpe regie nodig hebben. Ik zou dus heel graag van de Minister willen horen of hij bereid is om die regie te nemen en welke instrumenten hij daarvoor nodig heeft. Ik ben dan van mijn kant bereid om met de collega's te overleggen of we hem die instrumenten per meerderheidsbesluit in handen kunnen geven.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tien seconden over de tijd. Dat is nog acceptabel, maar het is geen goed voorbeeld voor de collega's.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Sorry, sorry, sorry.

De voorzitter:

Ik geef graag mevrouw Van den Berg van het CDA het woord.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag hebben we het over het systeem van de Zorgverzekeringswet. Hoe staat het met het huis van de zorgverzekering? Het huis staat immers al heel wat jaren en wat het CDA betreft kunnen een aantal zaken beter, makkelijker en duidelijker voor de patiënt. De Minister stelt dat hij alternatieve oplossingen zoekt voor zeer specifieke groepen waar compensatie nu tekortschiet in de risicoverevening, zoals dure ggz-patiënten. Verder blijft hij het model regulier onderhouden door het aan te passen voor nieuwe medische ontwikkelingen. Aan welke andere groepen denkt de Minister en welke kansrijke databronnen ziet hij? Want daarover schrijft hij in zijn antwoorden. En hoe moet dat allemaal in het systeem passen?

De Minister geeft aan dat hij de motie-Van den Berg over een internationale vergelijking niet wil uitvoeren. Het CDA heeft gevraagd om vreemde ogen met een frisse blik naar onze risicoverevening te laten kijken. Kan de Minister uitleggen waarom hij dat niet wil, terwijl hij wel alternatieve oplossingen zoekt?

De indirecte risicoselectie blijft een zorgenkind. Er zijn nog steeds verzekeraars die korting geven als men een hoger eigen risico wil afsluiten of een specifieke studentenpolis. Bij het inkopen van doelmatige en kwalitatief goede zorg ervaren zorgverzekeraars een financiële belemmering op chronisch zieke patiënten. Op gezonde verzekerden maken verzekeraars winst. Op chronisch zieken lijden ze gemiddeld verlies. Dat hebben wij na 25 jaar risicoverevening nog steeds niet opgelost. Daarmee loopt deze groep een groot risico op indirecte risicoselectie door de verzekeraar. Wat kan de Minister doen om chronisch zieken beter in het vereveningssysteem op te nemen? Zijn er nog knoppen om aan te draaien?

De voorzitter:

U heeft een interruptie van de heer Smeulders.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

Ik hoor dat het CDA hier vragen over stelt. Ik ben heel benieuwd wat het CDA hier eigenlijk zelf van vindt. Vindt het CDA, net zoals GroenLinks, dat er eigenlijk geen verschil moet zijn, of je nou chronisch ziek bent of niet? En is het CDA bereid om daar zelf iets aan te doen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

We hebben hier een zeer verfijnd risicovereveningssysteem. De Minister heeft aangegeven dat hij ook nog steeds bereid is om daar verder naar te kijken, maar dat doen we wel met de mensen die ook al jarenlang in

ditzelfde systeem werken. Daarom hebben wij vorig jaar juist gevraagd om eens door frisse ogen vanuit het buitenland mee te laten kijken op welke manier dat systeem nog verder toegespitst zou moeten worden.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

Ik begrijp dus dat ook het CDA vindt dat er eigenlijk geen verschil zou moeten zijn tussen gezonde en ongezonde mensen, dat het moeilijk is om dat te realiseren, maar dat dat wel het streven moet zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Als de heer Smeulders daarmee bedoelt dat hij niet wil dat er ten opzichte van mensen die gezond zijn, negatieve effecten zijn voor mensen die chronisch ziek zijn in die zin dat ze wel of geen verzekering kunnen afsluiten, dan merk ik op dat het volgens mij ook precies het doel van de risicoverevening is om dat op nul te brengen.

De **voorzitter**:

U heeft een interruptie van de heer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

In het verlengde van de vraag van mijn buurman zou ik willen vragen wat het CDA vindt van de mogelijkheid die er nu is om een hoger eigen risico af te sluiten, dus bovenop de voor iedereen geldende € 385, volgens mij tot € 800. Dat is voor mij onduidelijk: wat vindt het CDA daarvan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wij zijn daar niet gelijk een voorstander van. De Minister schrijft dat het effect daarvan op de verzekerde maar miniem is, want het gaat erom of de chronisch zieken nu zitten te betalen voor het voordeeltje dat mensen met een hoog eigen risico hebben. Ik begrijp dat dat nu is teruggebracht tot € 3,25. Wat ons betreft wordt dat gewoon teruggebracht tot nul. De makkelijkste manier kan zijn om het eigen risico op € 385 te zetten, maar wij hebben ook iedere keer gezegd dat wij binnen de afspraken van het regeerakkoord willen blijven. Dat is dus in ieder geval mijn hoofdlijn op dit dossier.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. De Minister stelt terecht dat wij moeten stoppen met 60.000 collectieve polissen die korting geven zonder dat de resultaten bewezen worden en waarvan de financiële voordelen vaak bij werkenden terecht komen. Omdat enkele verzekeraars, werkgevers en assurantietussenpersonen aangeven meerwaarde te zien in het product, maakt de Minister de tussenstap om de korting te verlagen naar 5%. Kan de Minister eens toelichten wat de meerwaarde dan precies is en hoe het staat met de monitor?

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Mevrouw Van den Berg maakt een terecht punt over de collectieven die er allemaal zijn: 65.000 stuks, geloof ik. De vraag is natuurlijk de volgende. Het gaat in feite om fopkorting, omdat mensen eerst een hogere premie betalen en dan hun korting krijgen en er dus eigenlijk helemaal geen zak mee opschieten. Plus dat het eigenlijk natuurlijk helemaal niet solidair is om een bepaalde groep te bevoordelen boven de rest. Waarom zouden

wij deze collectieven eigenlijk nog willen houden? Moet het CDA dan niet gewoon voorstellen om te stoppen met die flauwekul?

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, we schieten er weinig mee op.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat is precies de reden waarom wij deze vraag stellen. Vaak wordt iets een collectieve polis genoemd, maar zit er uiteindelijk maar een klein groepje mensen in. Er zijn ook een paar polissen waar heel veel mensen in zitten en waarbij de relatie tussen investering en preventie en wat de opbrengsten zijn, wellicht wel kan worden bewezen. Daarom stel ik de vraag aan de Minister hoe het zit met die paar hele grote polissen. Wij vinden dus wel dat er een duidelijke relatie moet zijn. Als er korting wordt gegeven, moet wel bewezen worden dat dat ergens tot voordelen leidt in de ziekteverzuimpreventie.

De heer Hijink (SP):

Het gaat mij er ook om dat wij dit ook zien in het grote verhaal over hoe wij die polisjungle eens een keer gaan kappen. Daar passen die collectiviteiten in. Daar passen ook heel veel andere flauwekulpolissen in waar we wat mij betreft vanaf zouden moeten. Ik hoop ook dat we het CDA daarin meekrijgen. Kijk, ik ben geen fan van het huidige stelsel; dat weet u wel. Ik zal ook de laatste zijn die het gaat verdedigen. Maar zelfs als je enorm gelooft in dit stelsel met al die polissen en al die verschillende keuzemogelijkheden, zou je toch moeten denken: willen wij dit systeem overeind houden, dan moeten we met de bijl erin, omdat mensen anders massaal gaan afhaken. Een gewone sterveling kan dit stelsel gewoon helemaal niet meer overzien. Dat komt mede door de collectiviteiten en door alle andere keuzemogelijkheden. Er zijn meer dan een miljoen keuzemogelijkheden, hè? De vraag aan het CDA is dan: je moet dan toch ook een begin willen maken met het snoeien in dat polisaanbod en in al die verschillende types polissen die er zijn?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wij zijn het geheel eens met de heer Hijink dat het veel transparanter moet worden. We zijn dan ook heel blij dat de Minister naar aanleiding van de motie van het CDA vorig jaar juni een uitgebreid rapport heeft uitgebracht waarin alle 55 basispolissen in kaart worden gebracht. Ook zijn wij blij dat hij zegt dat veel transparanter moet worden, ook bij de collectiviteitspolissen, aan welke basispolis men in feite gekoppeld is, zodat iemand dat ook zelf kan controleren. Dat onze motie is aangenomen, volgens mij ook met steun van de SP, is ook de reden dat de Minister begin volgend jaar al heel vroeg gaat kijken wat de gevolgen zijn en of de sector zelf ook duidelijke stappen zet om de collectiviteitskorting naar beneden te brengen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Ook mevrouw Ploumen refereerde eraan dat in het regeerakkoord staat dat zorg gericht moet zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van op de omzet. Maar wij constateren dat we van 50% van de behandelingen niet weten of ze effectief zijn. Gelukkig gaat professor Sjoerd Repping bij het Zorginstituut kijken of die effectiviteit nader in kaart kan worden gebracht. Ik geef een paar voorbeelden. De eigen richtlijn van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging adviseert om geen kijkoperaties bij knieën uit te voeren bij mensen boven de 40 die alleen pijnklachten hebben. Er worden echter nog steeds tienduizenden kijkoperaties gedaan

bij die groep, die ook nog worden vergoed door zorgverzekeraars. Geschatte kosten: ongeveer 33 miljoen. Voor een holterkastje om hartritmes te registreren betaalt de zorgverzekeraar aan de huisarts € 140, maar voor dezelfde dienst in het ziekenhuis betaalt de zorgverzekeraar € 39.

Fysiotherapeuten, maar ook vele anderen, worden gek van de administratie omdat zorgverzekeraars verschillende codes hanteren voor dezelfde behandeling en behandelindexen niet geüniformeerd zijn. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over hoe om te gaan met de financiering van behandelingen die bewezen niet effectief zijn?

Moeten er meer prikkels in het systeem worden gebracht zodat het financieel aantrekkelijk is om van de tweede- naar de eerstelijnszorg te gaan? Want we zien nu ongeveer een vervanging: er vervalt iets in de tweede lijn en dan komt er een nieuw initiatief zoals een snotterpoli. Dan het probleem van het ongelijke speelveld. Fysiotherapeuten, diëtisten en logopedisten moeten tekenen bij het kruisje. Er zijn kleine orthopedische bedrijven die van de zorgverzekeraar niet mogen samenwerken, terwijl ze onder de omzetgrens van de ACM vallen. Mag met de branche een format worden ontwikkeld dat op basis van patiëntpopulatie dan nader kan worden ingevuld?

Dan even over het toezicht van de NZa: de zorgverzekeraars die regelmatig te laat inkopen en de NZa die daar dan niet tijdig op reageert. Wat gaat de Minister daaraan doen?

Ten slotte nog een heel specifiek punt. Er zijn minder bekende ziektes, zoals SUDEP, Sudden Unexpected Death in Epilepsy, het plotselinge overlijden bij epilepsie. In het buitenland, zoals het Verenigd Koninkrijk, de USA en België, wordt meer onderzoek gedaan en worden patiënten beter geïnformeerd over wellicht kleinere risico's. Is de Minister bereid die openheid te promoten?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. De heer Raemakers namens D66.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. De zorg in Nederland is van hoog niveau. Wij kunnen in Nederland heel veel om mensen met ernstige ziektes in leven te houden, om mensen beter te maken en om mensen heel goed te helpen. Dat blijkt uit de Euro Health Consumer Index. We staan daar al jaren op de eerste plaats. Het is wel jammer dat we dit jaar de eerste plaats zijn verloren aan Zwitserland; we staan nu op de tweede plaats. Maar de onderzoekers geven ook aan dat als het gaat om diabetes, om cardiovasculaire aandoeningen, om hiv, om hepatitis, Nederland consequent in de top 3 of de top 4 staat. Ik zou zeggen: laten we daar met z'n allen heel trots op zijn. Als we bijvoorbeeld kijken naar het Verenigd Koninkrijk, een land met een uitsluitend publiek stelsel, zien we dat dit land op de zestiende plaats staat en dat we het dus veel beter doen dan bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk.

Maar Nederland heeft ook geen volledig privaat stelsel, zoals vaak wordt gedacht, want de zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in Nederland. Ze hebben wel enkele voorwaarden meegekregen van de politiek. Er is een verplicht basispakket, er is een verplicht eigen risico, er is een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars – iedereen moet aangenomen worden – en er is het hele belangrijk vraagstuk van de risicoverevening. Ook chronisch zieke mensen worden gewoon overal verzekerd. Maar het kan altijd beter; daarvoor zit je in de politiek.

Ik heb vandaag drie punten. Ten eerste de boodschap van de zorgverzekeraars. Hoe kunnen we die verbeteren? Ten tweede de fysiotherapie. Ten derde de risicoverevening en de minimapolissen. Ik begin bij mijn eerste punt: de boodschap van de zorgverzekeraars. Ik denk dat daar nog wel

een wereld te winnen is. Mensen in Nederland willen een goede keuze maken bij welke zorgverzekeraar ze zich aansluiten. Die informatie moet dan wel vindbaar en begrijpelijk zijn. Als ik de stukken lees, schrik ik er heel erg van dat maar 14 tot 37% van de mensen erin slaagt om de informatie van de zorgverzekeraar goed te begrijpen. Dat is zorgelijk. De onderzoekers zeggen dat dit komt doordat heel veel informatie van zorgverzekeraars niet op B1-niveau geschreven is. Ik vraag de Minister of we als politiek niet gewoon kunnen verplichten dat alle informatie op taalniveau B1 moet worden geleverd.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Natuurlijk is het goed als informatie beschikbaar is die iedereen kan lezen. Ik weet zelf even niet wat B1-niveau is, maar ik begrijp uit het betoog van de heer Raemakers dat iedereen dan snapt wat er staat. Is het echte probleem niet dat het, op welk niveau dan ook, niet te begrijpen is omdat er gewoon te weinig verschillen tussen de polissen zitten, er veel te veel polissen zijn en de zorgverzekeraars er belang bij hebben om al die mist in de lucht te houden? Zou het dus niet veel beter zijn om gewoon terug te gaan naar één basispolis, die iedereen snapt, in plaats van allerlei communicatietrucjes en strategietjes waar mensen dan weer heel veel geld aan gaan verdienen? De heer Hijink wees daar al op en wij vinden dat ook, net als anderen.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik ben het met mevrouw Ploumen eens dat het wel een probleem is dat er concerns zijn – in Nederland vallen verzekeraars onder een concern – en dat verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, andere polissen voorstellen die zogenaamd anders zijn, maar bijna hetzelfde zijn. Ik ben het wel met mevrouw Ploumen eens dat dat bijvoorbeeld echt een probleem is. Dan dient het ook geen enkel verschil meer. Zeker als meerdere zorgverzekeraars in één concern ondergebracht zijn, vind ik echt dat we daar een tandje scherper in moeten zijn. Volgens mij worden daar ook al acties op uitgezet, maar ik wil de Minister wel uitdagen. Hoe kunnen we het zo met elkaar regelen dat het nog duidelijker wordt voor mensen dat ze bij de ene zorgverzekeraar dit pakket kunnen kiezen voor deze prijs en dat dit bij de andere zorgverzekeraar, misschien wel van hetzelfde concern, niet ineens heel anders is qua prijs of zo. Dat soort spelletjes moeten we inderdaad niet meer gaan doen.

De heer **Raemakers** (D66):

Uit alle stukken die vandaag voorliggen, maak ik op dat er wel degelijk stappen worden gezet en dat zorgverzekeraars zelf ook het belang zien van het hebben van duidelijke polissen in plaats van twee dezelfde polissen die heel veel op elkaar lijken. Ik zie dat daar stappen worden gezet. Ik zou de Minister willen vragen wat de voortgang is en wat we nog meer zouden kunnen doen. Dan wacht ik het even af. Als mevrouw Ploumen dan een voorstel wil indienen, wil ik daar zeer welwillend naar kijken.

De heer **Hijink** (SP):

Nu wordt het toch wel interessant. Net zei mevrouw Van den Berg dat we van de collectiviteiten af moeten. Ondanks dat in het regeerakkoord is afgesproken om dat niet te doen, wil zij het eigenlijk toch. Dat is winst. Zo vat ik het maar even samen. Vervolgens zegt de heer Raemakers: we moeten niet dezelfde polissen met verschillende prijzen binnen hetzelfde concern hebben. Er worden zo toch maar wat stappen gezet binnen de coalitie die toch de goede kant opgaan. De vraag van mevrouw Ploumen is volkomen terecht. Mevrouw Van den Berg wil graag wachten. Maar als ook binnen de coalitie de woede zo groot is, verwacht ik dat er maatre-

gelen gaan volgen. Ik wil de heer Raemakers wel uitdagen om te zeggen wat hij zelf gaat voorstellen om aan de polisjungle een einde te maken.

De heer **Raemakers** (D66):

Volgens mij vallen wij een beetje in herhaling. Het is geen groot nieuws dat wij dit nu zeggen, want wij hebben dat altijd al gevonden. Voor de verzekerden, voor de mensen in Nederland, voor de patiënten moet er een duidelijke keuze zijn: waar kunnen ze tussen kiezen? Als we dus zien dat er twee polissen onder net iets andere voorwaarden worden aangeboden, is dat gewoon heel verwarrend voor mensen. Daar worden ook al verbeteracties op ingezet. Daar moeten we mee doorgaan. Dat is wat wij eraan willen doen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vrees dat het bij D66 weer gaat neerkomen op transparantie. We gaan dan inzichtelijk maken wat al die verschillende polissen doen en naar welke basisverzekering ze wel of niet terugverwijzen, terwijl mensen het dan alsnog zelf moeten gaan uitzoeken. Maar volgens mij is de principiële vraag: vind je het acceptabel dat verzekeraars deze werkwijze erop nahouden of vind je eigenlijk dat we in de wet zouden moeten vastleggen dat dit niet meer kan? Als we het in de wet vastleggen, gaan we niet de kant op van transparantie en «laat de zorgconsument het maar uitzoeken», maar doen we als overheid voorstellen: dit is hoe we het willen hebben. Dat is een hele principiële keuze. Ik hoor graag welke keuze u maakt.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik weet niet of het veranderen van de wet altijd het beste is om te doen. Als het gaat om hoe mensen een keuze kunnen maken tussen al die verschillende verzekeringen en hoe mensen een goede keuze kunnen maken, heb ik gelezen dat een informatieve video over hoe makkelijk het is om over te stappen, heel erg helpt voor mensen en dat hun een prikkel geeft om die keuze wel te maken. Als u bijvoorbeeld een initiatiefwet gaat indienen, zeg ik tegen de SP, wil ik daar altijd welwillend naar kijken. Maar ik geef hier ook aan dat het niet alleen maar het aanpassen van de wet is, maar soms ook het uitzetten van een actie. De zorgverzekeraars zijn er goed mee bezig om dat bijvoorbeeld met videoboodschappen te doen. Zo breed moeten we er ook naar kijken.

De **voorzitter**:

Meneer Raemakers, u bent op de helft van uw tijd. Vervolgt u uw betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Voorzitter. Ik wil het ook graag hebben over zorgadvies. De zorgverzekeraars hebben natuurlijk een zorgplicht. Als jij als patiënt ergens op een wachtlijst komt te staan en je mogelijk niet de goede zorg krijgt, kun je de zorgverzekeraar vragen om jou te helpen bij het krijgen van die zorg. Maar 13% tot 33% van de patiënten weet dat die mogelijkheid er is. Maar 12% heeft ooit gebruikgemaakt van zorgadvies. Hoe kan de Minister de zorgverzekeraars helpen om het zorgadvies veel bekender te maken? Wat gebeurt er als iemand zich op het Ministerie van VWS meldt met de vraag om zorgadvies? Kan het ministerie dan schakelen met zorgverzekeraars? Heeft het ministerie een soort poortwachtersfunctie? Hoe zit dat? Voorzitter. Ik ga naar de fysiotherapie.

De **voorzitter**:

U heeft een interruptie van de heer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Excuus, ik liet nog even de woorden op mij inwerken van het interruptie-debat tussen de heer Hijink en u. U vraagt mij volgens mij aan de Minister om bij wet of een andere regel te verplichten om verzekeraars op B1-taalniveau te laten communiceren. Waarom wilt u dan niet wettelijk afdwingen dat verzekeraars gewoon minder polissen aanbieden?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb aan de Minister gevraagd hoe wij ervoor kunnen zorgen dat alle zorgverzekeraars zo veel mogelijk en waar het kan op B1-niveau gaan communiceren. Als de Minister een convenant kan afsluiten met de zorgverzekeraars om daarvoor te zorgen, vind ik dat ook goed. Als de Minister zegt «dat wordt lastig, want daarvoor moeten we de wet aanpassen», wil ik daar ook naar kijken. Maar ik vind gewoon dat mensen in Nederland die geen hoge opleiding hebben gedaan, die misschien wat pech hebben in het leven waardoor ze niet in staat zijn om hele complexe informatie tot zich te nemen, ook het recht hebben om heel duidelijke en zo begrijpelijk mogelijke informatie te krijgen over wat hun zorgverzekering inhoudt. Daar wil ik graag met u voor strijden.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dat begrijp ik en dat delen wij ook, dus zolang het zo geregeld is, moeten we het zo toegankelijk mogelijk maken, zodat vrijwel iedereen gewoon die informatie tot zich kan nemen. Maar als we het aan de verzekeraars overlaten, lees ik in alle brieven, komt daar verdraaid weinig van terecht. Ze zetten stappen, ze proberen het, maar uiteindelijk dwingen we het hier niet af met elkaar. Is D66 bereid om als de verzekeraars het gewoon niet doen – ik heb het dan over minder polissen aanbieden – het af te dwingen?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik leg deze vraag vandaag nadrukkelijk bij de Minister. Ik wil echt van de Minister horen wat hij eraan gaat doen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars meer op begrijpelijk niveau gaan communiceren. Dan stel ik ook voor dat we dat heel goed gaan monitoren en evalueren. In het geval dat dit niet werkt: ik wil overal naar kijken en sluit niets uit.

De **voorzitter**:

Dit was volgens mij geen antwoord op de vraag.

De heer **Raemakers** (D66):

Oké. Wat is de vraag?

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

U wilt dus wel wettelijk gezien proberen af te dwingen dat wordt gecommuniceerd op B1-taalniveau, maar mijn vraag spitste zich toe op het volgende: als verzekeraars niet over de brug komen met minder polissen, bent u dan ook bereid om dat af te dwingen via deze kant?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik sluit niets uit, maar laten wij gewoon even kijken wat de beste manier is om het te doen. Maar ik blijf bij mijn standpunt, dat ik al eerder heb aangegeven: soms kun je ergens de wet voor aanpassen, maar dat duurt vaak lang omdat je langs de Raad van State moet en allerlei zaken moet doen. Misschien kan het wel sneller.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Fysiotherapie gaat meestal via het aanvullend pakket. We weten dat er heel veel specifieke pakketten zijn. Door de fysiotherapeuten wordt gezegd dat er een risico is dat dit de solidariteit ondermijnt omdat iedereen gewoon een eigen specifiek pakket kiest, waardoor uiteindelijk de solidariteit ondermijnd wordt. Wat kan de Minister hieraan doen? Kan hij hier iets aan doen? Het gaat hier immers over de aanvullende verzekeringen.

Ik zou nog een ander punt willen maken over fysiotherapie. Op dit moment kan een fysiotherapeut niet rechtstreeks doorverwijzen naar een specialist. Stel dat een fysiotherapeut ziet dat iemand duidelijk letsel heeft. Waarom kan hij dan niet rechtstreeks naar een orthopeed of een radioloog doorverwijzen, zonder dat hij langs de huisarts moet? Is de Minister bereid om pilots daarvoor te onderzoeken of te starten?

Voorzitter, ik heb nog één minuut. Ik ga naar mijn laatste punt: de risicoverevening. Mevrouw Van den Berg heeft het daar ook al over gehad. De Minister wil toe naar een onderhoudsmodel. Ggz, geneesmiddelen en overlijden blijft de Minister monitoren in dat model, maar wat de Minister niet blijft monitoren, is hoe het zit met de minimapolissen bij gemeenten. Als je op dit moment een laag inkomen hebt, bijvoorbeeld wanneer je in de bijstand zit of een minimuminkomen hebt, kun je via de gemeente de zorgverzekering krijgen. We hebben afgelopen jaar gezien dat veel zorgverzekeraars ofwel stoppen met die gemeentepolis ofwel daarmee dreigen te stoppen ofwel daarmee tijdelijk stoppen. D66 maakt zich daar zorgen over, want wij vinden dat juist voor deze mensen met een smalle beurs de zorg toegankelijk moet blijven. We moeten niet straks weer wanbetalers krijgen. Mijn vraag is of de Minister bereid is om de minimapolissen via de gemeenten scherp te blijven monitoren en om die een plek te geven in het onderhoudsmodel, zodat goede zorg ook voor lage inkomens beschikbaar blijft.

De voorzitter:

Keurig binnen de tijd. Dank u wel. Goed voorbeeld voor de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Voorzitter. «(Ont)Regel de Zorg», dat hoor je Minister Bruins en zijn collega De Jonge bijna iedere dag wel een paar keer zeggen. Wat ik dan vaak hoor van de mensen die ik spreek, is dat dan ook de zorgverzekeringen eens aangepakt moeten worden. Ondanks alle brieven die deze Minister heeft gestuurd, waarin hij zegt dat het allemaal wel lekker gaat, hoor ik juist van mensen dat ze knettergek worden van al die verschillende collectiviteiten, verzekeraars, polissen en ga zo maar door.

De polisjungle – ik zei het daarstraks ook al – is voor heel veel mensen niet meer te doorgronden. We hebben 64.000 collectieve verzekeringen, die uiteindelijk uitkomen bij 55 basisverzekeringen. We hebben honderden aanvullende verzekeringen. Er zijn een miljoen keuzecombinaties, zo lazen we in de stukken. Meer dan een miljoen keuzeopties: dat is toch eigenlijk niet meer normaal, als je daar zo over nadent? Dus de vraag is: wordt het niet eens tijd voor een grote schoonmaak in zorgverzekeringsland? De SP heeft wel een aantal ideeën over hoe we dat zouden kunnen doen, hoe we dit stelsel kunnen ontregelen.

Om te beginnen willen we een einde maken aan de aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering is namelijk erg duur en niet solidair. Het voorstel dat wij doen is om deze af te schaffen en om alle medisch noodzakelijke zorg in het basispakket onder te brengen. Dat bespaart ook flink op de uitvoering. Ik heb het eens even uit zitten rekenen. In 2017 waren de beheerskosten van de aanvullende verzekering bijna een half miljard euro. Dat is serieus heel veel geld, want van die half miljard werd vervolgens 3,8 miljard euro zorg vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Je hebt het dan over beheerskosten van boven de 12%. De kosten

van de basisverzekering liggen een stuk lager. Op die manier zouden we alleen al honderden miljoenen kunnen besparen.

Voorzitter. We kunnen de polisjungle ook aanpakken als we de collectieve verzekeringen afschaffen. We hebben het er daarstraks over gehad.

Mensen denken goedkoper af te zijn met een collectieve verzekering, maar dat is vaak helemaal niet het geval. Verzekeraars geven een fopkorting: eerst gaat de premie omhoog en vervolgens krijg je een korting. Het is een beetje zoals je op de bazaar in het buitenland ook wordt behandeld als je op vakantie bent als onschuldige toerist. De vraag is of ons zorgstelsel zich wel leent voor dat soort praktijken. Ik vraag de Minister om een reactie op dat punt.

Een ander voorstel om de polisjungle overzichtelijker te maken. Is de Minister bereid om te voorkomen dat binnen hetzelfde concern verschillende prijzen worden gevraagd voor exact of bijna exact dezelfde verzekering? Vindt hij het ook niet raar dat mensen denken dat ze overstappen van een HEMA-polis naar een Menzis-polis, terwijl hun premie gewoon op precies dezelfde plek terechtkomt? Waar is dit nu eigenlijk precies goed voor? Wie heeft nu voordeel van dit systeem? Als de premie bij de HEMA zo veel lager kan, waarom verlaagt Menzis dan de premie niet voor al haar verzekeringen? Dat is toch eigenlijk heel vreemd? Ik hoor graag van de Minister of hij dat ook heel vreemd vindt.

Voorzitter. De zorgverzekeraars zouden er goed aan doen om zich te realiseren dat ze het wantrouwen in hun richting voor het grootste deel over zichzelf hebben afgeroepen. Denk bijvoorbeeld aan de jongen die vorig jaar € 1.500 moest ophoesten omdat zijn budgetpolis de operatie aan zijn gescheurde kniebanden maar voor 80% vergoedde. Dan zegt verzekeraar Zilveren Kruis dat het ziekenhuis de patiënt moet informeren over welke zorg wel of niet vergoed wordt, maar het ziekenhuis zegt: je moet de kleine lettertjes lezen; in de brief die je krijgt voordat je behandeld wordt, staat onderaan in hele kleine lettertjes dat je altijd goed moet checken of de verzekering dit wel dekt. Maar wie wordt er nu beter van dit soort toestanden, van dit soort gedoe? Is dan niet de vraag terecht of we niet af moeten van de budgetpolis?

Voorzitter. Dan de vraag aan de Minister of hij weleens heeft nagedacht over hoeveel tijd er eigenlijk opgaat aan het praten over geld en verzekeringen in de zorg. Wij horen dat heel vaak van huisartsen. Huisartsen geven aan ons aan dat ze soms wel de helft van de tijd in de spreekkamer zitten te praten over geld en over welke behandeling wel wordt vergoed, wat voor polis ze precies voor zich hebben en waar meneer of mevrouw wel naartoe kan. Dat is dus allemaal tijd die niet besteed wordt aan zorg, maar die alleen maar opgaat aan praten over welke verzekering past. In de fysiotherapie is dit nog veel onoverzichtelijker. Het is een groten-deels aanvullende verzekering, maar er zijn gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders. Er is sprake van een naturapolis of van een restitutiepolis. Maar er is ook sprake van de behandelindex – daar ging het al over – en van budgetplafonds. Dus zelfs als je wel voldoende verzekerd bent, heb je alsnog geen recht op zorg als het plafond is bereikt. Dat ondanks dat je verzekerd bent. Mensen snappen hier helemaal niks van. Ze zien door de bomen het bos niet meer.

Voorzitter. Ik hoor veel mensen denken: wat goed dat de SP nu eindelijk de bijl wil zetten in deze polisjungle, maar als je dan zo veel kritiek hebt en dit soort voorstellen doet, zou het dan niet veel logischer zijn om over te gaan naar een publiek stelsel? Ik zie de heer Rutte ook kijken. Ja, dat zou veel logischer zijn.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer **Hijink** (SP):

En zou een Nationaal ZorgFonds dan niet een veel betere oplossing zijn als je zo veel keuzestress en ellende in dit stelsel meemaakt? Tegen die mensen, meneer Rutte, zou ik zeggen: goed gedacht. Want inderdaad: er zijn zoveel polissen en zoveel verzekeraars...

De voorzitter:

Laatste zin.

De heer Hijink (SP):

... terwijl het mensen zo weinig uitmaakt of ze door de hond of de kat worden gebeten. Daarom zou één polis zo veel beter zijn. Het lijkt dan ook logisch om over te gaan op dat publieke stelsel, zonder al die malle fratsen. De Minister wil de zorg ontregelen...

De voorzitter:

Punt!

De heer Hijink (SP):

... dus hij zal dit ongetwijfeld met mij eens zijn. Mijn laatste vraag is: op welke manier gaat hij ons daarbij helpen?
Dank u wel.

De voorzitter:

U heeft nog wat interrupties, dus u kunt heerlijk blijven staan en misschien nog wat punten afronden. De heer Raemakers had als eerste een interruptie.

De heer Raemakers (D66):

Ik hoor de heer Hijink spreken over een publiek stelsel. Hij wil natuurlijk zijn bekende ZorgFonds. Dat is ook bekend van de SP. Maar hoe reageert de heer Hijink dan op het feit dat uit allerlei internationale lijstjes jaar in, jaar uit blijkt dat Nederland met een gedeeld publiek/privaat stelsel gewoon bovenaan staat als het gaat om de algemene zorg, maar ook over tal van aandoeningen, en dat landen met een volledig publiek stelsel veel lager staan op die lijst? Hoe reageert hij daarop? Twee. Hoe reageert de heer Hijink op het feit dat mensen met een laag inkomen in Nederland voor 2006, toen we het ziekenfonds hadden, méér geld kwijt waren aan de zorg dan tegenwoordig?

De heer Hijink (SP):

Dit zijn eigenlijk twee vragen in één. Het is net afhankelijk van welk lijstje je erbij pakt. Er zijn tig van dit soort lijstjes. Gijs van Loef heeft dit onlangs in een heel uitgebreid artikel helemaal langs de meetlat gelegd en vastgesteld dat er nogal wat kritiek mogelijk is op de lijstjes die u nu aanhaalt. Kijk bijvoorbeeld naar de ontwikkeling van de levensverwachting. Dan hobbelen wij een beetje achter het gemiddelde aan. Zo zijn er heel veel lijstjes en op ieder lijstje komen wij ergens anders uit. Ik vind dat eerlijk gezegd niet zo relevant. Het gaat mij erom: is de zorg goed? Ja, de zorg in Nederland is goed. Dat zeg ik in ieder debat. Ik zou in niet heel veel andere landen liever worden behandeld dan in ons eigen land. Dat hebben we voor een groot deel te danken aan al die artsen, die verpleegkundigen en al die anderen die geweldig werk leveren. Het gaat mij om het systeem, het stelsel waarbinnen mensen hun werk moeten doen. Dan zie ik... Ik heb de hele polisjungle genoemd. Het is daarstraks gegaan over de druk op de fysiotherapie, de druk die op de zorgverleners ligt, de bureaucratie, 40% in de ggz. Dat soort problemen worden grotendeels veroorzaakt door het stelsel waarbinnen wij werken. Daarom zeggen wij: van dat stelsel zou je af moeten.

De voorzitter:

Het tweede deel van de vraag had u nog niet beantwoord, over lagere inkomens.

De heer **Hijink** (SP):

Over de lage inkomens, en dat is ook geen verrassing, hebben wij altijd gezegd... Ik geloof best dat de categorie mensen met het allerlaagste inkomen, die dus de volledige zorgtoeslag kunnen krijgen en weinig zorgkosten maken, niet duurdert uit is. Het gaat natuurlijk wel om de groep die daarna komt. De zorgtoeslag loopt heel snel af, dus de groep met een lager middeninkomen is nu massaal de dupe. Die betalen hun eigen risico en krijgen al heel snel geen zorgtoeslag meer, maar betalen wel de volle mep als het om de zorgpremie gaat.

De heer **Raemakers** (D66):

Dank voor de beantwoording. Ik wil het inderdaad over de zorgtoeslag hebben. We zien dat die groepen daardoor nu minder kosten hebben dan ze voor 2006 hadden. Ik wil er ook op wijzen dat we voor 2006 een soort tweedeling hadden in de zorg. We hadden het ziekenfonds en voor mensen die zich dat konden veroorloven, hadden we een particuliere verzekering op datzelfde terrein. Daar hebben we met het huidige zorgstelsel een einde aan gemaakt. Hoe kijkt de heer Hijink er dan tegenaan dat dit kabinet zowel het eigen risico voor vier jaar lang heeft bevroren alsook allerlei concrete maatregelen neemt om de stapeling van zorgkosten, met name voor chronisch zieke mensen maar ook voor mensen in de middenklasse, te voorkomen? Ziet hij die initiatieven van dit kabinet in dat licht als positief?

De heer **Hijink** (SP):

Volgens mij hebben wij gisteren gestemd over de wet die de eigen bijdrage in de Wmo gaat verlagen. Daar zijn wij erg voor. Wij hebben ook voor die wet gestemd. Kijk, waar het om gaat... Ik zit even te kijken, want u stelt steeds vier vragen tegelijk. Ik moet even kijken wat de belangrijkste is om te beantwoorden. Wij willen niet, om dat maar duidelijk te maken, meer dan een miljoen keuzes hebben. Wij willen niet terug naar het systeem zoals het was. Dat hebben wij ook nooit beweerd. Wij willen geen tweedeling tussen particuliere verzekeringen en een Nationaal ZorgFonds. Een Nationaal ZorgFonds gaat ervanuit dat er één stelsel is met één verzekering voor iedereen. Dat is nou juist de crux. Is er dan nu geen tweedeling? Me dunkt dat die er nu wel is. Want als je ziet wat de prijs van een aanvullende verzekering is: die is voor heel veel mensen gewoon helemaal niet weggelegd. Dus als jij die € 50, € 60 per maand niet kunt betalen, reken maar dat er dan tweedeling is. Want dan ben je gewoon aangewezen op de basiszorg en de rest moet je maar uitzoeken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg nog een interruptie?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Even kort nog. Ik denk dat bij meneer Raemakers en ik dezelfde vraag boven kwam drijven, dus ik wil daar nog even kort op doorgaan. Er wordt vaak verwezen naar het Engelse publieke stelsel. Ik zou toch graag een reflectie van meneer Hijink willen waarom hij denkt dat het Engelse stelsel beter zou zijn, omdat wij in ieder geval andere informatie hebben. Niet alleen staan ze op nummer 16 in het lijstje dat de heer Raemakers noemt, maar ook krijgen wij op andere terreinen informatie krijgen over wachttijden en kwaliteit van de zorg.

De heer **Hijink** (SP):

Maar ik ben dus geen Engelsman, om die verdenking maar even van me af te schudden. Ik ga hier helemaal geen enkel buitenlands stelsel

verdedigen. Wij hebben ons eigen voorstel en dat gaat over een Nationaal ZorgFonds. In Engeland spelen hele andere dingen, namelijk ook dat de NHS met name door de Conservatieven jarenlang kapot bezuinigd is. Als er dan gezegd wordt «ja, maar wachtlijsten», ga dan even kijken wat er op dit moment qua wachtlijsten aan de hand is. Probeer maar eens een behandeling voor oogheelkunde ergens te krijgen. De wachtlijsten, ook binnen dit stelsel, zijn gewoon aanwezig. Dus de vraag over wachtlijsten gaat veel meer over de vraag: besteden wij genoeg geld aan de zorg? Onder Minister Borst, begin deze eeuw, waren er wachtlijsten. Minister Borst heeft er meer geld tegenaan gegooid en de wachtlijsten werden weggewerkt. Dus je kunt binnen ieder stelsel wachtlijsten hebben. Dat heeft niet zozeer te maken met de vraag welk stelsel je hebt, maar of er genoeg financiering is voor de zorg die nodig is. Volgens mij is dat veel meer de crux en niet zozeer de vraag welk stelsel je hebt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Toch nog even. De wachtlijsten is één, maar de kwaliteit van de zorg is een andere. Ik zou toch graag van meneer Hijink willen weten waar hij voorbeelden weet dat er in een publiek stelsel nog betere kwaliteit is dan we op dit moment in Nederland hebben, temeer daar meneer Hijink zelf al aangeeft dat als er wat gebeurt met hem, hij toch het liefst in Nederland behandeld zou willen worden.

De heer **Hijink** (SP):

Volgens mij wordt er vaak gekeken naar de Scandinavische landen. Het gaat om kwaliteit. Ik heb al gezegd, ook in de richting van de heer Raemakers, dat er heel veel verschillende lijstjes zijn. Ik heb verwezen naar het onderzoek van de heer Van Loef, die hele kritische noten gekraakt heeft over de OESO-lijst waar u naar verwijst. Dus ja, je kunt eindeloos veel lijstjes met elkaar vergelijken, maar het gaat om het basisprincipe. Vind je de zorg een collectief goed? Of vind je dat de zorg een goed is dat verhandelbaar moet zijn op een markt? Daar zijn wij geen voorstander van. Binnen elk systeem kun je werken aan kwaliteit. Ik heb daar geen enkele twijfel over. Ik zeg ook helemaal niet dat de zorg in ons land slecht is, maar op sommige vlakken wel. Er zijn goede voorbeelden en er zijn ook slechte voorbeelden. Ik zal hier niet beweren dat de zorg slecht is. Ik heb het alleen over de inrichting van het stelsel. Dat is heel wat anders.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Hijink. De heer Smeulders.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Wij spreken vandaag over de Zorgverzekeringswet. Die gaat over de organisatie en de toegankelijkheid van een groot deel van onze zorg. Voor GroenLinks staat daarbij voorop dat toegang tot goede zorg nooit afhankelijk mag zijn van je portemonnee of van je gezondheid. Toch zien we dat er nog steeds prikkels in ons systeem zitten die risicoselectie juist in de hand werken.

Voorzitter. Het eerste instrument dat kan aanzetten tot het selecteren van verzekerden zijn de collectiviteitspolissen. Er zijn net al door een aantal andere Kamerleden opmerkingen over gemaakt. Deze polissen zouden juist moeten leiden tot meer doelmatige en dus ook goedkopere zorg. In de praktijk blijkt alleen dat verzekerden daar helemaal niet van profiteren. In antwoord op Kamervragen van mevrouw Ellemée erkent ook de Minister dat collectiviteiten nauwelijks effect hebben op de gezondheidswinst of de kwaliteit van de zorginkoop. Vanaf volgend jaar mogen daarom zorgverzekeraars nog maar 5% in plaats van 10% korting geven op de oorspronkelijke premie.

Voorzitter. De GroenLinksfractie snapt dit echt niet. Als de Minister zelf aangeeft dat er helemaal geen voordeel zit aan die collectiviteiten,

waarom stoppen we daar dan niet mee? Er is geen voordeel voor de kwaliteit van onze gezondheid, voor onze zorg en voor onze portemonnee. Waarom houden we ze dan nog überhaupt in stand? Op welke wijze denkt de Minister dat een korting van 5% wel zou leiden tot doelmatigere zorg, wanneer een korting van 10% dat niet doet? Graag een reactie. Wij zijn daar echt heel erg benieuwd naar.

De voorzitter:

U heeft een interruptie van de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Dat is een hele interessante vraag van GroenLinks over de collectiviteiten. Ik heb vandaag ook gesproken over de minimapolis, de gemeentelijke collectiviteit. Die zie ik ook in de Kamervragen van GroenLinks vermeld staan. Gelden uw opmerkingen dan ook voor de gemeentelijke collectiviteit? Vindt u ook dat daar de korting dan naar 0% kan? Of wilt u daar een uitzondering voor maken?

De heer Smeulders (GroenLinks):

Dat is precies mijn volgende punt, dus dat komt perfect uit, zeker aangezien ik niet echt de woordvoerder op dit onderwerp ben, dus dan helpt het helemaal als ik het op papier voor me heb staan.

We zien dat er van de enige collectiviteiten die er niet zijn om juist gezondere mensen aan te trekken, de minimapolissen, steeds minder gebruik wordt gemaakt, of in ieder geval dat steeds minder zorgaanbieders die aanbieden. Vindt de Minister ook dat wanneer het systeem van risicoverevening goed zou werken, die minimapolissen eigenlijk niet zouden moeten worden afgestoten? Dat is toch eigenlijk wel heel erg raar in het systeem dat we nu hebben. Erkent de Minister ook dat het systeem van risicoverevening nu het aantrekken van gezonde mensen in de hand werkt? Ik heb de vraag al aan het CDA gesteld en ik hoop dat D66 het ook met ons eens is dat dat absoluut niet het geval mag zijn.

De heer Raemakers (D66):

Dank, dat is vrij helder. Nu wordt voorgesteld om van 10% naar 5% te gaan voor alle collectiviteiten. Zou u er bijvoorbeeld ook voorstander van zijn om specifiek voor die gemeentepolis... Die werkt goed zodat er kortingen kunnen worden afgesproken tussen gemeenten en zorgverzekeraars om de zorgverzekering voor mensen met een smalle beurs goed betaalbaar te krijgen. Zou u daarvoor bijvoorbeeld 10% wel acceptabel vinden of het misschien willen verhogen naar 15%?

De heer Smeulders (GroenLinks):

Ik denk dat dit een terechte vraag is. Wij vinden die minimapolissen heel sympathiek. Je ziet in de praktijk vaak wel dat ze wat duurder zijn, maar wij staan volledig achter het idee daarachter, dus wij willen dat onderdeel niet in een keer weggooien. Je ziet alleen wel dat de collectiviteitspolissen op dit moment worden gebruikt als een soort van marketingtruc. Volgens mij moeten we daarvan af en moeten we zorgen, juist voor die kwetsbare doelgroep waar veel gemeenten nu een oplossing voor bieden, dat dat wel mogelijk is.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog. U heeft nog drie minuten.

De heer Smeulders (GroenLinks):

Voorzitter. Uit recent onderzoek blijkt dat de samenstelling van een verzekerdenpopulatie in grote mate het resultaat van de zorgverzekeraars bepaalt. Risicoverevening – ik had het er net al even over – zou juist moeten voorkomen dat het voordelig is voor zorgverzekeraars om

mensen met voorspelbaar hogere zorgkosten te mijden. Toch lopen de verschillen na risicoverevening op tot € 180 per verzekerde per jaar. Daarnaast is vandaag nog naar buiten gekomen dat chronisch zieken ondanks de risicoverevening voorspelbaar verliesgevend zijn voor zorgverzekeraars. Op gezonde mensen maken zorgverzekeraars € 91 winst op de basispremie, terwijl zij op chronisch zieken een verlies van € 84 lijden. Deze prikkels mogen wij niet toelaten in ons systeem van zorgverzekeringen. Een oplossing zou kunnen liggen in het verhogen van de normbedragen voor compensatie van chronisch zieken. Zou de Minister daartoe bereid zijn?

In antwoord op onze schriftelijke vragen lijkt de Minister nog te ontkennen dat het huidige model moet worden verbeterd. Ik mag hopen dat de cijfers die ik eerder heb genoemd, ook nog van vandaag, de Minister doen beseffen dat onderzoek naar de perverse prikkels in het risicovereveningssysteem nu echt noodzakelijk is. Erkent de Minister dat het huidige systeem risicoselectie in de hand werkt? En is hij bereid om met mogelijke aanpassingen te komen, zoals een kleinere bandbreedte of ex-postvereveningen, die verder te onderzoeken en de Kamer hierover te informeren? Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Tot slot nog een punt over de fysiotherapeuten. Er is net al iets over gezegd. Mijn fractie vindt het erg jammer dat het de Minister niet gelukt is om aan het verzoek van GroenLinks te voldoen en de monitor paramedische zorg voorafgaand aan dit AO aan te leveren. We willen er daarom graag bij de Minister op aandringen om zo spoedig mogelijk na het uitkomen van deze monitor in gesprek te gaan met zowel de Kamercommissie als de brancheorganisaties. De bij de begrotingsbehandeling aangenomen motie verzocht de Minister verder in gesprek te gaan met de zorgverzekeraars. Daar hoeft het onderzoek natuurlijk nog niet eens voor afgerond te zijn, dus ik ben heel benieuwd of de Minister dat inmiddels al gedaan heeft en of hij de Kamer kan informeren over wat daaruit is gekomen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mooi binnen de tijd. De heer Geleijnse namens 50PLUS.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Wij spreken vandaag over de Zorgverzekeringswet, de wet die regelt dat vrijwel iedereen in Nederland een basisverzekering voor zorg moet afsluiten; een basisverzekering waarvan de premie de afgelopen jaren met zo'n 30% is gestegen. Ook het eigen risico is fors gestegen, van € 150 naar nu € 385 per jaar. Elk najaar trekt het overstapcircus weer door het land met reclamecampagnes en vele vergelijkings-sites. Verzekeraars verleiden lezers en kijkers met wervende teksten om over te stappen naar hun polis. 50PLUS is geen fan van dit circus.

De Minister schrijft in zijn brief dat de informatie over zorgverzekeringen niet alleen volledig en juist moet zijn, maar ook vindbaar en begrijpelijk. Maar uit onderzoek bleek dat ouderen meer moeite hadden met het vinden van informatie. De Minister schrijft dat extra aandacht voor de groep ouderen van belang is. Hij verwacht dan dat alle partijen meewerken aan een verbeterproces. Kan de Minister eens ingaan op dit proces? Wie gaat wat doen? Wat is de rol van de Minister? En is de verbetering afdwingbaar? De Minister heeft immers ook afgesproken dat verzekeraars hun polisaanbod moeten beperken en meer onderscheidend moeten maken. Maar daar is dit jaar niets van terechtgekomen. Het op de markt brengen van nieuwe polissen heeft zelfs geleid tot een toename van het aantal modelpolissen. De Minister spreekt dan ook van een teleurstellend resultaat en een verkeerd signaal. Dus ook hier is de volgende vraag gerechtvaardigd: wie gaat wat doen? En wat is, naast monitoren, de

rol van de Minister? Kan de Minister verzekeraars dwingen? Dat lijkt namelijk nodig.

Wat is de stand van zaken betreffende de collectieve verzekeringen? We hebben het daar vanmiddag over gehad. De Minister heeft een verlaging van de maximale korting naar 5% aangekondigd. In verband met de tijdigheid wil ik vragen wanneer hij een reactie verwacht van de Raad van State. Welke effecten hebben de plannen van de Minister op de polissen voor mensen met een laag inkomen die worden afgesloten via de gemeente? Ook dat is eerder vanmiddag gememoreerd.

Heeft de Minister betrouwbare cijfers over de leeftijden van overstappers? En zijn er cijfers beschikbaar over de gezondheidssituatie van mensen die overstappen van de ene naar de andere zorgverzekeraar? Welke mening heeft de Minister over het feit dat ruim 60% van de Nederlanders – ik herhaal: 60% – nog nooit is overgestapt? In hoeverre is er eigenlijk sprake van een eerlijk speelveld voor alle Nederlanders? Tekent zich hier een tweedeling af?

Voorzitter. Voor een aantal zorgvormen zijn de wachttijden te lang. Dit speelt met name in de geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en autisme. Binnen de ziekenhuiszorg gaat het vooral om mensen met maag-, darm-, lever- en oogziekten. Deze patiënten moeten soms langer wachten dan zorgverzekeraars en zorgaanbieders medisch verantwoord vinden. Dit kan leiden tot schade aan de gezondheid. De Nederlandse Zorgautoriteit constateerde na een controle dat niet alle zorgverzekeraars voldoende inspanning leveren om deze kwetsbare mensen op tijd de zorg te geven die ze nodig hebben. De NZa gaat binnenkort opnieuw onderzoeken of de gewenste verbeteringen zijn gerealiseerd. Zo niet, dan volgen er verdere stappen. 50PLUS is benieuwd naar deze vervolgstappen. Welke mogelijkheden zijn er? Wat is daarvoor nodig? Wat is het onderliggende probleem? Speelt in de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld het gesloten hoofdlijnenakkoord een rol? In hoeverre kan de Minister meer afdwingen in plaats van onderzoeken en afwachten? Hoe kan deze Minister helpen om de hartverscheurende verhalen die door te lange wachttijden ontstaan, te voorkomen?

Voorzitter. Uit onderzoek van KBO-PCOB blijkt dat een op de tien 55-plus huishoudens de zorgtoeslag laat liggen. Ook NIVEL geeft aan dat een deel van de verzekerden niet op de hoogte is van de toeslagen, terwijl de toeslagen in die huishoudens vaak juist hard nodig zijn. Ze spelen daarnaast ook een grote rol in de schuldenproblematiek. Welke mogelijkheden, naast de bestaande socialemediacampagnes, ziet de Minister nog om dit op te lossen, in het bijzonder, maar niet uitsluitend, voor de doelgroep ouderen? Welke plannen heeft deze Minister hiertoe en werkt hij daartoe samen met zijn collega's van SZW en Financiën?

Dan de aanvullende verzekeringen. In de brief van 15 januari schrijft de Minister dat het aantal polissen met een uitgebreide dekking voor fysiotherapie en tandheelkunde is afgenomen en dat het aantal polissen met een beperkte dekking daarvoor is toegenomen. Bijna een kwart van de volwassenen is zelfs niet verzekerd voor bijvoorbeeld de tandarts. Zijn de redenen hiervoor en de gevolgen hiervan bekend bij de Minister? Is er ooit uitgebreid onderzoek gedaan naar de extra zorgkosten die we in Nederland maken vanwege het feit dat mensen de tandarts en fysiotherapie mijden omdat die zorg niet of niet geheel verzekerd is? Ik zal een voorbeeld geven. Een op elke tien verpleeghuisbewoners overlijdt aan een longontsteking die samenhangt met een tandvleesontsteking. Wat betreft fysiotherapie: deze behandelingen kunnen hoge zorgkosten in de tweede lijn voorkomen. Is de Minister bereid om fysiotherapie bij chronische aandoeningen op de kortst mogelijke termijn onder te brengen in de basisverzekering?

De **voorzitter**:
Wilt u afronden?

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Zeker. Tot slot, voorzitter. Het is elk jaar hetzelfde liedje. Zorgverzekeraars maken hun premie uiterlijk in november bekend en dan kunnen mensen overwegen om over te stappen naar een andere verzekeraar. Voor veel mensen is het van belang om te weten of de verzekeraar wel of geen contract heeft met een voor hen belangrijke zorgverlener. Is het niet verstandig om bij zorgverzekeraars af te dwingen dat voor een bepaalde datum, bijvoorbeeld 1 december – het is nog steeds één zin, voorzitter – hun gecontracteerde zorgverleners bekend zijn? Is de Minister bereid om hiernaar te kijken?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

U heeft een interruptie van de heer Rutte.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dat geeft extra spreektijd.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dan kan de heer Geleijnse even op adem komen. Mijn vraag gaat over het laatste punt dat hij aangeeft. Dat is een bekend punt dat we vaak in de Kamer hebben besproken. In een ideale wereld is het, op het moment dat mensen kunnen overstappen, ook precies bekend waar de zorg is gecontracteerd. Tot zover zijn we het helemaal eens. Dat zou ik ook heel graag willen. Erkent de heer Geleijnse dat als je de verplichting om alles gecontracteerd te hebben eenzijdig neerlegt bij de verzekeraar, de aanbieder daardoor een extreem sterke onderhandelingspositie krijgt en dat dat ons met elkaar heel veel geld gaat kosten?

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Jazeker, ik erken dat. Het is een zoektocht met elkaar – dat hoop ik – naar hoe we dat kunnen verbeteren. Wat u aangeeft, is niet wenselijk. Maar het is voor mensen thuis ook heel lastig om een keuze te maken als je een bepaalde zorgverlener in jouw wijk wilt of voor jouw specifieke aandoening. Het is een beetje een zoektocht naar wat het beste is. Vandaar mijn vraag aan de Minister: is het verstandig?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Begrijp ik het goed dat dit voor de heer Geleijnse een oplossingsrichting is, die ik ook snap, maar dat hij ook begrijpt dat dit niet helemaal zwart-wit kan en dat je daarin dus een balans moet zien te zoeken?

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Zeker, en ik hoop de VVD aan de zijde van 50PLUS te vinden om met elkaar te zoeken naar een oplossing die recht doet aan beide kanten.

De **voorzitter**:

Dan is het woord aan de heer Rutte namens de VVD.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik ben niet de eerste vandaag die gaat zeggen dat wij in Nederland een uitstekende gezondheidszorg hebben. Ik heb het de heer Raemakers uitgebreid horen zeggen. Ook de heer Hijink en anderen hebben dat gezegd en dat is heel terecht. We mogen het best een beetje koesteren dat we in een land leven waarin iedereen aanspraak kan maken op uitstekende zorg. Die zorg wordt geleverd door onze uitstekende artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en logopedisten, en dat alles binnen het stelsel dat wij kennen. Dat stelsel wordt vormgegeven door de Zorgverzekeringswet. We hebben weleens een AO Zorgverzekeringswet gehad waarin iedereen het alleen maar had over de zorgverzekeraars,

maar het debat van vandaag is veel breder. Dat is ook terecht, want de Zorgverzekeringswet is de wet waarbinnen alles is geordend, van de aanbieders tot en met de verzekeringen.

Voorzitter. Binnen dat stelsel worden kennelijk heel veel goede afspraken gemaakt die ook leiden tot hele goede resultaten voor patiënten. Bij elkaar zijn dat heel veel handelingen en heel veel zorg ter waarde van maar liefst grosso modo 40 miljard euro. Daarin gaat verschrikkelijk veel goed, maar daarin gaan sommige dingen ongetwijfeld ook niet honderd procent goed. We moeten altijd nadenken over hoe het anders en beter kan. Ik heb veel voorstellen gehoord. Ik ben niet over alles enthousiast, maar het is logisch dat we hierover na blijven denken met elkaar. Misschien sta ik iets anders in de wedstrijd dan een aantal collega's, maar ik vind het wel degelijk goed dat er verschillende verzekeraars zijn die verschillend in de wedstrijd zitten en andere dingen doen. Daardoor krijg je nieuwe ontwikkelingen die de ene verzekeraar misschien niet had bedacht, maar de andere wel. Ik ben bijvoorbeeld persoonlijk heel enthousiast over de manier waarop verzekeraar VGZ inmiddels bij maar liefst 25 ziekenhuizen gericht werkt aan het krimpen van die ziekenhuizen, niet door ze te korten maar door maximaal te sturen op kwaliteit van zorg. Dat zijn heel inspirerende trajecten, waarin samen met professionals wordt gewerkt om te kijken naar wat men echt nodig heeft. Misschien heb je dan meer tijd nodig, maar dan kan je wel het echte gesprek voeren over welke behandeling het beste is. Ik vind dat inspirerend.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik zou wel acht vragen willen stellen aan de heer Rutte, maar ik beperk me tot één vraag. Hij heeft een voorbeeld gegeven. Ik zal het even in mijn eigen woorden zeggen: focus op de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen. Ik denk dat wij daar allemaal voor zijn. Dat beperkt zich nu vaak tot een bepaalde regio of in dit geval tot één verzekeraar. Maar ik heb juist aan de Minister gevraagd of dit soort goede voorbeelden niet veel breder afgedwongen of uitgerold – het zijn allebei vreselijke woorden – moeten worden? Dat zou mijn eerste vraag zijn. En twee: is de heer Rutte het met mij eens dat juist de Minister daar een belangrijke, zo niet doorslaggevende, regisserende rol in zou moeten hebben?

De heer Arno Rutte (VVD):

Mevrouw Ploumen raakt een punt aan dat ik aan het einde van mijn betoog ook wilde noemen, maar ik doe het nu even in tweeën. Allereerst ten aanzien van de manier waarop zij dit nu aan mij voorlegt. Ik schets juist een situatie waarin een specifieke verzekeraar denkt: dit is een aanpak die bij mij past en daar geloof ik in. Die verzekeraar heeft daar langjarig in geïnvesteerd om op die manier partnerships te zoeken met ziekenhuizen en gesprekken aan te gaan met professionals over de vraag: hoe doen we dit? Daar wordt ook externe hulp bij gehaald en er worden afspraken gemaakt over de manier van financieren. Op een bepaald moment gaat dat rollen en rolt dat verder. Ik deel met mevrouw Ploumen dat hele goede voorbeelden op een bepaald moment navolging kunnen verdienen, maar ik worstel wel met de vraag of je dat bij de Minister neer moet leggen, want dan loop je wel tegen ingewikkelde vraagstukken aan. Wanneer moet de Minister dan op een bepaald moment zeggen: nu heb ik een besluit genomen en moet iedereen het zo doen? Zo'n aanpak vraagt namelijk om investeringen in lokale aanbieders. Dit gaat vooral over een regionaal verhaal, dat heel erg past bij de verzekeraar die in die regio aanwezig is. Ik kan me voorstellen dat andere verzekeraars die ook goede dingen doen, een aanpak kiezen die beter past op de plek waar zij dominanter zijn. Dat raak je kwijt als je te veel centraal regisseert.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Er zijn verschillende manieren waarop je regie kunt voeren. Op zich zou dat een debat waard zijn. In mijn opvatting betekent regie voeren niet dat je één aanpak nationaal moet uitrollen. Misschien kan ik even wat preciezer zijn. Ik vind het ook heel goed dat VGZ dat doet, maar als verzekerde heb ik straks weer een miljoen keuzeopties en geen van die een miljoen geeft mij de informatie dat VGZ zo'n geweldig voorbeeld is – ik heb mij daar echt in verdiept – terwijl dat voor mij als consument een heel goed keuzecriterium had kunnen zijn. Dus één: het goede voorbeeld krijgt geen navolging. En twee: als je zo graag marktwerking wilt, dan heb ik als consument, die de keuze moet maken, geen enkele manier om dit uit die een miljoen keuzeopties te halen. Is de heer Rutte het met mij eens dat dat om een oplossing vraagt?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Hier worden twee dingen met elkaar verward die volgens mij heel weinig met elkaar te maken hebben. Ik wil best antwoord geven op de vraag of we te veel polissen hebben, maar dat vind ik een ander vraagstuk. Ik kan als consument wel degelijk enthousiast zijn over verzekeraar A, B of C. Ik koester dat je als klant één keer per jaar een keuze mag maken. Ik koester ook dat 7% van de Nederlanders dat het afgelopen jaar heeft gedaan, want dat houdt verzekeraars scherp. Als je weg kunt gaan, dan houdt dat verzekeraars scherp om mensen te behouden. Ik wil dat graag koesteren. Dat er een miljoen opties liggen, is een rekenslag waar we het weleens over kunnen hebben. Maar dat vind ik niet helemaal fair, want mensen zitten niet te puzzelen uit een miljoen opties. Zij kiezen primair voor een verzekeraar en die verzekeraar biedt dan een aantal lijnen aan van aanvullende polissen. Dus zo werkt het niet. Maar ik vind het wel belangrijk dat zichtbaar is dat de rol van een verzekeraar veel verder gaat dan alleen maar praten over de kosten van zorg. Die gaat ook over afspraken maken, over zorg en over het contracteren van zorg. Ik vind ook dat de verzekeraars veel beter kunnen laten zien wat ze doen, maar dat is aan de verzekeraars zelf. Dat helpt mensen zoals mevrouw Ploumen om een keuze te maken en om te zeggen: daar ben ik enthousiast over, maar hier ben ik minder enthousiast over. Nogmaals, ik wil hier helemaal geen reclame maken voor één verzekeraar. Ik heb gewoon een voorbeeld gepakt; daar gaat het om. Ik denk dat het veel belangrijker is dat je laat zien wat je doet. Maar welke exacte polis je dan kiest, is een andere afweging. Dat gaat over andere keuzes, denk ik.

De **voorzitter**:

Meneer Rutte, u vervolgt uw betoog. U heeft nog... Sorry, er is nog een interruptie van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Als we erover praten dat de Minister de regie moet nemen, dan wil ik toch nog iets vragen. Ik gaf in mijn inbreng een paar voorbeelden van het feit dat beroepsgroepen hun eigen richtlijnen niet volgen, zoals bij de kijkoperaties van knieën. Ze zeggen zelf dat ze het in die gevallen beter niet kunnen doen, maar het gebeurt wel en de zorgverzekeraar vergoedt het ook nog. Dat kost 44 miljoen. Ik heb ook het holterkastje genoemd en het feit dat fysiotherapeuten gek worden van de administratie, omdat er verschillende codes zijn en verschillende behandelindexen. Vindt meneer Rutte niet dat de Minister de regie kan nemen om daar meer eenduidigheid in te krijgen en om ervoor te zorgen dat er geen dingen worden vergoed die niet in de richtlijnen staan?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Mevrouw Van den Berg noemt een aantal verschillende dingen, maar laat ik op haar specifieke punt ingaan, namelijk dat er dingen worden vergoed

die niet in de richtlijn staan. Die ergernis heb ik zelf ook al heel lang en die verbaast me elke keer weer. In richtlijnen wordt gezegd: sommige dingen zouden we niet moeten doen. Maar de praktijk is weerbarstig, want ze blijven het toch doen. Tegelijkertijd wordt die zorg vaak ook nog vergoed. Dat laatste zou niet meer moeten gebeuren. Dat ben ik met mevrouw Van den Berg eens. Wellicht kan de Minister daar iets in betekenen. Maar onder de streep kunnen ook de toezichthouders in de zorg hier wat van vinden, want het is wel vreemd dat er zorg wordt vergoed die niet voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk, of misschien wel aan die van de praktijk maar sowieso niet aan de stand der wetenschap. We hebben hele discussies over bepaalde ingrepen. We hebben het net gehad over vruchtbaarheidsbehandelingen. Toen werd gezegd dat een medische noodzaak ontbreekt en dat als we het wel zouden gaan doen, datgene wat we doen wellicht niet zou voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk, en dat het daarom niet zou kunnen. Dat is al dan niet terecht, maar dat zou hierbij eigenlijk ook niet moeten kunnen. Ik ben wel een beetje aan het zoeken naar wie hier kan optreden, want volgens mij is die uitkering niet conform de Zorgverzekeringswet. Een verzekeraar mag dat eigenlijk helemaal niet doen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik houd mijn tweede, korte interruptie nog even in de pocket.

De **voorzitter**:

Heel verstandig. Dat klinkt dreigend.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik deel dit wel met mevrouw Van den Berg. Ik vind de vragen die zij daarover heeft gesteld, heel interessant en ik ben echt benieuwd naar de antwoorden en naar hoe dit precies zit. Dit is mijn gevoel, maar ik ben geen beleidsambtenaar. Ik ben een politicus, net als u. Maar volgens mij zit het zo en het verbaast mij ook dat hier al langere tijd niet tegen wordt opgetreden.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog. U heeft nog drie minuten.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat gaat lukken. Ik begon met een positieve inleiding en dat lijkt mij ook terecht. Maar ik zei al dat er ook dingen zijn waar we mee worstelen. Met sommige dingen worstelen we al langjarig. Er zijn heel wat partijen hier die al langjarig hun ergernis uitspreken over hoe kleine zorgaanbieders maar niet fatsoenlijk in gesprek raken met verzekeraars. Dat is een punt. Ik heb er een brief bij gepakt van de vorige Minister over het programma Kwaliteit loont. Die stamt uit begin 2015 en daarin zegt ze: nu gaan we er echt voor zorgen dat die gesprekken worden gevoerd. Ik heb zelf – ik sta daar vast niet alleen in – met logopedisten, fysiotherapeuten en noem maar op gesproken. Ze gaven elke keer aan: «Ik krijg gewoon iets en dat moet ik tekenen. Andere keuzes zijn er niet. Als ik bel, wordt niet eens opgenomen. Laat staan dat er een gesprek is.» Als wij vinden dat de zorg moet veranderen – ik vind dat oprecht – naar misschien wel wat minder in het ziekenhuis en veel meer dicht bij mensen, zeker in de vergrijzende populatie, waarbij bijvoorbeeld bewegen extreem belangrijk wordt, dan kun je voor de afweging staan om of een operatie of een interventie bij de fysiotherapeut te doen. Dan moet je afspraken met fysiotherapeuten kunnen maken over hoe een goed beweegprogramma als alternatief voor een operatie eruitziet. Dan moet je ook in gesprek met fysiotherapeuten kunnen gaan, die dan zeggen «ik kan dat wel» of «ik kan dat niet». En dan moet daar ook een ander tarief tegenover staan en niet het eeuwige verhaal van «zoveel euro per sessie».

Dit soort gesprekken komen nog veel te slecht van de grond. Ik vind oprecht dat verzekeraars hier een grote verantwoordelijkheid hebben. Zij zijn hier de sterkste partij en moeten met ideeën komen over hoe het gesprek dan wél kan worden gevoerd. Ik hoor nu veel te vaak: ja, maar het is heel ingewikkeld. Dat snap ik ook wel. Je kunt niet zomaar met duizenden partijen in gesprek. Maar verzin dan een list. De sterkste van deze twee heeft hier wat mij betreft de grootste verantwoordelijkheid. Er staat wel tegenover dat ook paramedische beroepsgroepen en logopedisten moeten nadenken over hoe ze van hun kant toenadering kunnen vinden. Dat staat nog los van de discussie, die we in een ander AO moeten voeren, dat men het in de beroepsgroep ook niet altijd onderling met elkaar eens is. Maar dat wil ik nu even parkeren.

De voorzitter:

U maakt toch gebruik van de laatste interruptiemogelijkheid, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik hoor een betoog. Mag ik concluderen dat meneer Rutte het eens is met het CDA dat de ACM zou moeten toestaan dat de zorgverzekeraars en de brancheorganisatie samen een soort standaardformat maken, dat dan later per zorgaanbieder ingevuld kan worden? Dat laatste is dan weer iets tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik sta open voor heel veel oplossingen. Dit zou er één kunnen zijn. Wat precies kan en wat niet kan, dat durf ik niet meteen uit mijn mouw te schudden. Maar ik sta er niet meteen negatief tegenover. Het gaat er in ieder geval om dat ik vind dat er voor de aanbieders iets van onderhandelingsruimte is, zodat ze bijvoorbeeld kunnen aangeven: «Dit kan ik goed. Dit past precies bij wat we met elkaar willen. En daar zou ik dan zo'n bedrag tegenover willen zien staan. Da's heel normaal.» Voor ziekenhuizen is dat heel normaal; daar wordt dat ook gedaan. Maar verzekeraars voeren dat gesprek niet. Ik sta er dus zeker niet negatief tegenover. Maar wellicht zijn er ook andere vormen.

Voorzitter. Daar hoort volgens mij ook bij dat verzekeraars in hun eigen organisatie kritisch naar zichzelf gaan kijken. Heel veel verzekeraars zijn nog steeds opgeknipt in «inkoop tweede lijn», «inkoop eerste lijn», «inkoop paramedisch» en noem maar op. Als we integrale interventies willen om in een vergrijzende populatie de juiste zorg op de juiste plek te leveren, dan is het wellicht niet meer helemaal van deze tijd om op die manier je organisatie in te richten. Dat is eigenlijk weer een oproep. Daar kan de Minister niet zoveel mee. Maar ik wilde die hier wel gedaan hebben.

Voorzitter. Ik kom bij mijn laatste punt, een punt waarop ik eigenlijk in elk debat uitkom: slimme zorg. In de vergrijzende populatie is het echt steeds belangrijker dat mensen thuis heel goed gemonitord kunnen worden. Ik noem mensen met COPD, met hartfalen of met diabetes type 1, een aandoening die ook heel veel jonge mensen treft. Er zijn hele mooie interventies, waarbij je met sensortechnologie iemand fantastisch kunt monitoren. Maar ook de vergoeding daarvan komt maar moeizaam tot stand. Ik hoor dat een belemmering zou zijn dat de medische richtlijn in de weg staat. De diabetes type 1-patiënt wordt geacht nog steeds één keer per kwartaal op een poli van de internist te komen, terwijl dat eigenlijk onzin is als je zo'n goede sensor hebt geïmplantéerd. Kijkend naar de Zorgverzekeringswet vraag ik: wordt het niet een keer tijd dat we veel grotere stappen zetten met deze slimme technologie? En als dan de medische richtlijn belemmerend werkt en ertoe dreigt te leiden dat er twee keer moet worden betaald, dan moet er iemand zijn – dan komen we op de regie, een punt van mevrouw Ploumen – die een keer zegt: deze

richtlijn voldoet niet meer, die passen we aan. Volgens mij kan het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruiken, maar het mag van mij ook een ander zijn. Maar het kan nodig zijn om door te drukken om de zorg in Nederland te veranderen en aan te passen aan de tijd die eraan komt. Graag! Graag een reactie van de Minister.

De **voorzitter**:

Dank, meneer Rutte. Als laatste mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het overstapseizoen ligt al weer enige tijd achter ons. Er is de nodige aandacht uitgegaan naar de overstappers, naar de polissen en naar de vraag of de mensen wel de juiste informatie kunnen vinden. De Minister schrijft: voor een goed functioneren van het zorgverzekeringsstelsel is het van belang dat verzekerden een polis hebben die bij hen past. Waarom is er dan geen aandacht besteed aan de reclame en de cadeautjes waarmee verzekerden, vooral jonge, gezonde mensen, gelokt worden? Wat vindt de Minister ervan dat er gratis abonnementen, reisesjes, kortingen op fitness of saunabezoekjes worden aangeboden? Of een nieuwe iPad, een nieuw paar schoenen, een weekendje Parijs of een kaartje voor de musical? Of de gratis condooms, de gratis pechvogelhulp of gratis reizigersvaccinaties? En zorgverzekeraar FBTO maakt het helemaal bont: die biedt gratis een second opinion aan, of hulp bij het zoeken naar een nieuwe huisarts. Maar dat hoort gewoon bij het takenpakket van de zorgverzekeraar. Iedereen heeft recht op een second opinion. De 30 miljoen die zo wordt besteed aan reclame, is eigenlijk te gek voor woorden. Als we echt willen dat mensen bewust een keuze maken voor een polis op basis van de inhoud, dan moeten dit soort praktijken eigenlijk echt stoppen. Graag een reactie van de Minister. De Minister schrijft dat voor een goed functioneren van het zorgverzekeringsstelsel het van belang is dat iedereen verzekerd is en meebetaalt aan de kosten. Niet-verzekerden en wanbetalers ondermijnen de solidariteit van het stelsel. Mijn fractie vindt het onverteerbaar dat ruim een kwart miljoen mensen de premie niet betalen, terwijl er een heleboel mensen met een heel laag inkomen zijn die dat wél netjes doen. Kwijtschelding of verlaging van de openstaande premieschuld is wat ons betreft niet aan de orde. Dat de zorg voor veel mensen onbetaalbaar is, is duidelijk. Maar wij vinden dat je dan de zorgpremie en het eigen risico voor iedereen moet verlagen. De Minister maakt nu goede sier met het dalende aantal wanbetalers. Maar dat betekent niet dat de totale premieschuld is afgenomen. Integendeel, het openstaande premiebedrag is toegenomen: er staat meer dan 1 miljard premiegeld open. Dat is ongelooflijk veel geld. Daarmee zouden we het eigen risico met € 100 omlaag kunnen brengen. En dan nog meer cijfers. Mensen met een migratieachtergrond zijn drie keer vaker wanbetaler dan Nederlanders: Marokkanen vijf keer, Turken vier keer en Antillianen elf keer. Maar nog nooit heeft de Minister dit opgepakt. Nog nooit heeft de Minister hier iets aan willen doen. Ik roep de Minister dan ook op om dit wel te doen. Iedereen moet meebetalen. Ook de aanpassing van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden krijgt niet onze goedkeuring. Wij blijven op het standpunt staan dat wie niet verzekerd is, alleen recht heeft op spoedeisende zorg, waarna natuurlijk wel de rekening betaald moet worden. De Minister schrijft dat voor een goed functioneren van het zorgverzekeringsstelsel discussies over contractering niet over de rug van patiënten gespeeld horen te worden. De Minister zegt terecht dat patiënten niet de dupe moeten worden van contractonderhandelingen en afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Maar de Minister loopt ook hier wel heel erg achter de feiten aan. Patiënten ervaren natuurlijk wél de last van budgetplafonds, patiëntenstops, doorverwijzingen en wachtlijsten vanwege problemen tussen de zorgaanbieder en hun zorgverzekeraar. De

zorg is allang niet meer voor iedereen gelijk. De zorg is afhankelijk geworden van je verzekeraar, je polis en je postcode. Sterker nog, die is inmiddels ook afhankelijk geworden van waar en bij wie je onder behandeling bent. Het St Jansdal in Lelystad weigert bloed te prikken, urine af te nemen of röntgenfoto's te maken van patiënten die zijn doorverwezen door een arts die in de tussentijd, vanwege alle ellende, maar voor zichzelf is begonnen. Een patiënt uit Lelystad moet nu naar Almere voor een prik in zijn heup. En de patiënt die bloed kwam laten prikken, werd gewoon weer weggestuurd. Wat zijn dit voor praktijken, vraag ik de Minister. Waar is de zorgplicht gebleven? Is dit in het belang van de patiënt? Nee, natuurlijk niet. Dit is puur, zuiver misbruik van marktmacht. De Minister moet hier actief een stokje voor steken. Heeft de Minister het St Jansdal al ter verantwoording geroepen? Zo nee, waarom niet? En per wanneer gaat hij dat dan wel doen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank, mevrouw Agema. De Minister heeft aangegeven dat hij vijftien minuten de tijd neemt. Dus om 14.40 uur gaan we weer verder.

De vergadering wordt van 14.24 uur tot 14.40 uur geschorst.

De voorzitter:

Dames en heren, wij gaan weer verder met het overleg over de Zorgverzekeringswet. De inbreng van de zijde van de Kamer is geweest. We doen interrupties in tweeën. Ik kijk nu naar Minister Bruins voor de beantwoording in de eerste termijn.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank u wel. Wij hebben het vanmiddag over de Zorgverzekeringswet. Voordat ik de vragen ga beantwoorden, wil ik graag drie opmerkingen maken. Eentje gaat over de rol van de zorgverzekeraars om goede en betaalbare zorg voor hun verzekerden te organiseren. Dat is immers een afspraak die wij hebben vastgelegd in het hoofdlijnenakkoord. Een tweede opmerking zou ik willen maken over de keuzevrijheid van verzekerden op de polismarkt, en de daarbij horende gewenste noodzakelijke transparantie en overzichtelijkheid. En een derde opmerking zou ik willen maken over verzekerden die moeite hebben met het betalen van hun premie.

Maar eerst de rol van de zorgverzekeraars. De verzekeraar is een spin in het web in het zorgstelsel. Hij koopt immers zorg in voor z'n verzekerden, en daarmee stuurt hij op de prijs van zorg, op de inhoud ervan en op de plaats waar de zorg wordt geleverd. De zorginkoop van één verzekeraar staat echter niet op zichzelf: andere zorgverzekeraars maken voor hun verzekerden afspraken met zorgaanbieders, gemeenten regelen voor hun inwoners de ondersteuning thuis en de zorgkantoren zijn in hun regio verantwoordelijk voor de Wet langdurige zorg. Er is dus sprake van een regionaal samenspel tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren. Dat moet goed verlopen, in het belang van de patiënt. Zoals het is geformuleerd bij de taskforce De juiste zorg op de juiste plek: het gaat niet om het vegen van de eigen stoep, maar om het schoonhouden van de hele straat. Ik kijk naar de zorgverzekeraars om die rol van spin in het web te vervullen en het samenwerkingsproces op gang te houden of te brengen. Dat gaat niet altijd vanzelf, maar ik zie in de praktijk wel steeds meer initiatieven die erop duiden dat het de goede kant opgaat.

U heeft daar enkele voorbeelden van gehoord bij het rondetafelgesprek op 18 februari over De juiste zorg op de juiste plek. Ik noem er hier ook graag een paar. Bijvoorbeeld het regionaal samenwerkingsverband Vitaal Vechtdal, dat verschillende projecten uitvoert voor een gezonde regio, met

meerdere verzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders die zijn aangesloten. Een ander voorbeeld zijn de ziekenhuizen die verenigd zijn in de Santeon-groep, waarmee meerdere zorgverzekeraars een meerjarencontract hebben gesloten. In de contracten zijn zorguitkomsten en de kwaliteit van leven van de patiënt leidend. Ook daar zijn financiële consequenties aan gekoppeld. Een derde voorbeeld vind ik de gemeente Tilburg. Die werkt met meerdere verzekeraars samen om onnodige medicalisering in de zorg voor jongeren te voorkomen. Dit soort voorbeelden dragen bij aan de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek. We zien dat daar een stijgende lijn is ingezet. Dat is positief.

Dat blijkt ook uit een brief van Zorgverzekeraars Nederland, die u in februari heeft ontvangen. In deze brief geven de gezamenlijke zorgverzekeraars aan dat ze hebben afgesproken om feitelijke beelden – wij spreken hier altijd over regiobeelden – te maken van de sociale situatie en de gezondheidssituatie in een regio. Zij nemen verantwoordelijkheid voor een afspraak uit de hoofdlijnenakkoorden. Aan de hand van die regionale beelden kunnen de huidige en de toekomstige zorgvraag in kaart worden gebracht. Zo kan worden bepaald hoe deze zich verhoudt tot het zorgaanbod. Sluit het op elkaar aan? Waar zit de opgave in de regio? Dat is een opmerking over de verzekeraars.

Dan een opmerking over het polisaanbod. U heeft daar allen over gesproken. Eerst een paar cijfers. Dit jaar zijn er 1,2 miljoen mensen overgestapt naar een andere zorgverzekering. Ordegrootte: 7% van alle verzekerden. Daarnaast oriënteert een vijfde van de verzekerden zich op een overstap, om tot het besluit te komen níet over te stappen. Maar dat is niet zo erg, want overstappen is immers geen doel op zich. Waar het om gaat, is dat mensen zich vrij voelen om een verzekering te kiezen die het beste aansluit op hun behoeftes en voorkeuren.

Voorzitter. Ook het afgelopen overstapeseizoen heb ik mij hier weer voor ingezet. Samen met de ACM, de Consumentenbond, de Patiëntenfederatie en de Zorgautoriteit heb ik in een campagne op radio en tv verzekerden gewezen op het belang van het kiezen van de goede zorgverzekering. Daarnaast is een speciaal team vanuit het Ministerie van VWS het land in getrokken, onder andere naar kerstmarken en winkelcentra. Het feit dat er dit jaar weer meer mensen zijn overgestapt dan voorgaande jaren, laat zien dat de markt in beweging is. Dat vind ik positief.

Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek van de Zorgautoriteit en de ACM, en daar heeft u eigenlijk ook allemaal op gewezen, dat verzekerden obstakels in hun keuzeproces kunnen ervaren, zoals de complexiteit van de keuze en de grenzen aan de hoeveelheid informatie die een mens kan en wil verwerken. Dat vind ik zorgelijk. Daarom heb ik verschillende acties in gang gezet om het polisaanbod inzichtelijker en overzichtelijker te maken, zeker ook op het punt van de transparantie. Ik heb de NZa gevraagd om in haar toezichtactiviteiten het volgende mee te nemen. Een. De vraag of het voor verzekerden bij het afsluiten van een zorgverzekering voldoende inzichtelijk is of er binnen hetzelfde verzekeringsconcern nog een nagenoeg identieke polis bestaat. Twee. Het verzoek om met zorgverzekeraars te onderzoeken hoe de vindbaarheid en de begrijpelijkheid van polisinformatie structureel kan worden verbeterd. En ten derde de vraag of het voor verzekerden direct duidelijk kan zijn welke modelpolis aan een collectiviteit ten grondslag ligt.

Van dat laatste kan ik zeggen dat dat flink verbeterd is. Dan doel ik op het inzicht tussen aan de ene kant de modelpolis, waar we er inmiddels 59 van hebben, en aan de andere kant de collectiviteiten, waarvan we er veel te veel hebben. U heeft daarbij aantallen genoemd als «tienduizenden». In ieder geval is er één duidelijkheid gekomen: het is nu voor elke collectiviteit duidelijk op welke modelovereenkomst zij rust. Dat vind ik een stapje voorwaarts. Dus alle collectiviteiten zijn in te delen op een van die 59 modelovereenkomsten.

Voorzitter. Anderzijds blijkt dat de verzekerde de informatie die beschikbaar is, nog niet altijd goed kan vinden of goed kan begrijpen. De NZa zal daar nog dit jaar nader onderzoek naar doen. Zelf doe ik in het kader van de transparantie onderzoek dat zich specifiek richt op zorggebruikers. Het lijkt erop dat zij, de zorggebruikers, minder vaak overstappen dan andere verzekerden. Ik kan me dus voorstellen dat er voor deze groep winst is te behalen als het gaat om die transparantie. Ik wil meer weten over de precieze belemmeringen die deze groep ervaart. Over de uitkomsten van dat onderzoek informeer ik uw Kamer zo spoedig mogelijk.

Voorzitter. Tijdens eerdere debatten hebben we al geconstateerd dat het polisaanbod te groot is, en dat veel polissen nauwelijks van elkaar verschillen. Een te groot aanbod bevordert de overzichtelijkheid en het kiezen niet. Eén oplossingsrichting ligt in de eerder genoemde transparantie. De tweede ingezette actie is gericht op het verminderen van het aantal modelpolissen. 59 zijn het er nu. Het waren er vorig jaar 55. We hebben er ook een extra verzekeraar bijgekregen. Elke verzekeraar moet natuurlijk een paar modelpolissen hebben om zichzelf mee op de markt te presenteren. Maar ik ben met de zorgverzekeraars aan de slag om dat aantal van 59 terug te brengen met de ordegrootte van een stuk of tien. Ik hoop dat ik daar binnen een jaar succes van zie. Hoe doe ik dat? Moet daar een wet voor komen? Nee, dat hoeft niet. Het kan op basis van vrijwilligheid. Dit debat helpt mij als een steun in de rug bij het gesprek dat ik hierover voer met de verzekeraars.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet heeft mij in een vorig overleg over de Zorgverzekeringswet gevraagd of ik harde afspraken kon maken met die zorgverzekeraars over het aantal modelpolissen. Ik voer dat gesprek op dit moment. Ik denk ook dat de zorgverzekeraars zullen komen met minder polissen, en dat die polissen ook meer onderscheidend zullen zijn.

Voorzitter. Naast het aantal modelpolissen is er ook nog het aantal collectiviteiten. Dus ik heb het nu gehad over die 59, maar nog niet over de collectiviteiten. Hoewel het aantal collectiviteiten lijkt te zijn gedaald in de afgelopen twee jaar, zijn het er nog steeds duizenden. Vele daarvan zijn exacte kopieën van elkaar. Veel collectiviteiten verschillen ook niet of nauwelijks van de onderliggende modelpolis, maar worden wel tegen een lagere prijs op de markt gezet. De beleidstheorie is dat de korting wordt opgebracht door besparingen op doelmatigheid, maar deze worden niet waargemaakt. Integendeel, de verzekerden betalen de korting zelf via een opslag. Dat is de reden dat ik heb aangekondigd dat de maximale collectiviteitskorting met ingang van 2020, dus met ingang van volgend jaar, wordt verlaagd naar 5%. Ik heb met de verzekeraars besproken dat ik hun nog één kans wil bieden en hun de tijd wil geven om deze korting te legitimeren met zorginhoudelijke elementen. Ik denk dan aan afspraken, specifiek voor de doelgroep, die dusdanig bijdragen aan de collectieve lastenvermindering dat een korting op de basisverzekering te rechtvaardigen is. Dat kunnen zorginhoudelijke afspraken zijn, maar bijvoorbeeld ook afspraken over het voorkomen van wanbetaling.

De voorzitter:

Minister, er is een interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag is: wat doet het maximeren van die korting tot 5% met het aantal collectiviteiten?

Minister Bruins:

Ik denk dat het een tweeledig effect heeft. Verzekeraars weten nu dat het uw Kamer, ons, ernst is om het aanbod van al die collectiviteiten drastisch terug te dringen. Dus dat op zichzelf zal al aanzetten tot het heroverwegen van die grote aantallen collectiviteiten. Het tweede is dat eigenlijk geen

zorgverzekeraar kon vertellen wat er achter die korting van 10% schuilging. Dat kon men niet waarmaken, niet laten zien. Er waren wel voorbeelden van kleinere percentages korting, maar het kwam eigenlijk nooit boven de 5% uit. Dus door die korting te maximeren op 5%, en het ook te benoemen als een soort laatste stap richting een kortingsmogelijkheid van 0%, denk ik dat het de verzekeraars zal stimuleren om na te denken over minder collectiviteiten, met duidelijkere, onderscheidende kenmerken, opdat er echt wat te kiezen valt voor verzekeringnemers. Dat is mijn verwachting. Ik denk dat we de eerste stap daarvan zien na het komende overstapseizoen, dus dat is al vroeg in 2020, zou ik willen zeggen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik begrijp dus dat de Minister zegt dat het begrenzen van die collectiviteitskorting tot 5% iets doet aan het aantal collectiviteiten. Maar waarom maakt de Minister niet gewoon een einde aan al die collectiviteiten? Waarom eigenlijk niet?

Minister **Bruins**:

Als er een verzekeraar is die op zorginhoudelijke gronden komt tot een afspraak met zorgaanbieders waarmee hij voordeliger kan inkopen, en hij kan dat voordeel doorgeven aan de verzekerden, dan vind ik dat een goede zaak. Ik dacht dat de heer Raemakers het voorbeeld noemde van Menzis, dat een bepaalde collectiviteit niet meer aanbiedt in Apeldoorn maar wel in het oorspronkelijke gebied van Menzis. Menzis zegt: daar ben ik in staat om een collectiviteit aan te bieden op zorginhoudelijke kenmerken, zodat ik het voordeliger kan maken voor groepen in mijn kerngebied. Nou, als daar een zorginhoudelijke grond onderligt, dan denk ik dat dat een goed product kan zijn. En ik kan me voorstellen dat verzekerden daarop instappen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, u bent nog niet tevreden, begrijp ik?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, nog heel kort, voorzitter. Wat is nou precies het doel dat de Minister volgend jaar wil bereiken met die begrenzing van de korting? Waar wil hij staan in het aantal collectiviteiten? Hoe moet het eruitzien? Ik snap niet goed waar de Minister met deze maatregel over een jaar wil staan.

Minister **Bruins**:

Ik wil hier over een jaar staan met verzekeraars die trots zijn op het feit dat zij minder collectiviteiten aanbieden. Niet minder om het minder – dat helpt wel al in de transparantie – maar ook minder omdat er een duidelijk verschil moet zijn tussen de ene collectiviteit en de andere. Dat is mijn verwachting, die ik uitspreek en ook uitgesproken heb in de richting van de zorgverzekeraars.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

Eigenlijk waren wij best blij met de reactie van de Minister op de vragen van mijn collega Ellemée. Ik heb namelijk zelden zulke heldere antwoorden gelezen. De Minister geeft in zijn brief zelf aan dat de collectiviteitspolissen geen enkel voordeel hebben voor de kwaliteit van onze gezondheid, onze zorg en onze portemonnee. En als de Minister dat zelf zo hard stelt, dan verbaast het ons toch dat er voorgesteld wordt – dan sluit ik me aan bij mevrouw Agema – om van 10% naar 5% te gaan. Waarom zegt de Minister niet gewoon dat we stoppen met deze waanzin? Kan de Minister nogmaals duidelijk aangeven waarom daar nu nog niet voor wordt gekozen? Want volgens mij is daar in de Kamer ruime steun voor.

Minister Bruins:

Ik herhaal nog maar een keer: stel je voor dat er een verzekeraar is die goede zorg voor een bepaalde collectiviteit kan inkopen en dat zijn inkopers zo goed zijn dat hij die kwalitatief goede zorg kan inkopen tegen een voordelige prijs. Dat vind ik dan een goede rechtvaardiging voor een collectiviteit. Dan zeg ik tegen die verzekeraar: kom maar op, laat maar zien; als u dat voordeel doorgeeft aan de verzekerden, vind ik dat een goede keuze. Het verleden heeft daar te weinig voorbeelden van gezien. Daar heb ik op gewezen in de antwoorden in de richting van GroenLinks. Ik zie dit als een laatste kans voor de verzekeraars om te laten zien dat er een collectiviteitskorting kan komen. 10% gaan ze nooit halen, dat wordt ook niet bestreden aan de kant van de verzekeraars. Ik denk dat 5% ongeveer het maximaal haalbare zal blijken te zijn waartegen je kwalitatief goede zorg inhoudelijk voordeliger kan inkopen. Die twee bij elkaar en het punt dat het een soort laatstekanskaart is voor zorgverzekeraars, geven mij de hoop en de verwachting dat de zorgverzekeraars met iets zullen komen. We zullen het zien. Als ze niet met iets komen, gaan we naar nul.

De heer Smeulders (GroenLinks):

Twee aanvullende vragen. Een, heel simpel: heeft de Minister er vertrouwen in dat dit gaat leiden tot een verbetering? Wij zetten daar namelijk grote vraagtekens bij, maar de Minister is bereid om toch die tussenstap van 10% naar 5% in te bouwen. Dus heeft de Minister er vertrouwen in? De tweede vraag is misschien nog wel relevanter. Wij hebben er niet zo heel veel vertrouwen in. Op basis van welke criteria besluit de Minister? Wat moet er over een jaar gelukt of gebeurd zijn als de Minister in samenspraak met de Kamer het besluit gaat nemen om die collectiviteitsspolissen echt af te schaffen? Op basis waarvan wordt dat besluit genomen? Als we dat nu weten, weten de zorgverzekeraars dat ook en dan kunnen ze daar rekening mee houden. Dat lijkt me belangrijk.

Minister Bruins:

Als ik geen kansen had gezien, had ik u dit niet voorgesteld. Dan had ik niet een AMvB gemaakt met een kortingspercentage van 5%. Dan hadden we meteen naar nul kunnen gaan. Maar een voorbeeld als dat van Menzis, dat zegt zich met een bepaalde collectiviteit specifiek te willen richten op zijn kerngebied, geeft mij aanleiding om te denken dat Menzis daar goed over na heeft gedacht en beleid wil uitstippelen om te zorgen dat voor die groep verzekerden een bepaalde collectiviteit kan worden aangeboden vanwege – zeg het maar: bepaalde zorg in de omgeving, bepaalde service die kan worden geboden, een bepaalde berekeningswijze samen met de gemeente. Wie zal het zeggen; ik weet niet precies waar Menzis mee komt. Maar het lijkt mij fantastisch om te kijken of deze verzekeraar of andere verzekeraars – ze zijn mij allen even lief – komen met voorbeelden waarin zij kunnen laten zien dat een collectiviteitskorting een resultaat is van ten eerste zorginhoudelijke goede inkoop, tegen, ten tweede, een voordelige prijs en dat, ten derde, dat voordeel kan worden doorgegeven aan de verzekerden. Dat lijkt mij een goede gedachte. Die kans wordt nu dus geboden. Ik vind het het laatste stationnetje voor het eindstation.

De voorzitter:

Volgens mij is de tweede vraag niet beantwoord. Die ging erom welke criteria behaald moeten zijn.

Minister Bruins:

Ik dacht dat ik dat gezegd had. Ik denk dat voor de verzekerde duidelijk moet zijn dat er zorginhoudelijke verschillen zijn in de polis op grond waarvan die verzekerde de keuze maakt om in te stappen op die collectiviteit. Die criteria heb ik niet, die creativiteit moet aan de kant van de verzekeraar liggen. Maar het moet onderscheidend zijn, het moet van

goede kwaliteit zijn en het moet voor een redelijke prijs kunnen. Anders kan die collectiviteitskorting niet gerechtvaardigd worden.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

De Minister geeft aan dat hij er vertrouwen in heeft en dat hij anders niet zou voorstellen om van 10% naar 5% te gaan. Ik vind dat de Minister dan ook moet zeggen op basis waarvan hij gaat beoordelen of dat vertrouwen gerechtvaardigd is. Om nu alleen maar aan te geven dat het voor de verzekerde duidelijk moet zijn, vind ik iets te makkelijk. Ik wil de Minister nogmaals vragen om echt duidelijk de criteria aan te geven, dus wat er over een jaar gebeurd moet zijn, willen we dit systeem overeind houden en anders gaat de stekker eruit. Het kan wat mij betreft ook in tweede termijn.

Minister **Bruins**:

Ik wil het nog wel een keer herhalen. Ik wil zichtbaar hebben of het mogelijk is dat straks verzekeraars zo'n verzekering aanbieden tegen een korting van 5%. Dat is de maatlat waarlangs ik het leg. Dat is het prijsargument. Daarnaast wil ik zien op basis van welke argumenten de verzekeraar de korting aanbiedt. Want ik wil dat het een echte korting is en ik wil niet dat het een «fopkorting» – het woord is gebruikt door de heer Hijink – is. Dat wil ik dus zien van de verzekeraar: een bepaalde collectiviteit, waarvoor zorginhoudelijke afspraken zijn gemaakt, van goede kwaliteit, waarvoor een voordelige prijs, maximaal 5% korting, mogelijk is. Ik wil zien of dat wat oplevert.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vind het gewoon niet duidelijk. Als je stelt dat de korting maximaal 5% mag zijn, blijft het natuurlijk zo dat ook in het geval dat die 5% gehaald wordt, die korting betaald wordt door de andere verzekerden. Het mag geen fopkorting meer zijn. Dat betekent dat het niet zo mag zijn dat de premie eerst omhooggaat en er dan alsnog een korting wordt doorgevoerd, waardoor degene het uiteindelijk zelf betaalt. Oké, die betaalt het dus niet. Wie betaalt het dan wel? Dat zijn de andere verzekerden bij hetzelfde concern, want uiteindelijk moet die korting natuurlijk wel betaald worden.

De vraag blijft: op welke gronden gaat de Minister beoordelen of deze maatregel een succes is geworden? Mijn buurman heeft deze vraag ook al gesteld, helemaal terecht. De Minister zegt dat het overduidelijk een korting moet zijn van 5% en dat er zorginhoudelijke afspraken moeten zijn gemaakt. Maar hoe gaat er in vredesnaam beoordeeld worden of de verzekeraar iets heeft kunnen doen, binnen een jaar, voor deze groep verzekerden, dat binnen dat jaar een bepaalde korting rechtvaardigt? Dat is toch heel moeilijk meetbaar te maken? Als de Minister wél denkt dat het meetbaar te maken is, hoe dan?

Minister **Bruins**:

We hebben nu een AMvB in omloop gebracht waarin staat dat we 5% korting het maximum vinden. Daar kunnen de verzekeraars dus rekening mee houden. Ze weten dit al een tijdje en ze kunnen zich erop voorbereiden voor het komende overstapseizoen, want die 5% gaat in 2020 in. Ze moeten er dus al dit jaar voor zorgen dat er polissen worden gemaakt waarin uit de inhoud van die polis duidelijk wordt waarop die collectiviteitskorting is gebaseerd. Dat lijkt mij heel goed inzichtelijk te maken. Dit is niet iets van een fopkorting die je doorgeeft en waar andere verzekerden vervolgens voor moeten opdraaien; dit voordeel moet te verdienen zijn uit zorginhoudelijke gronden, dus op basis van goede inkoop van zorg. Het moet dus niet het verspreiden zijn van de fopkorting naar de andere verzekerden. Dit gaat over zorginhoudelijke gronden, met een

bepaalde populatie, zoals bij Menzis in een bepaald gebied, op basis waarvan Menzis kan zeggen: wij zien kansen om dit voordeliger aan te bieden.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zit mij gewoon af te vragen wat dan die zorginhoudelijke afspraken zijn. Hebben we het dan bijvoorbeeld over lagere tarieven voor zorgverleners? Daar kom ik dan een beetje op uit. Als die 5% gehaald moet worden in de zorgsector zelf, gaat dat dus ten koste van de zorgverleners. Die krijgen dan waarschijnlijk lagere tarieven. Of wordt er minder zorg verleend aan de categorie mensen die die polis hebben? Wat zijn voorbeelden van zorginhoudelijke afspraken die dusdanig veel geld opleveren dat mensen 5% minder premie gaan betalen? Dan gaat het toch óf om lagere uitgaven aan zorg, bijvoorbeeld door de zorgkosten bij zorgverleners te drukken, óf om mensen die minder aanspraak op zorg kunnen maken als ze zorg nodig hebben? Hoe zien die afspraken er dan uit?

Minister **Bruins**:

Misschien kan het er ook in zitten dat je een betere organisatie realiseert. Neem nog een keer dat voorbeeld van Menzis, dat in zijn kerngebied betere afspraken kan maken, simpelweg vanwege efficiency, organisatie, het opzetten van een makkelijk systeem voor verrekeningen. Het zou ook kunnen zijn dat het zorginhoudelijk kan worden gemotiveerd, bij bepaalde vormen van diabeteszorg. Maar de kwaliteit moet wel goed blijven. Daar moet de verzekerde op kunnen blijven vertrouwen en dat zal de NZa ook blijven beoordelen. Het gaat hier over een inkoopvoordeel dat gemotiveerd moet worden uit de resultaten van het inkopen en niet over een fopkorting die wordt opgebracht door andere verzekerden, want dat is geen echte korting. Dat is niet de route die we op moeten.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Dat over de collectiviteit.

Voordat ik toekom aan de beantwoording, heb ik nog een opmerking te maken over wanbetalers. De afgelopen jaren zijn er verschillende beleidsstappen gezet, zoals een uitstroomregeling voor bijstandsgerechtigden, het kwijtschelden van de eindafrekening bestuursrechtelijke premie en de verlaging van de opslag naar 20%. Naast deze drie stappen zie ik steeds actievere zorgverzekeraars met meer persoonlijk contact en meer ruimte voor betalingsregelingen op maat. Mevrouw Agema zei dat het aantal wanbetalers is gedaald van 326.000 eind 2014 naar 217.000 nu. Dat is een forse daling en deze daling zal naar verwachting verdergaan, vanwege de maatregelen die nog worden genomen. Ik verwacht uw Kamer nog voor de zomer een uitstroomregeling aan te bieden voor wanbetalers die onder bewind staan. Op basis van deze regeling kan een wanbetaler na een betalingsregeling de restschuld worden kwijtgescholden. Ik hoop dat we met deze regeling de komende jaren nog eens circa 20.000 wanbetalers kunnen laten uitstromen.

Ik moet u helaas ook melden dat de uitkomsten van de technische verkenning naar het omleiden van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraars bij drie maanden betalingsachterstand tegenvallen. Het was op het nippertje, maar ik heb u daar nog net voor het debat een brief over gestuurd. De baten vallen veel lager uit dan verwacht. Ik zie nog wel een kans bij de harde kern, bij het granieten bestand. Dat is een ingewikkelde groep die niet meer de post openmaakt en naar het loket komt om werk te maken van schulden. Het loket moet naar hen toekomen. De 150 thuisbezoeken door de Ombudsman Metropool Amsterdam en het CAK laten zien hoe vasthoudend hulpverleners soms moeten zijn. Ik wil de

geleerde lessen, ook over de kosten en de baten van deze thuisbezoeken, op een praktische wijze ter beschikking stellen aan andere gemeenten. Bij dit dossier wil ik ook nog de brede schuldenaanpak aanhalen. Er wordt publiek en privaat hard gewerkt aan het voorkomen en oplossen van problematische schulden. Zo werkt mijn collega, Staatssecretaris Van Ark, aan een wijziging van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening die vroegsignalering zal versterken.

Voorzitter. Dit was mijn inleiding. Dan ga ik nu graag een aantal vragen beantwoorden.

Allereerst ga ik in op de vraag die is gesteld door mevrouw Ploumen. Wie bepaalt wat een medische noodzaak is? Wat zijn daarbij de criteria? Het begrip «medische noodzaak» komt uit de Zorgverzekeringswet en de Zorgverzekeringswet is een schadeverzekering voor ziektekosten. Dat betekent dat het verzekerd risico zich bij een individuele verzekerde moet voordoen. Om dat te bepalen is in artikel 14 geregeld – ik geloof dat mevrouw Ploumen het zelf heeft genoemd – dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, slechts wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria. Er wordt dus slechts vanuit medisch perspectief naar de individuele risico's gekeken en dus bijvoorbeeld niet vanuit sociaal perspectief. De uitkomst hiervan kan zijn dat er bij individuele verzekerden een medische indicatie tot behandeling is. In samenhang met artikel 14 van de Zorgverzekeringswet is in artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering bepaald – sorry voor deze technische en gedetailleerde opmerking – dat een verzekerde recht heeft op een vorm van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een verzekerde prestatie vloeit voor uit een individuele medische beoordeling. Dat is pas het geval als het individuele risico dat hij of zij loopt, zich voordoet. Dan is er sprake van een medische indicatie – hier hebben we het woord – voor die betreffende verzekerde en dan wordt voldaan aan de voorwaarde gesteld in de Zorgverzekeringswet als individuele schadeverzekering. Dus in principe is het zo dat de zorgverzekeraar op basis van de bevinding of diagnose van een behandelend arts controleert of de medische indicatie voor de vorm van verzekerde zorg bij de verzekerde aanwezig is. Dat zal dus altijd de kern van de zaak blijven. Het is de professional – dat zal vaak, en eigenlijk altijd, de behandelend arts zijn – die controleert of er sprake is van een medische indicatie.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Nu zitten er toch een aantal tegenstrijdigheden in dat systeem. Laten we dit even afpellen. Mensen lopen een individueel gezondheidsrisico. Dat wordt door hun arts of zorgverlener vastgesteld. Dat is ook een individu. Vervolgens besluit de zorgverzekeraar dat een collectief van mensen die aan een deel van die criteria voldoen, zoals dat ene individu ook, niet in aanmerking komt voor vergoeding. Ik neem het voorbeeld van de borstimplantaten. Vrouwen krijgen door de overheid goedgekeurde borstimplantaten. Die blijken medische risico's met zich mee te brengen. In Frankrijk zijn een aantal typen verboden. De medische risico's zijn opgesomd op het bijwerkingenformulier. Vrouwen ervaren dat medisch risico. Soms onderkennen hun huisartsen dat medische risico. Maar dan zegt de zorgverzekeraar op grond van een collectief begrip van de groep vrouwen met borstimplantaten dat ze niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dat klopt niet.

Minister Bruins:

Ik weet niet precies wat er niet klopt, maar als de individuele arts tegen die vrouw zegt dat het voor haar medisch noodzakelijk is dat het implantaat moet worden uitgenomen, dan is dat dus vergoede zorg onder de Zvw.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Laten we even bij de borstimplantaten blijven. Er zijn veel vrouwen die gewrichtsklachten hebben en daarom naar hun arts gaan. Die arts onderkent dan dat er een risico is en begrijpt ook de zorgen van die vrouwen heel goed. Vervolgens willen die vrouwen de implantaten laten verwijderen. Ze gaan naar de zorgverzekeraar en dan zegt de zorgverzekeraar: u krijgt dat niet vergoed, want u past niet bij de zes criteria die wij hebben opgesteld. Dan zegt de zorgverlener: nou ja, volgens mij is dat wel zo. «Nee», zegt de zorgverzekeraar dan. En vervolgens staan die vrouwen met lege handen. Ik bedenk dit niet. Dit gebeurt. Bijna elke dag maken vrouwen dit mee. Hetzelfde geldt voor een hersteloperatie na genitale verminking. Natuurlijk hebben vrouwen daar last van. Maar wat er in het systeem gebeurt, is dat de arts misschien zegt: ik begrijp dat u er last van heeft, maar de zorgverzekeraar vergoedt het niet. Het systeem kent dus een enorme spanning tussen de individuele zorgen en klachten van de patiënt en de zorgverzekeraar, die vanuit een collectief een oordeel geeft waar zorgverleners zich vervolgens aan houden. Het is een labyrint geworden waar de patiënt gewoon de dupe van is.

Minister **Bruins**:

Dat willen u en ik allebei beslist niet. Het moet heel duidelijk zijn als er sprake is van medische noodzaak. U gaf het voorbeeld dat er sprake kan zijn van gewrichtsklachten, al dan niet gerelateerd aan het borstimplantaat. Als de arts vaststelt dat er sprake is van een medische noodzaak, dan is het vergoede zorg, wat de oorzaak ook mag zijn, wat de aanleiding ook mag zijn. Dat kunnen dus ook die gewrichtsklachten zijn; dat is nog wat anders dan een lekkend implantaat. Daar zit niet een nieuw criterium meer in van de verzekeraar. Het is vergoede zorg. Als er een medische indicatie is, dan kan de vrouw ervan op aan dat het verzekerde zorg is. En zo moet het ook blijven.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Vorige week heeft de Minister zelf aan de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie verzocht om een bepaald type implantaten niet meer toe te passen omdat daaraan risico's zijn verbonden; daarbij is verwezen naar de risico's die we in Frankrijk hebben gezien. De vrouwen die deze implantaten hebben en die dat weten, zeggen natuurlijk tegen hun huisarts: ik heb dat implantaat dat in Nederland nu niet gebruikt mag worden en dat in Frankrijk verboden is. Mij lijkt dat dan toch een medische noodzaak, zodat het verwijderen van dat implantaat, als die vrouwen dat willen, wordt vergoed. Want ze hebben iets in hun lichaam wat de overheid eerst heeft toegelaten, terwijl diezelfde overheid nu zegt dat het niet meer veilig is. Dan is de overheid toch ook verantwoordelijk en dan moet zij er toch ook voor zorgen dat die vrouwen in dit geval de consequenties van die beslissingen kunnen nemen? En die consequentie is: verwijdering. Dat staat nog even los van de vraag of men het er wel of niet mee eens is; dit lijkt mij de enige redenering die van a naar b gaat.

Minister **Bruins**:

In ieder geval gaat de redenering van Frankrijk naar Nederland. Frankrijk heeft een voorzorgsmaatregel genomen. Ik heb de Franse collega natuurlijk even gebeld en haar gevraagd mij te vertellen welk additioneel bewijs zij heeft. Zij zei: u krijgt alle spulletjes die ik heb en dan kunt u ze in Nederland beoordelen. Dat is ook de reden dat ik met de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie heb gebeld. Tegen haar heb ik gezegd dat ik even tijd nodig heb. De Franse tegenhanger van het RIVM heeft informatie verzameld. Die gaat naar het Nederlandse RIVM en dat heeft tijd nodig om die informatie te duiden. Tegen de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie heb ik gezegd: wilt u alstublieft de

implantaten waar het om gaat in de komende weken niet gebruiken? Daar heeft de vereniging in bewilligd, en dat vind ik een heel goed teken. Ik kan mij heel goed voorstellen dat vrouwen zich als gevolg daarvan, maar misschien ook wel als gevolg van het langer gevoerde debat over implantaten, zorgen maken, elke dag. Dan moeten zij echt te rade gaan bij hun arts. Als de arts zegt dat er sprake is van een medische noodzaak, dan valt dit onder de vergoeding van de Zvw. Daar moet geen misverstand over zijn. Als die vrouw zich onzeker voelt, dan moet zij echt naar de arts toe gaan. En als de arts zegt dat er een medische noodzaak is, dan is er sprake van vergoeding onder de Zvw. En zo moet het wat mij betreft ook blijven.

De voorzitter:

Uw laatste interruptie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Die besteed ik er graag aan. Dank aan de Minister. Ik neem aan dat vrouwen nu bij hun huisarts of hun plastisch chirurg te rade zullen gaan. De Minister heeft vorige week dat verzoek gedaan aan de plastisch chirurgen, waarvoor nogmaals dank. Is hij dan nu bereid om een bulletin of een verzoek aan alle medische hulpverleners uit te doen gaan waarin hij hun adviseert om het na een goed gesprek te kwalificeren als medische noodzaak als vrouwen bij hen komen en zeggen last te hebben van hun borstimplantaten en zich daar zorgen over te maken?

Minister Bruins:

Nee, de kwalificatie «medische noodzaak» moet ik echt aan de arts laten. Het is hun professionaliteit. Zij baseren zich op richtlijnen van de beroepsgroep. Zij bedenken dat allemaal ook niet zelf. Zij maken gebruik van richtlijnen zoals die voor hun beroepsgroepen gelden. Als een arts tot het oordeel komt dat er sprake is van een medische indicatie, medische noodzaak, dan is er sprake van vergoede zorg onder de Zvw. Dat vind ik een belangrijk goed. Dat moet zo blijven wat mij betreft.

De voorzitter:

Er is nog een interruptie van mevrouw Agema. Mevrouw Agema, uw laatste interruptie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Eerst een vraag aan u, voorzitter. Wat hebben we afgesproken qua interrupties? Want mijn eerste interruptie was in drievoud. Doen wij twee in tweevoud, in totaal vier, in totaal zes?

De voorzitter:

In totaal twee keer twee, dus dat is vier. U heeft er nog eentje.

Mevrouw **Agema** (PVV):

O, dan bewaar ik hem even.

De voorzitter:

Heel goed. De Minister.

Minister Bruins:

Mooi. Dit was de eerste vraag van mevrouw Ploumen. Dan was er ook nog een vraag over de regierol: wat doet de verzekeraar, wat doet de NZa, wat doet de Minister? Mevrouw Ploumen refereerde aan het artikel van de heren Schellekens en Schrijvers over de beweging van de juiste zorg op de juiste plek. Met alle veldpartijen heb ik afspraken gemaakt over hoofdlijnsakkoorden om die beweging te maken. Daar schrijven de heren ook over. Er is een transformatiebudget beschikbaar gesteld om die

beweging van de juiste zorg op de juiste plek te ondersteunen. De noodzaak voor die beweging is groot vanwege de toenemende zorgvraag aan de ene kant en de krapte op de arbeidsmarkt, die ons dwingt om de zorg anders te organiseren, anderszids. Dat hebben we hier al meermalen gedeeld.

Die ontwikkeling verschilt sterk van regio tot regio. Dat is de reden waarom ik heb uitgevraagd om bij wijze van voorbeeld per regio een regiobeeld te maken. Ik heb het in mijn inleiding net genoemd: ik vind het belangrijk dat wij, niet alleen van de kant van de medische professionals maar ook van de kant van de landelijke én regionale overheid, per regio weten hoe zorg eruit ziet, maar ook dat er een tafel wordt gevormd waaraan men het gesprek voert over hoe de zorg zich in de komende periode moet ontwikkelen. Daar wil ik ook graag bij betrokken zijn. Wat zijn nou de verschillende rollen? Ik zorg dat het RIVM met iets van een dataset kan komen, zodat er een vorm van eenvormigheid van data is. De twee grootste zorgverzekeraars per regio hebben gezegd het voortouw te nemen om dat regiobeeld in elkaar te zetten. En er is altijd nog een Zorgautoriteit, die toezicht houdt op de werkzaamheden van de verzekeraars. Dus er zitten verschillende rollen in. Uiteindelijk ligt de stelselverantwoordelijkheid natuurlijk hier. Daar zult u mij ook altijd op aanspreken, maar ik vind het heel erg belangrijk om te benadrukken dat de zorgverzekeraars een spin-in-het-webrol hebben. Ik heb dat in mijn inleiding ook gezegd. Zij hebben een zorgplicht. Daar moet op worden gecontroleerd. De Zorgautoriteit speelt daar een belangrijke rol in.

Maar als wij het hebben over de juiste zorg op de juiste plek, hebben wij veel meer spelers nodig: ook de ziekenhuizen, huisartsen en fysiotherapeuten. Wij hebben verschillende partijen nodig. Mijn rol is, zoals ik eerder heb gezegd, dat de hoofdlijnenakkoorden wat mij betreft mijn werkagenda zijn voor de komende jaren. Ik kom er later nog op terug, maar ik mis de paramedici nog als een groep waar ik ook een afspraak mee zou willen maken.

Voorzitter. Tot zover.

De **voorzitter**:

Om half moeten we met z'n allen even stemmen. De Minister gaat mee. Hij gaat in vak-K zitten, dus deze hele zaal loopt even leeg.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Tegelijkertijd is de aanbieding van het rapport van de Ombudsman. Dus misschien is het goed om iets langer te schorsen, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik kijk even naar de collega's of ze dat een goed idee vinden. Formeel zegt de Griffie dat we daar niet bij hoeven te zijn. Dat gaat ook ten koste van uw tijd. Ik stel voor dat wij allemaal bij de Ombudsman blijven, maar dat betekent dat u beperkt wordt in uw tweede termijn.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Wat we hier ook over beslissen vandaag, ik moet om 17.00 uur echt weg. Dus voor mij zit er geen uitloop in.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, ik heb een AO om 17.00 uur waar ik echt bij moet zijn.

De **voorzitter**:

Wij stoppen met z'n allen gewoon om 17.00 uur. U perkt uzelf in, zeg ik alleen maar.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dan lees ik de stukken van de Ombudsman later.

De **voorzitter**:
Ja. De Minister.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, ik kan u nog aanbieden dat u straks gaat stemmen en dat ik doorpraat, maar dat vind ik ook zo onaardig. Bovendien ga ik met u mee naar vak-K.

Gauw naar de beantwoording in de richting van mevrouw Van den Berg. Haar eerste vraag ging over risicoverevening en risicoselectie. Mevrouw Van den Berg vroeg aan welke andere groepen ik denk als het gaat om het onderhouden van het systeem en het aanpassen van het systeem aan nieuwe medische ontwikkelingen en nieuwe bronnen voor data. Samen met verzekeraars ben ik overeengekomen dat er nog drie restrisiko's, als ik het zo mag uitdrukken, in de verevening zijn. Eén is voor de extreem dure ggz-patiënten. Dat is één categorie. Ik hoop dat u het mij niet euvel duidt dat ik het op deze manier omschrijf. Twee, patiënten die gebruikmaken van zeer dure medicijnen. Drie, hoge kosten bij overlijden of voorafgaand aan het overlijden. Naar deze drie restrisiko's doe ik momenteel onderzoek. Verder blijf ik kijken of nieuwe technologieën, medicijnen, hulpmiddelen enzovoort goed verevend worden. Bij nieuwe databronnen denk ik bijvoorbeeld aan de informatie uit de BOPZ (bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) waarmee compensatie voor dure ggz-patiënten zou kunnen worden verbeterd. Ik denk dus aan deze drie groepen.

Mevrouw Van den Berg stelde de vraag of ik kan toelichten wat de meerwaarde is van collectiviteiten. Dat heb ik, denk ik, inmiddels gedaan. En hoe staat het met de monitor? Ik denk goed. Mevrouw Van den Berg heeft mij in een eerder debat opgejut om dat niet ergens in 2021 te doen maar al zo spoedig mogelijk in 2020. Die monitor zal dus in de eerste helft van volgend jaar worden aangeboden, na het overstapseizoen, zodat we alvast kunnen leren uit dat overstapseizoen. Dan gaat het over het aantal modelpolissen, het aantal collectiviteiten...

(stemmingsbel)

De **voorzitter**:
Wij gaan stemmen.

Minister **Bruins**:
Is dat nou weer belangrijker?

De **voorzitter**:
Ja sorry, Minister. Daarna stel ik voor dat we ook even naar de Ombudsman gaan. Nee? Toch meteen terug na de stemmingen? Is daar een meerderheid voor? Akkoord.

De vergadering wordt van 15.27 uur tot 15.36 uur geschorst.

De **voorzitter**:
De griffier is weer aan mijn zijde en dat is reden genoeg om weer te beginnen, Minister, dus aan u het woord.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, dank u wel. Ik was gebleven bij de vraag van mevrouw Van den Berg over de monitor. Ik heb gezegd dat die monitor in de eerste helft van 2020 komt en dat we dan ingaan op het aantal modelpolissen, het aantal collectiviteiten en ook op het onderscheid en de heldere verschillen tussen de varianten evenals op de zorginhoud van collectiviteiten. Dat soort onderwerpen komt dan aan bod.

Dan heeft mevrouw Van den Berg vragen gesteld over de risicoverevening. Wat kan de Minister doen om chronisch zieken beter in het vereveningssysteem op te nemen? Deze vraag werd ook van de zijde van GroenLinks gesteld. Zijn er nog knoppen om aan te draaien? De drie knoppen waar we aan kunnen draaien, zijn de drie restrisico's die ik zojuist heb benoemd: de dure intramurale geneesmiddelen, de dure ggz-cliënten en de hoge kosten bij sterfte. Dat zijn alle drie restgroepen die juist gaan over de groep chronisch zieken. Ik wil u daarover nog voor het zomerreces informeren, in juni. Ik wil ook kijken of we deze risicovereveningen al met ingang van komend jaar kunnen aanpassen. Dus ja, er zijn nog knoppen om aan te draaien, ik heb ze benoemd en ze kunnen effect hebben al voor het komend jaar.

Dan de vraag waarom we toch niet die internationale vergelijking maken. Ik dacht dat ik dit eerder had gezegd. Het gaat niet zozeer over niet bereid zijn, maar Nederland is aangehaakt bij het internationaal netwerk over risicoverevening. Hierin zitten landen met een soortgelijk verdelingsmodel, zoals Duitsland en Zwitserland. Jaarlijks komt die vereniging bij elkaar. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan en er worden allerlei onderlinge vergelijkingen gemaakt. Dat netwerk is juist bedoeld om te leren van andere landen met een soortgelijk vereveningsmodel. Ik weet dat er een boek of boekje is gemaakt door de zeven landen die hierbij betrokken zijn, waaruit blijkt dat er van elkaar wordt geleerd. Met alle soorten van genoeg ga ik dat boekje opzoeken. Maar als het oogmerk van de vraag van mevrouw Van den Berg is of we breder kijken dan Nederland, dan is het antwoord volmondig «ja», want dat doen we in dat risicovereveningsnetwerk.

Voorzitter. Dan de vraag over Sjoerd Repping en de uitkomsten van de zorg en de effectieve behandeling. Is de Minister bereid om met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan over de vraag hoe om te gaan met behandelingen die niet bewezen effectief zijn? Ik zou hopen dat het werk van Sjoerd Repping over de effectiviteit van de zorg tot zulke duidelijke conclusies leidt op basis waarvan ik inderdaad met de zorgverzekeraars in gesprek kan gaan over de effectiviteit van behandelingen en de effectiviteit van zorg. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het bij die effectiviteit ook gaat om de professional, die een belangrijke rol heeft om te bewijzen dat een behandeling de beste behandeling voor de patiënt is. Maar ik wil zeker de uitkomsten van het onderzoek van Repping gebruiken om met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan over de financiering van behandelingen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De Minister heeft het over in gesprek gaan. Eerder is het woord «regie» al genoemd. Ik heb de voorbeelden genoemd van kijkoperaties bij knieën en de verschillende prijzen voor holtekastjes. Is de Minister het met het CDA eens dat hij gewoon moet zeggen: we stoppen hiermee, ik wil best misschien één keer in gesprek gaan, maar daarna tref ik gewoon de maatregel dat er geen zorg wordt vergoed waarvan de eigen beroepsrichtlijn zegt dat je die niet meer moet vergoeden of waarvan professor Repping straks zegt dat het geen effectieve zorg is? We moeten het niet te vrijblijvend laten worden.

Minister **Bruins**:

Zeker niet vrijblijvend, want de aanleiding voor het werk van Repping is een afspraak die we hebben gemaakt in het hoofdlijnenakkoord over medisch specialistische zorg. Dus het is mijn wens om alleen maar te komen tot effectieve zorg in de zin dat die zorg de patiënt helpt en dat we de uitkomsten van die zorg voor de patiënt goed in beeld hebben. «In gesprek gaan» moet u in dit geval echt zien als het gebruiken van de resultaten om ervoor te zorgen dat er goed gecontracteerd wordt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het gaat dus over de financiering van

een behandeling, omdat we niet willen betalen voor behandelingen die niet bewezen effectief zijn. Het antwoord is dus echt volmondig «ja» en de aankeiler, om het woord «regie» maar eens te vermijden, komt in dit geval echt vanuit de hoofdlijnakkorden. Het is een thema dat wij ongelofelijk van belang vinden. Wij.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Als dat zo duidelijk is – in het hoofdlijnenakkoord is het inderdaad afgesproken – dan zou de Minister toch ook nu al, op basis van de feiten die nu bekend zijn, kunnen stoppen met dergelijke zaken? Ik noemde de knieën al, maar we weten het ook van de oorbuisjes, van amandelen trekken en van infuussysteempjes die alleen maar ellende en pijn geven en veel infecties opleveren. De resultaten van het onderzoek door professor Repping zijn dan voor de volgende ronde.

Minister **Bruins**:

Mevrouw Van den Berg zegt dat ik niet hoeft te wachten totdat Repping klaar is met zijn onderzoek en dat ik al eerder maatregelen kan treffen. Als er gedragen opvattingen zijn over wat effectieve zorg is, hoeven we inderdaad niet te wachten. Daar ben ik het helemaal mee eens. De vraag is natuurlijk wie het vinkje mag zetten achter de stelling wat effectieve zorg is. Dat is een gesprek dat in allerlei soorten en maten heel stevig door professionals wordt gevoerd. Dus daar zit het complexe en daar heb ik het plan van aanpak van professor Repping voor nodig. Maar ik hoeft zeker niet te wachten totdat Repping klaar is met zijn werk. Dat wil ik ook zeker niet doen. Daarvoor is het te belangrijk. Eigenlijk... Nee, laat ik hier het antwoord maar bij laten.

Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over zorgverzekeraars die te laat inkopen. Ik weet niet zeker of het gaat over te laat inkopen. Wat mij betreft mogen zorgverzekeraars het hele jaar door inkopen; dat is een private aangelegenheid. Het gaat erom dat bij de start van het overstap-seizoen het voor verzekerden helder is, of zo helder mogelijk is, wat de vergoeding is. De Zorgautoriteit checkt dit en daar is ook een beleidsregel voor. Dus ongeacht of er sprake is van een contract moet duidelijk zijn voor de verzekerde welke zorg hij krijgt.

Natuurlijk is het voor de verzekeraar het beste als er op 12 november, dus bij de start van het overstapseizoen, een contract ligt, maar ik wil dat niet verplichten. Soms kost het verzekeraars en ziekenhuizen net even wat meer tijd om tot een goed contract te komen. We hebben afgesproken dat aanbieders en verzekeraars het contracteerproces zo inrichten dat ze voor 12 november klaar zijn. Dus de inzet is erop gericht om voor 12 november klaar te zijn. Maar er is natuurlijk aan de andere kant ook een zekere mate van contractvrijheid. Als het net iets meer tijd kost, denk ik dat we dat zullen moeten accepteren, omwille van een redelijke prijs voor goede zorg.

Voorzitter. Dan de opmerking over sudden unexpected death in epilepsy. Is de Minister bereid om openheid te promoten over wellicht kleinere risico's? Het antwoord is «ja». Ik ben graag bereid om die openheid te promoten. Eigenlijk is dat al geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om patiënten goed voor te lichten over hun ziekte en te zorgen dat ze op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen. Wat mij betreft is dit ook onderdeel van het traject betreffende samen beslissen of uitkomstgerichte zorg.

Dan heb ik nog één vraag liggen, maar die heb ik, denk ik, al beantwoord, over het afschaffen van de collectiviteitskorting. Daar ben ik al op ingegaan.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft nog een interruptie.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik doe twee vragen bij elkaar in één interruptie, als dat mag. De Minister had het over het tijdpad van de verzekeraar en de verzekerde: 12 november. Maar bij mijn weten is het zo dat de zorgaanbieder voor 1 april bepaalde duidelijkheid moet hebben. Ik krijg reacties uit het veld dat men op 1 april een brief krijgt met daarin: ik zal jullie voor 1 juli meer duidelijkheid geven. Dat is volgens ons niet conform de afspraak. De Minister had verder nog niet gereageerd op onze vraag of de kleine orthopedische bedrijven wel zouden mogen samenwerken, terwijl de ACM zegt dat dat niet zou kunnen.

Minister **Bruins**:

Allereerst vind ik dat partijen bij de start van het overstapseizoen gereed moeten zijn. Dat is dus op 12 november. Die datum van 1–4 ziet op zorgverzekeraars, die dan hun inkoopdocumenten gereed moeten hebben, maar ik vind dat je daar de verzekerden niet mee lastig moet vallen. Ik wil mij houden aan en richten op het bieden van helderheid op 12 november. Als dat niet op 12 november kan, dan zo snel mogelijk erna. Dan het andere punt. Dat antwoord heb ik waarschijnlijk weer in een ander mapje zitten. Ik ga dat even opzoeken en kom er voor het einde van de eerste termijn op terug.

De **voorzitter**:

U wilt uw allerlaatste interruptie gebruiken, mevrouw Van den Berg?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik gebruik mijn allerlaatste interruptie. De Minister zegt dat hij de verzekerden er niet mee wil vermoeien, maar wij haalden twee dingen aan. Wij vinden dat er op 12 november wel echt duidelijkheid moet zijn voor de verzekerden. Aan de andere kant moet er zeker ook voor kleine zorgaanbieders duidelijkheid zijn in het hele contractensysteem. Dat is die datum in april.

Minister **Bruins**:

Ik geloof dat mevrouw Van den Berg en ik niet anders denken over het feit dat op 12 november, bij de start van het overstapseizoen, helder moet zijn waarop de verzekerde zich kan richten. Voor die kleine zorgaanbieder moet die duidelijkheid er ook zijn op basis van inkoopdocumenten, waar de zorgaanbieder dan allang de beschikking over heeft. Dat moet dus al voor die tijd geregeld zijn. Als daar een misverstand dreigt – of ik begrijp het niet goed, dat zou ook kunnen – dan wil ik dat graag even nader bespreken met mevrouw Van den Berg, want die duidelijkheid streef ik net als mevrouw Van den Berg na.

Dan de heer Raemakers. Zijn eerste vraag is hoe we de boodschap van de zorgverzekeraars kunnen verbeteren. Moet je of kun je als politiek verplichten dat zorgverzekeraars alle informatie op B1-niveau publiceren? B1-niveau is het niveau waarop ook mensen die laaggeletterd zijn goed begrip hebben van de boodschap. Ik wil dit niet verplichten, maar ik weet dat zorgverzekeraars hard bezig zijn om de begrijpelijkheid van hun informatie goed of beter te maken. Ik weet dat omdat hierover onder andere gesprekken gaande zijn tussen verzekeraars en een partij als Pharos, die veel informatie heeft over het begrijpelijk maken van informatie. Dus wil ik dit stimuleren? Ja. Wil ik dit verplichten? Nee. In dit verband vind ik ook zorgverzekeringskaart.nl wel noemenswaardig. Daar kun je op één A4'tje – weliswaar op een website, maar je kunt het uitprinten – per verzekering zien wat de kern is van die verzekering. Ook daar doen verzekeraars hun grote best om in begrijpelijk Nederlands informatie te bieden, als het ware in één oogopslag, over wat er in die polis staat. Je kunt doorklikken en dan wordt het al meteen een stuk

ingewikkelder, maar zorgverzekeringskaart.nl biedt in ieder geval per verzekering al veel duidelijkheid.

De heer **Raemakers** (D66):

Het is heel belangrijk om iedereen in Nederland gelijke kansen te geven. De Minister zegt dat hij het niet wil verplichten, maar wel wil stimuleren. Volgens mij gaat het erom dat je afdwingt dat het gebeurt. We moeten gewoon een duidelijk kader hebben waarbij we volgend jaar of over twee jaar kunnen zien dat iedereen in Nederland die laaggeletterd is, toch kan begrijpen wat hij of zij met een zorgverzekeraar kan afspreken en wat die zorgverzekering inhoudt. Het zou heel ernstig zijn als wij er niet in zouden slagen om dit probleem op te lossen, nu wij deze signalen krijgen uit het veld. Is de Minister het met D66 eens dat het uiteindelijk ook afgedwongen dient te worden?

Minister **Bruins**:

Ik denk dat het weleens een unique selling point zou kunnen zijn van verzekeraars. Zoals bij politieke partijen soms weleens een specifiek verkiezingsprogramma wordt geschreven voor mensen die laaggeletterd zijn, zo kan ik mij ook voorstellen dat een of meer verzekeraars zich hierop gaan richten. Ik bedenk dit maar hier ter plekke, dus het is niet zo dat ik iemand hiertoe wil oproepen of dat ik kennis heb van een bepaalde verzekeraar die dit doet. Maar ik voel veel meer voor het stimuleren en het aanspreken van verzekeraars dan voor het opleggen van een wettelijk verplichtend kader.

De heer **Raemakers** (D66):

We hebben het over kansengelijkheid en vinden dat iedereen in Nederland moet kunnen meedoen. Dan begrijp ik echt niet dat we zeggen dat dit een unique selling point zou kunnen zijn voor een zorgverzekeraar. Het moet echt meer worden. Mijn partij vindt dat iedereen het moet kunnen begrijpen. Als jij bij een zorgverzekeraar zit die niet in begrijpelijke taal met jou communiceert en jij wilt graag naar een zorgverzekeraar die wel in begrijpelijke taal communiceert, maar je zit nog bij de verkeerde en je begrijpt er allemaal niks van, dan heb je natuurlijk wel een probleem. Wat mij betreft is dit dus geen unique selling point en gaan we gewoon zorgen dat hier echt verbeteringen worden doorgevoerd.

Minister **Bruins**:

Dat ben ik dan weer met u eens, maar niet in de zin van een wettelijk verplichtend kader. Daar geloof ik niet in. Maar je kunt dit wel stimuleren bij zorgverzekeraars.

De **voorzitter**:

Ik kijk even naar de klok. We zijn pas bij de derde en we hebben nog een heleboel mensen te gaan. Ik hoop dus dat u tempo kunt maken.

Minister **Bruins**:

Aan mij zal het niet liggen, voorzitter. Maar ik moet wel de vragen van uw Kamer beantwoorden. U heeft allen veel vragen gesteld. Ik kan hier proberen om ze bij bosjes te vatten, maar de ervaring leert dat dat ook niet altijd succesvol is. Ik ga een poging wagen.

Ik ben in mijn inleiding al ingegaan op het verminderen van het aantal vergelijkbare polissen.

Bent u bereid zorgbemiddeling door zorgverzekeraars te stimuleren? Ja, daartoe ben ik bereid.

De **voorzitter**:

De heer Hijink heeft een interruptie.

Minister **Bruins**:

Zie je wel! Je probeert eens wat...

De heer **Hijink** (SP):

Dit ging natuurlijk wel heel snel, tenzij de Minister hier straks nog op terugkomt. Wij hebben ook de vraag opgeworpen of er niet veel te veel polissen zijn. De Minister begon zijn betoog met de woorden: mensen willen een goede zorgverzekering. Maar volgens mij willen mensen helemaal geen goede zorgverzekering. Mensen willen goede zorg, die op een goede manier vergoed wordt en een beetje inkomensafhankelijk betaald wordt. Het is allemaal heel overzichtelijk. Dat is wat ik van de mensen hoor. Ze willen goede, betaalbare zorg. De vraag is dus wat we ermee opschieten dat mensen binnen hetzelfde concern kunnen overstappen, van de HEMA naar Menzis of andersom, of naar een ander label. Wat schieten we daar nou mee op? En waarom neemt de Minister geen maatregelen om gewoon vast te leggen dat per verzekeraar en per concern maar een heel beperkt aantal polissen wordt aangeboden? Ik zie echt niet waarom die jungle moet worden opgetuigd, terwijl mensen er alleen maar in verdwalen.

Minister **Bruins**:

We hebben 11 concerns en 24 verzekeraars. Laten we voor het gemak zeggen dat elke verzekeraar een naturapolis en een restitutiepolis heeft. Ik hoorde de heer Hijink zeggen dat het verschil in inkomen ook nog een rol zou kunnen spelen, dus laten we zeggen dat je een basisverzekering en een goede... een verzekering iets daarboven hebt. Dan heb je er al vier per verzekeraar. We hebben elf verzekeraars. Dat zijn er dan dus 44. Ik heb u net verteld dat er 59 modelovereenkomsten zijn. Ik hoop dat er daar in het komende jaar een stuk of tien af kunnen. Daarop zijn mijn gesprekken met de zorgverzekeraars gericht. Ik hoop dat we volgend jaar als we hier staan ook kunnen zien dat de daling in die richting is ingezet. Dan wordt het overzicht al een stuk groter. Daarnaast heb je de collectiviteiten. Als er echte, zichtbare zorginhoudelijke verschillen zijn, op basis van een verschil in de polis, dan heb ik daar allerminst bezwaren tegen, want er moet wat te kiezen zijn. Maar dat moet dan wel weer op een begrijpelijke manier vindbaar en te snappen zijn voor u en voor mij.

De heer **Hijink** (SP):

De Minister zegt dat er wat te kiezen moet zijn. Ik denk dat patiënten het inderdaad heel belangrijk vinden dat er wat te kiezen is: naar welke arts ga ik? Kan ik in het ziekenhuis kiezen door wie ik behandeld word? Die keuze vinden mensen heel belangrijk. Maar ik heb nog nooit iemand gesproken die het belangrijk vindt dat hij kan kiezen uit 24 verschillende verzekeraars, uit honderden verschillende aanvullende verzekeringen en uit 65.000 verschillende collectieve verzekeringen. Ik heb nog nooit iemand gehoord die dat belangrijk vindt. Ik heb wel gehoord dat de vrije artskenkeuze cruciaal is. Ik snap dus de hele insteek van de Minister niet. Waarom verdedigt hij een stelsel dat het overgrote deel van de bevolking gewoon niet meer steunt?

Minister **Bruins**:

Daar zouden we nog eens een boompje over kunnen opzetten. Maar ik heb u net betoogd dat een op de vier Nederlanders kijkt of hij van verzekeraar wil wijzigen. Daarvan doet 7% dat, en 22% van de Nederlanders kijkt alleen en besluit om niet over stappen. Maar die hebben wel gekeken. Dat vind ik eigenlijk best goed. Dat vind ik wel een bewijs dat er wat te kiezen valt en dat mensen daar interesse in hebben. Die percentages zijn groeiend. Dus hoeveel bewijs wil je hebben? Ik heb wel zorgen over het feit dat een bepaalde groep zorggebruikers minder geneigd blijkt om over te stappen. Daar leg ik de vinger op, want ik zou wel willen weten

waarom dat het geval is en of er aanleiding is om daar nieuwe maatregelen te treffen. Dus hoewel u en ik misschien niet zoveel behoefte hebben aan allerlei nieuw onderzoek, vind ik dit wel een heel interessante onderzoeksvraag. Is er een reden dat zorggebruikers minder makkelijk overstappen? En welke reden is dat dan? Dat zou ik wel willen weten. Ik ga dus gewoon door om dat te doen.

Voorzitter, de volgende vraag. Over dat zorgadvies heb ik het nu gehad. De heer Raemakers had het over de aanvullende zorgverzekering. 84% van de Nederlanders is aanvullend verzekerd. Dat vind ik een superhoog percentage. Ik vind het belangrijk dat we een uitgebreid en solidair basispakket hebben. Maar ook de toegankelijkheid van de aanvullende zorg neem ik serieus. Aan de ene kant wordt wel betoogd dat mensen steeds berekender zijn in het moment dat zij die aanvullende verzekering inkopen. Ik vind dat iets om goed in de gaten te houden. Aan de andere kant zie je dat verzekeraars een aanvullende verzekering aanbieden voor bijvoorbeeld de specifieke situatie na een ongeval. Dat komt mij enigszins gek voor, maar het is een keuze van een verzekeraar om dat aan te bieden. Die toegankelijkheid van de zorg is in Nederland dus goed verzekerd. Ik vind het de moeite waard om het te blijven volgen, maar so far, so good, zou ik willen zeggen.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik ga even door op dit punt. De Minister heeft in zijn brief aangegeven dat het verzekeren van aanvullende zorg duurder wordt, maar dat er nog wel een gevarieerd aanbod is. Hij zegt ook nu dat hij de toegankelijkheid van aanvullende zorg serieus neemt. Toch heeft mijn fractie het gevoel dat het voor een groep mensen met een lager inkomen echt niet meer te doen is om de aanvullende verzekering te kiezen die ze nodig hebben. Hoe gaat de Minister voorkomen dat die mensen buiten de boot vallen voor die noodzakelijke zorg? Want helaas zit in die aanvullende pakketten wel echt noodzakelijke zorg. Het is niet allemaal luxe.

Minister **Bruins**:

Dit is me net iets te algemeen. Ik heb juist betoogd dat wij een uitgebreid en solidair basispakket hebben. In aanvulling daarop is er een groot scala van allerlei vormen van aanvullende verzekeringen, met hoge en lage vergoedingen, maar ook met grote en kleine pakketten. Ik blijf het waarborgen van goede toegankelijkheid van aanvullende zorg van belang vinden. Ik vind eigenlijk dat dat in Nederland goed geregeld is omdat zo veel mensen een aanvullende verzekering hebben; dat vind ik het bewijs. Zou dat opeens massaal anders worden, dan is dat een punt om hier te adresseren – eerst bij de zorgverzekeraars, maar daarna ook hier. Maar nogmaals: so far, so good.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Neem tandheelkunde. Dat is een enorm belangrijk onderdeel van de aanvullende verzekering. Je ziet dat het aantal mensen met een beperkte dekking toeneemt, terwijl het aantal mensen dat zich een wat uitgebreidere tandartsverzekering kan permitteren echt afneemt. Ik ben benieuwd waarom. Ik vermoed betaalbaarheid. Ik zie die premies ook enorm toenemen. Het heeft een enorm effect als mensen gewoon niet meer naar de tandarts gaan. De Minister kan zeggen dat heel veel mensen wél een verzekering hebben, en dat zie ik ook terug in de cijfers, maar als 16% of 20% geen verzekering heeft, zijn dat ook heel veel mensen die tandheelkundige zorg dus amper vergoed kunnen krijgen, met alle gevolgen van dien voor de rest van hun gezondheid. Dat baart 50PLUS zorgen.

Minister **Bruins**:

Ik ken deze vraag. Het antwoord blijft inderdaad een geldantwoord. In het regeerakkoord is niet gerekend met de 2 miljard die uitbreiding van het Zvw-pakket met een vergoeding van alle mondzorg zou kosten. Er is in het regeerakkoord een andere keuze gemaakt, dus deze niet. Zo helder is het antwoord.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik geloof dat ik dan de derde van mijn vier interrupties gebruik. Misschien zit het wel in het setje antwoorden van de Minister, maar ik vraag het hem toch: is weleens goed doorgerekend wat dat voor die mensen aan vervolgcosten betekent? Ik snap dat het geld kost als we het gewoon toevoegen aan het hoofdpakket. Dat begrijp ik. Dat begrijpt iedereen. Maar welke kosten komen er allemaal uit voort die voorkomen hadden kunnen worden? Ik noemde het voorbeeld dat mensen een longontsteking oplopen vanwege een slecht verzorgd gebit of tandvleesontsteking, met alle gevolgen van dien op kosten van de zorg. Is er vrij recent echt goed onderzoek verricht naar wat het ons zou besparen als we dat wel zouden onderbrengen in het basispakket?

Minister **Bruins**:

Ja hoor, daarnaar is al heel veel onderzoek gedaan in de afgelopen jaren. Eerder dit jaar hebben we daar nog bij stilgestaan in een debat in de Eerste Kamer. Dus ja, daar is heel veel onderzoek naar gedaan. Mij moet toch van het hart dat we ongeloofelijk snel stijgende zorgkosten hebben met elkaar. We kunnen wel elke keer discussie voeren over de vraag of dit of dat er niet ook nog bij kan, en ik zou willen dat ik een rooie mijter en een rooie tabberd had, maar zo zit de wereld niet in elkaar. Wij moeten echt met elkaar bekijken welke zorg wel en niet in het heel brede en solidaire basisverzekeringspakket van de Zvw zit. Dit zit er niet in, daarover kunnen we duidelijk zijn. Daar is al veel onderzoek naar gedaan. Die ruimte is er ook niet in dit regeerakkoord.

De **voorzitter**:

Meneer Geleijnse, uw allerlaatste interruptie.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik wil eigenlijk een procedurele vraag stellen, als dat mag. Is de Minister bereid om die onderzoeken aan de Kamer te verstrekken? Ik heb echt gezocht en het zou echt aan mij kunnen liggen – ik hoor van rechts een aantal kritische opmerkingen – maar bent u bereid om die onderzoeken met ons te delen?

Minister **Bruins**:

Hoort u van rechts een kritische opmerking? Dat gebeurt toch zelden. O, rechts gaat natuurlijk nog verder... Excuus!

De **voorzitter**:

Wij vinden dat rechts.

Minister **Bruins**:

We zullen eens kijken of we daar een praktische werkwijze voor kunnen vinden. Het debat is niet nieuw, dus dat moet allemaal vrij eenvoudig op te zoeken zijn.

De **voorzitter**:

Dus die toezegging kan gedaan worden. Op welke termijn?

Minister **Bruins**:

Voor de begroting. Dan kunnen we er ook nog wat mee.

De **voorzitter**:
Voor de zomervakantie dan?

Minister **Bruins**:
Ja, dat is ook goed.

De **voorzitter**:
Prima.

Minister **Bruins**:
Het is net een markt hier!
Ik ga proberen om het tempo nog iets te verhogen. De heer Raemakers heeft ook gevraagd hoe ik sta tegenover pilots waarbij een fysiotherapeut direct doorverwijst naar een specialist. Dat vind ik wel een goed idee. Volgens mij kan dat ook al. Hierbij vind ik het heel belangrijk dat de informatievoorziening tussen enerzijds de fysiotherapeut en aan de andere kant de huisarts goed geregeld is, zodat er wel ergens een bron is, een verzameling van die informatie. Ik wil ervoor waken om dit heel algemeen te maken, maar de fysiotherapeut is een expert op het gebied van het bewegingsapparaat in de eerste lijn. Het is vaak een belangrijke aanvulling op de behandeling in het ziekenhuis. Misschien kan het ook de zorg overnemen van het ziekenhuis. Er bestaan lokaal, in de praktijk, vaak directe verbanden tussen fysiotherapeuten en medisch specialisten. Ik kan me daarom goed voorstellen dat het bij bepaalde aandoeningen, als de relaties lokaal goed zijn, soms effectief kan zijn als de fysiotherapeut direct kan doorverwijzen naar de medisch specialist. Ik herhaal nog maar eens dat er vanzelfsprekend goede afspraken aan de basis moeten liggen. De huisartsen moeten wel geïnformeerd blijven en zorginhoudelijk moet het verantwoord zijn. Daarnaast moet ook de zorgverzekeraar betrokken zijn. Kortom, vanuit de juiste zorg op de juiste plek en mits voorzien van de juiste randvoorwaarden sta ik positief tegenover dit soort lokale en regionale pilots. En er is volgens mij ook geen regel die het verbiedt. Dus deze gaat op het boodschappenlijstje van ons gesprek met de zorgverzekeraars.

Op de collectiviteiten en de situatie van Menzis zijn we inmiddels gevoeglijk ingegaan.
Ik hoop dat ik de vragen van de heer Raemakers hiermee in hoog tempo heb beantwoord.

De heer **Raemakers** (D66):
Ik had ook nog een vraag over het model voor de risicoverevening. In de Kamerbrief van 28 juni 2018 worden drie elementen aangegeven waarnaar de komende jaren nog onderzoek wordt gedaan. Daar zitten de minimapolissen niet bij. Misschien is dit wel het geval, maar kan de Minister aangeven dat hij ook onderzoek blijft doen naar die minimapolissen? Blijft hij ook kijken of de risicoverevening daarvoor toereikend is?

Minister **Bruins**:
Dit heeft met risicoverevening niks te maken. Dit gaat echt over de drie restrisiko's die ik eerder heb genoemd. Maar over collectiviteiten, minimapolissen, gemeentepolissen en dergelijke informeer ik u aan de hand van de NZa-monitor in de eerste helft van 2020. Dus ja, ik blijf dit monitoren en u krijgt dat, maar u krijgt het niet in juni bij de beoordeling van die drie restrisiko's.

De heer **Raemakers** (D66):
Maar het Kamerstuk over risicoverevening heet «transitie van doorontwikkelen naar onderhoud». De Minister heeft gezegd: we gaan dat risicovereveningsmodel niet steeds meer doorontwikkelen, want het is ook in internationaal opzicht heel goed geregeld; er zijn drie factoren waaraan

nog onderhoud nodig is. Maar ik vind dit wel zo'n voornaam punt dat ik van deze Minister zeker wil weten dat het goed geregeld is. We hebben vorig jaar veel berichten gehad dat zorgverzekeraars stoppen met minimapolissen. Dat vind ik gewoon heel zorgelijk. Wat doen we als er weer van die berichten opduiken? Ik wil van deze Minister een soort van garantstelling of iets dergelijks. Hoe kunnen we de Minister erop afrekenen dat we die minimapolissen in Nederland beschikbaar houden voor mensen met een smalle beurs?

Minister Bruins:

De informatie over de ontwikkeling van minimapolissen of gemeentepolissen neem ik mee bij de NZa-monitor waarover ik in de eerste helft van 2020 rapporteer. Ik heb eerder in dit debat aangegeven dat ik zo'n ontwikkeling van Menzis, die zich terugtrekt in zijn kerngebied en voor die collectiviteiten specifieke afspraken wil maken, interessant vind. Daarover zal ik u ook informeren. Ik doe dat bij die monitor over collectiviteiten, minimapolissen, gemeentepolissen in de eerste helft van 2020, en niet bij het onderwerp risicoverevening. Dat is het punt dat ik wil maken. Het hoort niet bij de drie restrisico's van het vereveningsmodel.

De voorzitter:

We gaan door.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dan de vragen van de heer Hijink, allereerst over de wildgroei aan polissen. Ik heb al heel kort de acties daarvoor benoemd. Ik denk dat verlaging van de collectiviteitskorting helpt. Er komen ook minder modelpolissen, een stuk of tien in een jaar tijd. Toezien op transparantie, vindbaarheid van informatie en makkelijk taalgebruik moeten ook allemaal helpen. Wanneer ziet u dat? Allemaal in diezelfde monitor van 2020. Ik doe dat in de eerste helft van 2020 opdat wij voldoende ruimte hebben om er conclusies aan te verbinden vóór het overstapseizoen dat in het najaar van 2020 begint.

Ik denk dat ik genoegzaam ben ingegaan op de fopkortingen.

Is de Minister bereid om te voorkomen dat binnen hetzelfde concern dezelfde polis tegen verschillende premies wordt aangeboden? Nee, dat wil ik niet verbieden. Het kan zijn dat die verschillende premies binnen één concern te maken hebben met verschillen tussen de verzekeraars van dat concern. Die verschillen kunnen ook zitten in bijvoorbeeld de serviceverlening, dus de manier waarop je je klanten benadert, bijvoorbeeld via een tussenpersoon, met huisbezoek of via internet. Ook daar kunnen verschillen in zitten. Die kunnen rechtvaardigen dat dezelfde polis tegen verschillende premies wordt aangeboden.

Kan ik de budgetpolis niet afschaffen? Nee, dat kan ik niet doen. Ik heb net omstandig in de richting van de heer Raemakers betoogd dat ik ook de budgetpolis betrek bij de monitor die u in de eerste helft van 2020 krijgt. Dat is het moment om de balans op te maken.

Tot slot. Is het niet logischer om over te stappen naar een publiek stelsel?

Nee, in mijn zienswijze niet. De heer Hijink weet dat. We praten vanmiddag over het neerzetten van de goede publieke randvoorwaarden in een stelsel met private spelers: aan de ene kant de verzekeraars, aan de andere kant de zorgaanbieders. Ik vind dat we op die route door moeten. Ik wil dus niet overstappen naar een ander stelsel.

Dat heb ik echt op een drafje gedaan, voorzitter. Dit waren de vragen van de heer Hijink die ik nog overhad.

Dan ga ik naar de vragen van GroenLinks, allereerst de vraag over collectiviteiten. Ik kijk in de richting van de heer Smeulders. Ik denk dat ik die vraag inmiddels goed heb beantwoord.

Over de minimapolissen heb ik het ook uitgebreid gehad. Daar zit ook niets nieuws in.

Het punt van de ondercompensatie bij de chronisch zieken wil ik betrekken bij de risicoverevening. Die drie restructies hebben eigenlijk in belangrijke mate betrekking op chronisch zieken. Daarom wil ik die punten nog voor de zomer bezien. Dat kan dus leiden tot het aanpassen van normbedragen, specifiek voor die drie genoemde risico's.

De heer **Smeulders** (GroenLinks):

Het is goed dat de Minister naar die drie specifieke risico's gaat kijken, maar ik zou het ook goed vinden om van hem op een abstractieniveau hoger een uitspraak te horen. Vindt de Minister dat er eigenlijk geen verschil moet zijn tussen gezonde en ongezonde mensen en dat het streven van de overheid dus eigenlijk moet zijn om de risicoverevening zo te maken dat dat verschil niet bestaat? Ik snap dat daar onderzoeken voor nodig zijn, maar ik hoop dat dat uitgangspunt in ieder geval helder is.

Minister **Bruins**:

Daar had ik mee moeten beginnen. Daar ben ik het helemaal mee eens. Dat is ook de kern van risicoverevening, dat het voor de verzekeraar niet uitmaakt voor welke verzekerde hij werkt. Daarom wordt het systeem van risicoverevening steeds fijnmaziger en zijn we nu in het stadium van onderhoud gekomen. Daar reageerde ik op, maar het uitgangspunt moet zijn dat ook de chronisch zieke goed verzekerd kan blijven en dat die er niet uit wordt gekieperd bij de verzekeraar, om het maar iets te huiselijk te zeggen.

Heeft de Minister de monitor over paramedische zorg al? Nee, die heb ik nog niet, maar die verwacht ik wel deze maand. Ik ga ook deze maand, op 24 april, met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om tafel zitten om de uitkomsten van die monitor te bespreken. De monitor paramedische zorg gaat niet alleen over fysiotherapie, waar de heer Smeulders al over sprak, maar is breder dan dat. Het gesprek op 24 april zal niet het eerste gesprek zijn en waarschijnlijk ook niet het laatste. Uw Kamer weet dat ik ook voor de paramedische zorg een bestuurlijke afspraak à la hoofdlijnenakkoord wil maken. Ik hoop dat vraagstukken als de betaling, de behandelindex en het tekenen bij het kruisje daarin een plekje kunnen krijgen. Dus dit volgt.

Dat in de richting van GroenLinks.

Dan in de richting van de heer Geleijnse van 50PLUS, eerst over de collectieve verzekeringen. Ik denk dat ik die vraag inmiddels goed beantwoord heb.

Hoe kunnen we mensen meer informeren over de zorgtoeslag? Ik geloof dat de heer Geleijnse en ik hetzelfde onderzoek hebben aangehaald. NIVEL heeft recent onderzoek gedaan naar het kennisniveau van verzekerden over onder andere de zorgtoeslag. Uit dit onderzoek blijkt dat meer dan 90% van de verzekerden op de hoogte is van de zorgtoeslag. Ik vind dus eigenlijk dat dit heel goed gaat, maar er is heel weinig voor nodig om ook dit punt nog eens bij de zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen.

In hoeverre spelen de hoofdlijnenakkoorden een rol bij de te lange wachttijden? Ik hoop dat ik de vraag zo goed genoteerd heb, want ik weet niet zeker of die zo was gesteld door de heer Geleijnse. Ik dacht het wel. In een ander debat heb ik eerder betoogd dat er inzicht moet zijn voor de verzekerden als er sprake is van een wachtlijst. Daarvoor moet de verzekerde te rade kunnen gaan bij zijn zorgaanbieder, bij het ziekenhuis. Maar ook moet inzichtelijk zijn waar er wel en waar er geen wachtlijsten zijn. De Patiëntenfederatie is bezig om daarvan een kaart te maken. Dat inzicht helpt enorm. Ook wil ik werken aan de bekendheid van de rol van de zorgverzekeraar, want die heeft de verplichting om te zorgen dat je, als je niet bij dat ene ziekenhuis terecht kunt, ergens anders wel terecht kunt. Even ten overvloede: we praten hier over de electieve zorg, niet over de

spoedzorg. Die laatste moet altijd beschikbaar zijn en is ook altijd voorhanden.

De voorzitter:

Uw laatste enkelvoudige interruptie, meneer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Mijn vraag lag meer besloten in de actie van de Nederlandse Zorgautoriteit. Die heeft gecontroleerd of de zorgverzekeraars voldoende inspanningen hebben geleverd om de wachtlijsten weg te werken. Het antwoord was nee. Ze gaan het opnieuw onderzoeken en daarna komen er vervolgstappen. De vraag van onze fractie was of de Minister kan uitleggen welke stappen wij richting die zorgverzekeraars kunnen verwachten.

Minister Bruins:

Dan moet ik even de goede papieren erbij zoeken. Ik kom daar in eerste termijn nog op terug.

Is de Minister bereid om fysiotherapie toe te voegen aan het basispakket? Fysiotherapie speelt een belangrijke rol bij het voorkomen en verminderen van klachten bij een chronische aandoening. Daarom krijgen mensen met een chronische aandoening op dit moment al hun behandeling bij de fysiotherapeut vanaf de 21ste behandeling vergoed. Aanvullend hierop loopt er op dit moment een programma bij het Zorginstituut, het Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Vanuit dat kader – want dat is het – analyseert het Zorginstituut de laatste stand van wetenschap binnen de fysiotherapie. Indien een behandeling bewezen effectief is en helpt zorg te verplaatsen van ziekenhuis naar eerste lijn, kan het Zorginstituut adviseren om een specifieke behandeling vanaf de eerste zitting op te nemen in de aanspraak. De afgelopen jaren heeft dit proces tot een aantal fysiotherapeutische behandelingen geleid die nu vanaf de eerste zitting worden vergoed. Indien patiënten of fysiotherapeuten nieuw of aanvullend onderzoek hebben, dan kunnen ze dit onder de aandacht brengen van het Zorginstituut. Zij wegen dit onderzoek en zullen, als daar aanleiding voor is, adviseren over de aanspraken. Het antwoord op de vraag «is de Minister bereid om fysiotherapie toe te voegen aan het basispakket bij chronische aandoeningen?» is dus: niet in zijn algemeenheid, maar wel bij specifieke behandelingen op basis van het kader dat wordt gebruikt door het Zorginstituut. Dat staat open voor suggesties op dit punt.

De heer Arno Rutte (VVD):

Het is weleens mooi om te horen hoe dat precies werkt, want we hebben dat de afgelopen jaren inderdaad een paar keer gezien bij specifieke behandelingen. Ik geloof dat de behandeling van etalagebenen er zo een was; die vindt nu primair bij de fysiotherapeut plaats en niet meer in het ziekenhuis. Tegelijkertijd zie ik een aantal hele geavanceerde fysiotherapiepraktijken veel onderzoek doen, deels ook wetenschappelijk onderzoek. Ik weet niet helemaal zeker of dit traject richting het Zorginstituut voldoende bekend is. Is de Minister bereid om dit op te pakken, bijvoorbeeld met de koepelorganisatie van fysiotherapeuten, zodat dit heel duidelijk is en die koepel richting zijn leden weer heel duidelijk kan maken: als je gericht onderzoek doet en inzichten hebt, dan moet je daar en daar zijn bij het Zorginstituut?

Minister Bruins:

Ik heb net betoogd dat ik toch nog met de paramedie om de tafel zit, en meer specifiek ook met de fysiotherapeuten. Ik ben graag bereid om die helderheid over dat kader te verschaffen. De heer Rutte noemt het voorbeeld van de opname van etalagebenen in het Zvw-pakket vanaf de

eerste behandeling, maar ook voor artrose aan de heup of knie is een afspraak gemaakt. Ook voor COPD zit het inmiddels in het pakket; u weet dat. Er zijn dus goede voorbeelden, en ik wil dat graag onder de aandacht blijven brengen.

Voorzitter. Dan denk ik dat ik ook de vragen van de heer Geleijnse heb beantwoord. Dan kom ik bij de vraag, of de hartenkreet, van de heer Rutte over zorginkoop die is opgeknipt in eerste, tweede en derde lijn en paramedie. Ik herken het beeld dat de heer Rutte schetst. Zoals gezegd wordt met de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek gesteld dat de zorg te gefragmenteerd is en dat partijen zich bij het verlenen van zorg meer moeten richten op het functioneren van de gebruiker, het voorkomen van zwaardere zorg, het waar nodig verplaatsen van zorg naar dichterbij huis en het vervangen van zorg door nieuwe technologie. Deze beweging staat ook zo opgeschreven in de eerdergenoemde hoofdlijnenakkoorden. Wat ik terughoor van verschillende zorgverzekeraars – ik heb vanmiddag een voorbeeld genoemd – is dat zorginkoop steeds meer regionaal wordt georganiseerd in plaats van per domein. Dat vind ik de goede beweging. Als op basis van regiobeelden steeds meer zorg regionaal wordt ingekocht in plaats van per hoofdlijnenakkoordsilo, om het zo uit te drukken, wat ik hoop, dan lijkt mij dat de goede weg. In mijn inleidende woorden heb ik daar iets over gezegd. Er zijn bijvoorbeeld ook contracten als die tussen Isala en Zilveren Kruis. Die hebben afgesproken dat 10% van de zorg wordt verplaatst naar buiten het ziekenhuis. Dat kan alleen als ook andere partijen uit de eerste lijn betrokken zijn bij de afspraken met de tweede lijn. Ik ben dus positief over deze beweging. Ik zal ook blijven benadrukken dat dit de manier is om uit die silo's te gaan. Ik geloof niet dat wij met die hoofdlijnenakkoorden anders hadden gekund dan op deze manier per domein afspraken te maken, maar de beweging is juist dwars door die silo's heen. Dat is één.

Hoe zit het met de paramedische zorg en de problemen daarin? Ik heb daar eerder op geantwoord in de richting van de heer Geleijnse. Moet VWS niet meer sturen op de Juiste Zorg op de Juiste Plek? Ik denk dat ik daar inmiddels op in ben gegaan. Ik denk dat de regiobeelden voorafgaan aan een meer regionale inkoop door de zorgverzekeraars. Daar zien we inmiddels een paar goede voorbeelden van.

Dat is dat. Dan heb ik nog de vragen liggen van mevrouw Agema.

De voorzitter:

Eerst de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik heb nog wel een specifieke vraag gesteld over slimme zorg thuis en in dit geval specifiek over diabetes type 1. Daarbij staan medische richtlijnen wellicht in de weg van het echt opschalen van betere interventies. Ik heb de Minister gevraagd of hij ook eens zou willen kijken naar de mogelijkheden om een richtlijn aangepast te krijgen als die belemmerend werkt voor het opschalen van vormen van slimme zorg. Ik gaf het voorbeeld dat bij diabetes type 1 voor patiënten met een sensor nog steeds de verplichting bestaat om één keer per kwartaal naar de internist te gaan. Ik spreek dit soort patiënten en die zeggen: dan drink ik daar een kop koffie, we geven elkaar een hand en ik ga weer weg. Zolang dat zo is, is er geen verzekeraar die zegt: ik ga die slimme sensor vergoeden. Want dat betaalt hij twee keer.

Minister Bruins:

Ik weet niet of die medische richtlijn een sta-in-de-weg is, maar ik vind het een heel sprekend voorbeeld. Ik ga dat uitzoeken, want ik wil niet dat een medische richtlijn zo'n sta-in-de-weg is voor slimme zorg. Het blijft nog steeds kwalitatief goede zorg; daar willen we niet vanaf. Maar als die richtlijn een sta-in-de-weg is, dan moeten we daar iets voor bedenken. Ik

zal uw Kamer daarover schriftelijk informeren. U vraagt wanneer; dat doe ik voor de zomer.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Heel kort ten aanzien van de termijn: het zou fijn zijn als we die reactie zouden kunnen krijgen voordat wij over het verzekerde pakket gaan spreken. Dat is ook voor de zomer. Ik ben zelf geen Minister, maar ik kan me voorstellen dat dat haalbaar is.

Minister **Bruins**:

Ja, het pakketbeheer staat voor half juni of zo, geloof ik. Dat moet lukken. Voorzitter. Dan heb ik nog vragen van de PVV-fractie. Allereerst de cadeautjes die worden weggegeven. Met mevrouw Agema ben ik van mening dat het aanbieden van cadeautjes geen goede weg is. De verzekeraars hebben in het Actieplan Kern-gezond onderling afgesproken om hier zeer terughoudend mee om te gaan. Als er al cadeaus worden aangeboden, dan hebben die vaak iets met zorg of preventie te maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om een kookboek voor gezond eten; dat werd mij als voorbeeld aangereikt. Ze zijn ook iets gericht op specifieke doelgroepen. Ik zal dit onderwerp opnieuw meenemen bij de rol die toezichthouder NZa heeft bij het komende overstapseizoen. Dat is één. Dan een reactie op de toegenomen openstaande bestuursrechtelijke premie. Ondanks de stevige incasso-instrumenten, zoals broninhouding, omleiding van zorgtoeslag en een deurwaarder die tweemaal langsgaat, is inning van een bestuursrechtelijke premie niet altijd mogelijk. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Het kan gaan om mensen zonder inkomen of zorgtoeslag. Het kan trouwens ook gaan over mensen die overleden zijn, niet meer in beeld zijn of vertrokken zijn naar het buitenland. Deze openstaande bestuursrechtelijke premies zijn ondanks verjaring inzichtelijk gemaakt in de Verzekerdenmonitor. Een deel van die openstaande bestuursrechtelijke premie zal niet meer worden geïnd, mede vanwege de beleidswijziging om de eindafrekening bestuursrechtelijke premie af te schaffen. Dat wordt dan wel steeds inzichtelijk gemaakt in de volgende Verzekerdenmonitor.

Dan was er een vraag over de zorgplicht in relatie tot St Jansdal. Dat ging over een situatie waarin diagnostiek niet wordt geleverd door St Jansdal. Natuurlijk moeten verzekeraars aan de zorgplicht voldoen. Dat wil niet zeggen dat iedereen alle zorg moet leveren. In dit geval heb ik begrepen dat het betreffende zelfstandig behandelcentrum een klacht heeft ingediend bij de ACM. Ik volg die zaak.

Voorzitter. Over de plafonds en de wachtlijsten heb ik al eerder gesproken. Daarmee denk ik dat ik de vragen van mevrouw Agema ook heb beantwoord.

De **voorzitter**:

U heeft toch nog een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De Minister ging er vrij vlot doorheen. In ieder geval dank daarvoor. Maar met betrekking tot het overstapseizoen, of eigenlijk het overstapcircus, heb ik het niet alleen gehad over alle cadeautjes die worden uitgedeeld, maar ook over de nadruk op jonge, gezonde verzekerden en het feit dat er gewoon ook zaken worden aangeboden die normaal zijn in de basisverzekering, zoals second opinions. Mijn vraag aan de Minister op dat terrein is: wat wil hij nu dat er verandert? Hoe ziet het landschap er volgend jaar uit? Als het gaat om de wanbetalers heb ik ook aangegeven dat Turken vier keer vaker wanbetaler zijn, Marokkanen vijf keer vaker en Antillianen zelfs elf keer vaker. Mijn vraag aan de Minister was: heeft hij hier nou specifiek beleid op losgelaten, of gaat hij dat doen? Welke vruchten zijn daarvan te plukken? Ook hier heb ik weer de vraag: hoe staan we er volgend jaar

voor? En dan nog dat gebeuren van die marktmacht, waar St Jansdal nu mee bezig is. Er is een klacht ingediend bij de ACM, begrijp ik. Wat kan de Minister nu meer doen dan de zaak volgen? Kan hij hier ook een stokje voor steken?

Minister Bruins:

Eerst over dat overstapcircus. Dat een second opinion wordt aangeboden is heel gebruikelijk. Dat lijkt me ook niet bezwaarlijk. Waar ik de vinger bij leg en waar ik de NZa vraag om extra op te monitoren, zijn het punt van geen cadeautjes en het punt van de risicoselectie. Dat zijn de bestendige punten waar de NZa al veel langer het oog op heeft. Dat is één. Twee, de wanbetalers. Mevrouw Agema heeft gevraagd of ik voor specifieke bevolkingsgroepen speciale maatregelen neem. Nee, dat is niet het geval. Het is niet anders dan kijken naar mensen met een kleine beurs. Ik heb de verschillende categorieën zojuist genoemd. Dat heeft dus niets met achtergrond maken. Dat heeft te maken met bijstandsgerechtigden. Daar is speciale aandacht voor. Ik denk dat dat ook goed is in het kader van zo'n wanbetalersregeling of het omleiden van een zorgtoeslag. Dan de situatie van het volgen van die zelfstandige behandelkliniek. Die zelfstandige behandelkliniek heeft een klacht ingediend bij de Autoriteit Consument & Markt. Zo zijn de regels van het spel. Dat is aan de ene kant een verantwoordelijkheid van die marktpartij en aan de andere kant van de autoriteit. Ik ben geïnteresseerd in de uitkomsten daarvan. Als ik de uitslag daarvan heb, zal ik kijken of het noodzakelijk is dat ik daar weer iets extra's aan doe. Dus het is geen kwestie van volgen om het daarna alleen maar naar u door te geleiden.

De voorzitter:

U bent door uw interrupties heen, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat snap ik, maar mag ik kort een vraag stellen over de termijn?

De voorzitter:

Een termijn vragen is altijd goed.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We zien nu dat mensen geen bloed kunnen laten prikken, dat ze worden weggestuurd, dat de urine niet wordt onderzocht en dat ze het hele land door moeten. Dat is een heel vervelende situatie waarin je niet zomaar even kunt gaan afwachten. Met welke termijn houdt de Minister rekening waarop deze onverkwikkelijke toestand tot het verleden moet behoren?

De voorzitter:

Kan de Minister daar iets over zeggen?

Minister Bruins:

Nee, want ik heb de ACM niet aan een touwtje. Maar we hebben deze maand nog een AO staan waar ook Lelystad weer aan bod komt. Ik zal eventjes kijken hoe ver we dan zijn. Ik ga dus even zoeken of er additi-onele informatie is.

De voorzitter:

Dat is een mooie toezegging. Dank u wel.

Minister Bruins:

Dan heb ik nog één vraag openstaan van 50PLUS: hoe houdt de NZa toezicht op wachttijden? Welke escalatiestappen kunnen worden genomen? De NZa zit nog in het stadium van de zorgverzekeraar aanspreken en volgen. Een vervolgstap waar wij uitdrukkelijk nog niet aan

toe zijn maar die wel kan komen, is benoemen welke zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het laten oplopen van een wachtlijst. Dat is stap twee. Dat doen we niet zo gauw in Nederland, maar die mogelijkheid is er. Ten derde is er een mogelijkheid om een aanwijzing te geven vanuit de NZa. Die mogelijkheden zijn er alle drie. We zitten nu nog bij stap één. Voorzitter, tot zover.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Gezien de tijd stel ik voor dat iedereen op zijn plek blijft zitten. Anderhalve minuut zonder interrupties, want dan hebben we meer tijd voor de Minister met z'n antwoorden. Akkoord? Mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de Minister omdat hij toch wat meer helderheid heeft geschapen over het begrip «medische noodzaak». De Minister zegt dat medische noodzaak wordt bepaald in het gesprek tussen de individuele patiënt en de individuele zorgverlener of arts. Ik denk dat dat voor vrouwen die zich zorgen maken over hun borstimplantaten goed nieuws is, want dat betekent dat ze dat gesprek aan kunnen gaan met hun huisarts of in dit geval hun chirurg.

Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag over mijn tweede onderwerp: de regie. Wie heeft er nu eigenlijk de regie? Ik vroeg aan de Minister of hij nog kort in kon gaan op de vraag of de NZa zich wel als een toezichthouder ziet als zij tegelijkertijd met alle partijen aan tafel wil zitten om samen een oplossing te verzinnen. Op zich ben ik wel voor dat model, behalve als jij degene bent die de ander erop moeten wijzen dat hij zich niet aan de wet houdt of regelgeving niet goed uitvoert. Daar krijg ik nog graag een reactie op.

Ik zou ook graag een VAO willen aanvragen, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats dank aan de Minister voor de antwoorden. Dank dat wij voor de zomer meer duidelijkheid krijgen over risicoverevening en chronisch zieken. Wij zijn daar zeer benieuwd naar, ook omdat een nieuwe speler zoals IptiQ gelijk neerzet dat hij verwacht hoge winsten te gaan behalen. Dat stelt ons niet gelijk gerust ten aanzien van de doelgroepselectie.

Het is ook fijn dat de Minister niet wil wachten op de uitkomsten van Sjoerd Repping, maar dat hij al met de verzekeraars in gesprek gaat over de effectiviteit van zorg.

Als laatste wil ik toch even terugkomen op onze vraag over het ongelijke speelveld. Aan de ene kant moeten fysiotherapeuten, diëtisten en logopedisten maar tekenen bij het kruisje. We hebben gevraagd of het mogelijk is dat de ACM in feite een format maakt samen met de brancheorganisatie, dat verder wordt ingevuld door zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Als de Minister toch met de paramedici om de tafel gaat, zou ik het fijn vinden als dat kan worden meegenomen.

Ten slotte hadden wij ook nog een vraag over de kleine orthopedische bedrijven, die dus onder de omzetregeling vallen maar van de ACM niet mogen samenwerken. Hoe ziet de NZa daarop toe?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter. Ik ben blij dat de Minister heeft uitgesproken dat hij dat zorgadvies beter bekend wil maken. Ik had gevraagd wat er gebeurt als bij het Ministerie van VWS een concrete casus voorbijkomt en een zorgverzekeraar dat zorgadvies misschien een keer niet op een goede manier invult. Wat zijn dan de mogelijkheden van VWS om dat zorgadvies mede te faciliteren of om een stukje doorzettingsvermogen naar een zorgverzekeraar te hebben?

Voorzitter. Ik ben ook heel blij dat de Minister welwillend staat tegenover pilots voor het rechtstreeks doorverwijzen van de fysiotherapeut naar de specialist, en dat hij dat op het lijstje heeft gezet voor zijn overleg met de zorgverzekeraars.

Ook is het goed dat mevrouw Ploumen een VAO heeft aangevraagd, want ik ben erover aan het denken om eventueel een motie in te dienen zowel over het op B1-niveau communiceren door zorgverzekeraars als over die minimapolissen. Maar goed, daar hebben we nog het VAO voor.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Raemakers. De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank u, voorzitter. Om te beginnen wil ik inhaken op wat de Minister heeft gezegd over de collectiviteiten. Hij heeft gezegd dat we nu eerst een soort laatstekanskaart gaan trekken om te kijken of de verzekeraars daarmee uit de voeten kunnen. Ik vind dat de criteria die hij daarbij gaat gebruiken om vast te kunnen stellen of het een succes is, bijzonder dun zijn. Ik zou het goed vinden als de Minister meer duidelijkheid geeft over hoe hij straks wil kunnen beoordelen of wij wel of niet door moeten gaan met die collectieve zorgverzekeringen.

De Minister blijft een heilig geloof houden in de markt en de patiënt als consument. Dat blijkt ook uit het feit dat hij wil doorgaan met de budgetpolis en die niet wil afschaffen. Dat is toch vreemd als je bedenkt dat die budgetpolis een armenpolis aan het worden is en dat de budgetpolis – ik heb het dus niet over de gemeentepolis – voor sommige mensen leidt tot onverwacht hoge rekeningen als zij ergens zorg krijgen waar zij niet voor verzekerd zijn. Ook kunnen zij niet overal terecht. Ze hebben dus minder keuze.

Tot slot vind ik het echt niet kunnen wat de Minister in de richting van de heer Geleijnse zei over mondzorg. Het kan echt niet dat je wordt uitgemakt voor sinterklaas op het moment dat je vraagt of wij de mondzorg terug moeten zetten in het basispakket, terwijl er natuurlijk geen sprake is van hogere kosten; het is een andere verdeling van de kosten.

De voorzitter:

Wilt u afrekenen? Eh...

De heer **Hijink** (SP):

Ik wil graag afrekenen met de marktwerking!

(Hilariteit)

De heer **Hijink** (SP):

Ik wist niet dat het zo'n debat zou worden, maar dat kunnen wij doen; wij krijgen nu toch een VAO. Maar even serieus, dat kan natuurlijk niet. Het is een verplaatsing van de kosten. De kosten liggen nu bij het individu. Het enige wat wij voorstellen is dat, wanneer het in het basispakket komt...

De voorzitter:

U moet nu echt een punt zetten.

De heer **Hijink** (SP):

Ja, ik ben een punt aan het zetten, maar ik was zo afgeleid dat ik me weer even moest herpakken. Wij stellen dus voor dat het van het individu naar het collectief gaat. Als je dan zegt dat iemand een sinterklaas is, sla je de plank volledig mis. Dat wilde ik nog even gezegd hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Smeulders.

De heer Smeulders (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de Minister voor zijn beantwoording. Leuk om een keer in deze commissie actief te mogen zijn.

Ik sluit me volledig aan bij de heer Hijink van de SP wat die 10% collectiviteitskorting betreft die nou wordt verlaagd naar 5%. De Minister heeft ons met dat ene voorbeeld van Menzis waar hij elke keer mee komt, er niet van kunnen overtuigen dat dat een goed idee is. Ik vind echt dat het kabinet veel scherper moet stellen wat de criteria zijn op basis waarvan die laatste stap gerechtvaardigd is dan wel uiteindelijk toch gewoon de stekker eruit wordt getrokken. Als de Minister dat niet verder gaat preciseren, dan moeten we dat als Kamer misschien maar doen door middel van een motie.

Het tweede punt is het verschil tussen gezonde en ongezonde mensen. Ik denk dat het positief is dat de Minister aangeeft dat dit in de verevenings-systeematiek gewoon gelijk moet zijn. Ik vraag hem wel op welke termijn hij verwacht of ernaar streeft dit gelijk te hebben. Er worden nu drie stappen bekeken, maar wij vragen ons af of dat genoeg is. Ik denk dat het in ieder geval goed is om daar een doel aan te hangen.

Mijn allerlaatste vraag gaat over de paramedische zorg en de fysiotherapeuten. De Minister gaf aan dat hij op 24 april een gesprek heeft met de brancheorganisatie, ook over de Monitor paramedische zorg. Kan de Minister aangeven wanneer hij de Kamer informeert over dat gesprek, maar ook wanneer wij de monitor dan ontvangen?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik probeer vier punten aan de orde te stellen. Ik vind dat de Minister nog erg vrijblijvend is geweest over de toezegging inzake minder collectiviteiten en minder modelpolissen. Hij spreekt zelf van een laatste station voordat het eindstation is bereikt. Mag ik dan op z'n minst verwachten dat de Minister per verzekeringsjaar 2020–2021 ingrijpt als het de komende achttien maanden niet goed gaat?

Het tweede punt zijn de wachttijden en de wachtlijstbemiddeling. Is de Minister bereid in overleg te treden met de Landelijke Huisartsen Vereniging? In het gesprek tussen patiënt en huisarts wordt vaak al gesignaleerd dat er mogelijk een wat langere wachtlijst is bij een bepaald specialisme. Ik heb me laten vertellen dat huisartsen behoorlijk inzage hebben in waar het dan sneller kan, maar we horen tegelijkertijd dat dit nog heel vaak niet gebruikt wordt. Wil de Minister daar met de huisartsen over in gesprek?

In aansluiting op D66 is ook 50PLUS wel benieuwd wat de effecten zijn voor groepen met een lager inkomen als de gemeentepolissen er niet meer zijn. Los van het feit of we ze houden of niet houden, vraag ik me af wat de effecten zijn voor de mensen die deze polis nu hebben. Kan dit misschien eens worden bekeken in samenspraak met de collega van SZW?

Tot slot. De toelating van fysiotherapie tot het basispakket is een hele procedure. Reumapatiënten lijken toch een behoorlijke eigen bijdrage te moeten betalen, namelijk de eerste twintig. In de twintig seconden die ik nog heb, lukt het me niet om de vraag stellen of onderzocht kan worden

of dat naar het basispakket kan. Derhalve zal ik dat op een andere wijze aan de Minister gaan vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. We hadden vandaag een fraai en inhoudelijk debat over veel onderwerpen. Aan sommige dingen zal ik nooit wennen, zoals de enorme afkeer van linkse partijen ten aanzien van keuze. Dat is toch altijd een heel raar ding. Ik ben toch heel blij dat ik leef in een land waar je wat te kiezen hebt. Ik vind dat hartstikke fijn. Die miljoen opties worden schromelijk overdreven. Pas op het moment dat de keuze weg is, loopt iedereen te huilen en zegt men: o, wat jammer toch; in het verleden hadden we het wel. Ik vind dat jammer. Ik zal ervoor blijven strijden dat er wel wat te kiezen valt, maar wel op redelijke gronden. Aan polissen die geen enkel verschil maken, hebben we ook helemaal niets. Daar vinden we elkaar natuurlijk wel. Ik wijs erop dat als er minder keuze is, de prijs daar doorgaans niet van omlaaggaat. Het tegendeel is het geval. U mag daar anders over denken, maar ik ben bang dat ik op dit punt een beetje gelijk heb.

Ik ben heel blij met de toezegging van de Minister over wat hij gaat doen rondom de fysiotherapie. Ik geloof echt dat daar heel veel te winnen valt en dat veel meer duidelijk zou moeten worden op welke manieren je interventie wel in de basisverzekering kunt krijgen. Dat hele verhaal van «wij willen de fysiotherapeut in het basispakket» is niet haalbaar, want dan is het niet duidelijk wat je doet. Maar als dat met gerichte interventies kan, is dat een enorme stap vooruit. Daar geloof ik heel erg in. Ik zie de reactie graag tegemoet.

Dat geldt ook voor wat we kunnen doen met de richtlijn voor diabetes type 1. Wellicht is daar een weg te gaan, zodat we de weg naar slimme zorg voor patiënten met diabetes type 1 en een beter leven voor hen sneller dichterbij kunnen brengen.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. In de afgelopen paar uur zijn er een heleboel zorgen geuit. Er is eigenlijk onvrede geuit over een heleboel dezelfde onderwerpen: het overstapcircuit, de collectieven, het woud aan polissen, de risicoverevening en wachtlijsten. Ik denk dat deze Kamer van links tot rechts aan de Minister meegeeft dat we eigenlijk toch wel een heleboel dingen anders willen. Dat proef ik eigenlijk van links tot rechts. Er zijn steeds andere meerderheden, maar ik denk toch dat het goed is dat de Minister zich realiseert dat er het lopende jaar wel echt wat moet gebeuren. Wat ons betreft geldt dat ook voor de wanbetalers. Misschien sta ik daarin alleen op een eilandje, maar als bepaalde groepen daar nou negatief uitspringen, vind ik wel dat je het lef moet hebben om bepaalde groepen aan te spreken. Als Antillianen elf keer vaker wanbetaler zijn, waarom spreek je de groep dan niet aan? Waarom probeer je dat niet eens?

De heer Geleijnse kondigde een motie aan over fysiotherapie. Dat hebben we ook al een paar keer geprobeerd. De reumapatiënten en de bechterewepatiënten zijn eigenlijk toch een hele kleine groep binnen die hele grote bulk. Het moet gaan om zo'n 40 miljoen, denk ik. Dat moet toch ergens wel te vinden zijn op het ministerie, dat zo te kampen heeft met en zo lijdt onder al die meevallers? Ik vraag de Minister of hij daar nog even op in kan gaan.

De voorzitter:

Dank u wel. We zijn toe aan de beantwoording van de Minister. Ik stel voor dat de Minister zijn betoog volledig afrondt en dat we daarna kijken hoeveel tijd we nog hebben en of er nog wat is gemist. In eerste instantie doen we het dus zonder interrupties.

Minister Bruins:

Voorzitter. In de richting van mevrouw Ploumen zeg ik dat ik hoop dat het verhelderend was om te spreken over het begrip medische noodzaak/medische indicatie. Het is belangrijk dat vrouwen die informatie krijgen in de voorbeelden die werden gewisseld in het debat. Ik vind het ook belangrijk om te noemen dat er richtlijnen zijn waarmee een beroepsgroep werkt. Ik denk dat het ook prettig is voor beroepsgroepen om te handelen vanuit een kader. Maar medische noodzaak moet steeds voorop blijven staan voor de vergoeding op basis van de Zvw.

Het tweede punt betreft de NZa als toezichthouder. Mevrouw Ploumen maakte het punt dat ze met veldpartijen om de tafel zitten. Wanneer ben je nou toezichthouder en wanneer ben je veldpartij? Ik vind dat een goede vraag. Aan de ene kant is het natuurlijk nodig dat de NZa informatie uit het veld krijgt. Aan de andere kant is het nodig dat zij optreedt als toezichthouder. In de voorbeelden waarin ik veldpartijen en Zorgautoriteit samen om de tafel heb, bijvoorbeeld bij de kernteams van Slotervaart en Lelystad, is dit een punt dat de NZa en trouwens ook de inspectie altijd maken. Ze willen best aan tafel schuiven om te horen en soms ook om een technische opmerking te maken, maar het blijven toezichthoudende instanties. Zij maken hun rol op dat punt altijd duidelijk. Dat vind ik ook belangrijk, dus dat stimuleer ik hierbij dan graag nog een keer.

Mevrouw Van den Berg sprak over het ongelijk speelveld voor fysiotherapie. In de afspraken die moeten worden gemaakt tussen paramedici aan de ene kant en zorgverzekeraars aan de andere kant, moet er echt nog wat water door de zee. Partijen vinden elkaar daar steeds beter, maar met name bij de fysiotherapie is er echt nog meer nodig. Ik denk dat de vraag of je onder auspiciën van ACM een format kunt uitdenken op basis waarvan verzekeraars en de fysiotherapiebranche zich kunnen committeren, nog een stap te ver is. Het zal eerst gaan over bijvoorbeeld een gezamenlijk inzicht over kosten en kostprijzen. Over dat thema spreek ik nu met de beroepsgroep. De bedoeling van mevrouw Van den Berg en van mij is dat er een goed speelveld ontstaat in het contracteren, ook voor de beroepsgroep en ook voor de individuele paramedicus. Ik hoop dat het lukt om voor de zomervakantie bestuurlijke afspraken te maken. Dat zou ik graag willen, maar je moet nooit te veel druk op een partij zetten. Lukt dat niet, dan informeer ik u waarom het niet lukt. Lukt het wel, dan laat ik u zien wat het inzicht is in de afspraken. Ik vind het belangrijk dat wij hier een stap voorwaarts zetten. Zij horen bij zorgpartijen. Paramedici zijn noodzakelijk om de transitie in de zorg, de juiste zorg op de juiste plek, te bewerkstelligen.

Dan de gedachte dat kleine ondernemers niet mogen samenwerken. Deze berichten horen wij wel vaker in het debat, maar ook weleens buiten dit debat. Ik check dan altijd eventjes of de partij in kwestie zich heeft verstaan met de ACM, omdat de ACM de bereidheid heeft om uit te leggen wat er allemaal wel mag. Er mag best veel. Er is ook een loket met een telefoonnummer beschikbaar bij de ACM voor samenwerkingsvragen. Er wordt gewerkt aan een bijstelling of update van de richtlijn zorg bij de ACM, die ook inzicht kan bieden in de mogelijkheden tot samenwerking zodat je niet op de vingers wordt getikt wegens een ongelijk speelveld. De heer Raemakers legde nogmaals de vinger bij het belang van een goed zorgadvies door de zorgverzekeraar. Dat is er. Als wij eens een casus krijgen die over een bepaalde zorgverzekeraar gaat, dan leiden wij die door naar die verzekeraar. Ik hoop dat ik daarmee de vraag van de heer Raemakers heb beantwoord, al weet ik dat niet helemaal precies.

De voorzitter:

U wilt toch interrumperen, meneer Raemakers. Heel snel dan. Echt heel kort.

De heer Raemakers (D66):

Maar wat nu als de zorgverzekeraar dat volgens een patiënt niet goed doet? Heeft VWS dan ook middelen om tegen die zorgverzekeraar te zeggen dat hij dat wel moet doen?

Minister Bruins:

Ik ken een dergelijk voorbeeld niet, maar als ik daar kennis van zou dragen, dan zou ik daarmee naar de zorgverzekeraar gaan. Dus als u een dergelijke casuspositie heeft, aarzelt u dan niet. Dan ga ik daarmee naar de desbetreffende zorgverzekeraar.

De heer Hijink was niet tevreden over de criteria die zijn verbonden aan de vraag wanneer die 5% collectiviteitskorting nou goed genoeg is. Ik zei: het zou al heel wat zijn als we een duidelijke omschrijving zouden hebben van de zorg en van de motivatie voor het aanbieden van een korting. Ten tweede is er de prijs. En ten derde is er de duidelijkheid van het aanbod dat de verzekeraar wil doen. Dat is misschien ook wel het beste antwoord op deze vraag: de last om te bewijzen dat die 5% collectiviteitskorting een nuttig instrument is, ligt bij de zorgverzekeraars. Misschien heb ik dat niet goed genoeg benadrukt. Ik vind het echt aan de zorgverzekeraars om nu met voorbeelden te komen waaruit blijkt dat zij door een verbeterde inkoop voor een bepaalde doelgroep, voor een verzekerde een collectiviteitskorting kunnen bereiken. Die kan maximaal 5% zijn. Komt dat bewijs er niet? Dan daalt de collectiviteitskorting naar nul. Dat weten ze. Ik zie uit naar de voorbeelden waarmee de zorgverzekeraars komen.

Dan het punt van de budgetpolis. Gezegd is: niet nu verbieden. Ik herhaal hier dat ik eerst de monitor van de NZa in het eerste halfjaar van 2020 wil afwachten.

Dan het punt van mondzorg. Om alle misverstanden te voorkomen: ik heb niet gezegd en niet bedoeld te zeggen dat de heer Geleijnse sinterklaas is. Het ging juist over mijzelf. Ik vind dat wij zorgvuldig moeten zijn over datgene wat wij wel of niet opnemen in zorgverzekeringspakket, omdat de zorgkosten ook de komende jaren blijven groeien. Ik weet niet of de heer Geleijnse zich als sinterklaas voelde aangesproken, maar dat is niet mijn bedoeling geweest.

De heer Smeulders heeft over de 5% dezelfde vraag gesteld als de heer Hijink. Die heb ik inmiddels beantwoord.

Dan het punt van de risicoverevening. Het ging over drie punten, de drie restrisico's. Ik hoop dat ik u daar in juni inzicht in kan bieden, maar het gaat om het onderhouden van een risicovereveningssysteem. Dus als nader onderhoud nodig is naast die drie punten, dan neem ik dat onderhoud ter hand. Ik weet dat nu nog niet, maar als ik weer nieuwe punten zie waarvan ik vind dat ze bij het onderhoud van risicoverevening en het voorkomen van risicoselectie horen, dan ga ik u daar wel voor het volgende debat over informeren.

De heer Smeulders heeft nog gevraagd naar het gesprek dat ik heb met de paramedische sector op 24 april. Voor die tijd hoop ik de monitor te hebben, zoals ik heb gezegd. Die zal ik ook aan uw Kamer toesturen. Ik heb hem nog niet gezien, maar als het effe kan, dan wil ik daar iets van een duiding bij geven. Na 24 april zal ik u graag vertellen hoe de vorderingen zijn inzake het gesprek met de paramedische sector.

Van wie was nou de vraag over de Landelijke Huisartsen Vereniging? Van de heer Geleijnse. Zou je de kennis van huisartsen niet kunnen gebruiken omdat zij door de dagelijkse praktijk soms weten waar de wachtlijsten langer worden? Kunnen wij die kennis gebruiken? Dat lijkt mij een goed idee. Dat gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging zal ik aangaan.

Het inzicht in de gemeentepolis volgt bij de monitor in de eerste helft van 2020. De heer Geleijnse heeft beloofd dat fysiotherapie nog op een andere manier terugkomt. Daar zie ik naar uit.

In het betoog van de heer Rutte zat het punt van het systeemadvies. Dat is gericht op gerichte interventies die kunnen leiden tot een aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet. Ik denk dat dit een goede werkwijze is. Die is wat mij betreft ook praktisch. Tegen de heer Geleijnse heb ik daarstraks gezegd: mochten er nieuwe initiatieven komen met een dergelijk voorstel om fysiotherapie onder de Zvw te brengen, dan zijn die welkom. De deur staat open.

Op het verzoek om te kijken wat de richtlijn diabetes type 1 in de weg staat, kom ik terug.

Mevrouw Agema ziet uit naar het komend jaar en het komende debat over de Zvw; ik denk dat ik het maar zo paraphraseer. Ik hoop inderdaad net als mevrouw Agema dat dan het aantal collectiviteiten is verminderd, dat het aantal modelpolissen is verminderd, dat er nog nieuwe maatregelen te bedenken zijn om de groep wanbetalers te verkleinen, dat we nieuwe voorbeelden kunnen toevoegen aan het lijstje en dat we fysiotherapie voor specifieke groepen kunnen toevoegen aan het pakket. Ik noem er zo maar eens een paar.

Voorzitter, tot zover.

De voorzitter:

Ik heb zo meteen tien toezeggingen voor te lezen. Daar moeten we even tijd voor nemen. Ik kijk even. Wie heeft nog echt een heel brandende vraag? Mevrouw Van den Berg?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Alleen een heel korte opmerking, voorzitter. De Minister gaf aan dat de orthopedische bedrijven met de ACM contact hebben gehad over de vraag of zij mogen samenwerken. Het punt is dat de ACM zegt dat ze dat mogen doen, maar dat de zorgverzekeraars weigeren om hen als groepje te behandelen.

Minister Bruins:

Ik zeg het even zittend aan deze tafel, voorzitter.

We zullen dat in het bestuurlijk overleg bespreken. Geef de feiten maar mee.

De voorzitter:

Dat is een toezegging. Ik kijk nog even. Er zijn geen dringende vragen meer. Dan gaan we over naar de toezeggingen. Ik vraag iedereen om even mee te denken en na te gaan of het allemaal klopt.

– De Minister stuurt de resultaten van het onderzoek naar de ondervertegenwoordiging van zorggebruikers bij het overstappen naar een andere zorgpolis zo spoedig mogelijk aan de Kamer.

Dat is aan deze commissie toegezegd. Nee?

Minister Bruins:

Dit betreft de risicoverevening; dat gaat over de drie restrisico's. Dat krijgt u nog voor de zomer. Dan het overstappen. Waarom verzekerden die zorggebruiken, minder overstappen dan andere partijen weet ik niet dit jaar. Dat weten we in de eerste helft van volgend jaar.

De voorzitter:

Eerste helft volgend jaar. Die termijn zetten we er dan bij.

– De Minister verwacht de Uitstroomregeling wanbetalers onder bewind voor de zomer aan te bieden aan de Kamer.

Ja. Dat is aan deze commissie toegezegd.

– De NZa-monitor over polissen en collectieven zal in de eerste helft van 2020 aan de Kamer worden verstuurd.

Minister Bruins:

Ik heb die monitor de NZa-monitor genoemd, maar dat moet zijn: een VWS-monitor.

De voorzitter:

Een VWS-monitor. Oké.

- In juni informeert de Minister de Kamer over de risicoverevening en chronisch zieken.

Dit is toegezegd aan mevrouw Van den Berg en de heer Smeulders.

- Voor de zomer stuurt de Minister de uitgevoerde onderzoeken naar vervolgcosten naar de Kamer.

Dat is toegezegd aan de heer Geleijnse. Dit gaat over mondzorg.

- De monitor paramedische zorg inclusief aandoening zal deze maand aan de Kamer worden verstuurd.

Dit is toegezegd aan de heer Smeulders.

- De Minister informeert de Kamer voor de zomer over medische richtlijnen en de implementatie van vormen van slimme zorg bij diabetes type 1.

Dit is toegezegd aan de heer Rutte.

De Minister verstuurt additionele informatie over de casus diagnostiek in het St Jansdal voor deze maand of in deze maand aan de Kamer.

Dit is toegezegd aan mevrouw Agema.

Minister Bruins:

We hebben deze maand nog een debat waarin St Jansdal Lelystad aan bod komt. Voor die tijd wil ik de stand van zaken betreffende de klacht van het zelfstandig behandelcentrum bij de ACM aan u kenbaar maken. Ik ga mij er dus voor inzetten om die informatie van de ACM te krijgen. Die wil ik voor het debat bij de Kamer hebben.

De voorzitter:

Dank u wel voor deze toezegging. Dat is mooi.

- Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de bestuurlijke afspraken binnen de paramedische zorg.

Dat is toegezegd aan mevrouw Van den Berg.

- Na 24 april informeert de Minister de Kamer over het gesprek met de paramedische sector.

Minister Bruins:

Dat is allemaal hetzelfde. De monitor paramedische zorg komt deze maand, voor de 24ste. Ik zal proberen om daar een beleidsbrief bij te maken. Dan spreek ik erover met de beroepsgroep. Ik vertel u na dat gesprek wat er in dat gesprek is verhandeld.

De voorzitter:

Heel mooi. Er zijn wat dreigingen aangekondigd voor het VAO dat mevrouw Ploumen heeft aangevraagd. Daar kunt u zich op verheugen. Mevrouw Agema, u mist iets?

Mevrouw Agema (PVV):

Ja. Als laatste zegde de Minister ook nog toe in ieder geval volgend jaar bekeken te hebben of hij de vergoeding van fysiotherapie voor bepaalde reumagroepen kan toevoegen aan het basispakket.

Minister Bruins:

Om dit te preciseren: we hebben een systeemadvies gekregen van het Zorginstituut. De afgelopen jaren hebben wij drie keer een voorbeeld

gekrege: etalagebenen, artritis en COPD. Daarin wordt de bewezen effectiviteit van die behandeling benoemd. Als er andere typen patiënten zijn die met een voorstel komen voor een dergelijke bewezen therapie – waarbij fysiotherapie een bewezen effectieve behandeling is – dan zal het Zorginstituut dat behandelen. Dat heb ik gezegd. Ik denk dat er wel kandidaten zijn, maar dan moet zich dat wel even bewijzen. Het onderzoek kunnen we dus doen. Als er een nieuwe groep is, dan vertel ik u dat. En als er die niet is, zal ik u dat ook vertellen.

De voorzitter:

Mooi. Meneer Geleijnse, u mist iets?

De heer Geleijnse (50PLUS):

De toezegging dat de Minister in gesprek wil gaan met de Landelijke Huisartsen Vereniging is voor onze fractie wel belangrijk, want ik wil de Minister later graag bevragen over het resultaat.

De voorzitter:

Dat is goed. Ik kijk even naar de Minister. Kunt u daar ook een termijn aan verbinden? Is dat mogelijk?

Minister Bruins:

Ik denk dat ik de Landelijke Huisartsen Vereniging nog voor de zomer spreek. En dan vertel ik u dat.

De voorzitter:

Mooi. Ik bedank de Minister voor het beantwoorden van alle vragen. Ik sluit het overleg. Dank u wel.

Sluiting 17.03 uur.