

Vergaderjaar 2015–2016

33 895

Initiatiefnota van het lid Voortman: «Zekerheid over zorg, het recht van burgers op informatie over hun zorg»

34 169

Initiatiefnota van het lid Ellemeet «Zorg in evenwicht. Keuzevrijheid centraal»

Nr. 15

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 2 februari 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 december 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de initiatiefnota van het lid Voortman «Zekerheid over zorg, het recht van burgers op informatie over hun zorg» d.d. 14 maart 2014 (Kamerstuk 33 895);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2014 met de reactie op de initiatiefnota van het lid Voortman «Zekerheid over zorg, het recht van burgers op informatie over hun zorg» (Kamerstuk 33 895, nr. 5);**
- **de initiatiefnota van het lid Ellemeet «Zorg in evenwicht. Keuzevrijheid centraal» d.d. 3 maart 2015 (Kamerstuk 34 169);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 mei 2015 met de reactie op de initiatiefnota van het lid Ellemeet «Zorg in evenwicht. Keuzevrijheid centraal» (Kamerstuk 34 169, nr. 3).**

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

De voorzitter van de vaste commissie,
Lodders

De griffier van de vaste commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Dik-Faber, Van Gerven, Lodders, Rutte en Voortman,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Het behandelen van twee initiatiefnota's is toch wel een heel bijzondere gebeurtenis. Als eerste heet ik mevrouw Voortman met haar ondersteuning van harte welkom. Ook van harte welkom heet ik mevrouw Ellemeet, die eveneens aanwezig is in deze zaal. Zij mag ook wel genoemd worden, want er moet enorm veel werk worden verzet om tot een initiatiefnota te komen. Uiteraard heet ik ook welkom de Minister van VWS en haar ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden en de mensen die het debat hier dan wel op een andere manier volgen.

In de beantwoording krijgt als eerste mevrouw Voortman het woord. De Minister heeft vandaag een rol als adviseur van de Kamer en zal in tweede instantie de vragen beantwoorden. De spreektijd per fractie is acht minuten voor de eerste en tweede termijn gezamenlijk. Ik wijs erop dat dat inclusief het indienen van moties is.

Als eerste is het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA. Zij heeft zeven minuten spreektijd beschikbaar. Als ik een seintje moet geven, dan hoor ik het graag.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter, ik heb vijf minuten nodig.

Ik dank beide initiatiefnemers, mevrouw Ellemeet en mevrouw Voortman, en hun ondersteuning voor het schrijven van deze twee mooie initiatiefnota's. Ze hebben enkele interessante voorstellen aan de Tweede Kamer gepresenteerd. Sommige zijn nieuw en andere zijn al langer bekend en door meerdere partijen ook wel eerder voorgesteld en omarmd.

Ik heb allereerst een vraag aan mevrouw Voortman over de nota «Zekerheid over zorg, het recht van burgers op informatie over hun zorg». Deze nota is in het eerste kwartaal van 2014 afgerond. Sinds deze datum is er heel veel gebeurd. Er is het nodige geschoven, herijkt en veranderd in zorgverzekeringsland. Hoe verhoudt haar nota, specifiek de beslis-punten, zich dan ook tot alle zorgveranderingen die sinds begin 2014 hebben plaatsgevonden? Daarbij vindt het CDA dat deze nota vraagt om mondige patiënten en verzekerden die het zorgverzekeringsstelsel goed kennen en goed kunnen doorgronden en begrijpen. Dat is voor verzekerden best wel ingewikkeld. Denk bijvoorbeeld aan mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben of aan ouderen. Uit de toekomstverkenning over de zorg van het RIVM blijkt dat ongeveer 10% van de Nederlanders laaggeletterd is en dat 29% weinig gezondheidsvaardigheden heeft. Zij missen de vaardigheden om informatie over de gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen dan wel te gebruiken bij het nemen van de beslissingen rondom hun gezondheid. Graag daag ik de initiatiefneemster uit om een reactie te geven op deze waarneming. Hoe verhoudt zich dat tot de voorstellen in de nota?

De tweede initiatiefnota «Zorg in evenwicht. Keuzevrijheid centraal» geeft wat het CDA betreft een goed beeld van de verschillende plus- en minpunten van het huidige zorgverzekeringsstelsel. Het is een mooie en heldere analyse. Het CDA is het eens met de initiatiefneemster dat in de zorg het onderlinge vertrouwen in elkaar laag is, zowel tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde als tussen de zorgaanbieder en verzekeraar. Je ziet dat er de afgelopen maanden positieve stappen zijn

gezet op dat vlak; maar wat moet er in essentie gebeuren om dat vertrouwen weer te vergroten? Het CDA is enthousiast over de nodige voorstellen. Op sommige punten, zoals het provisieverbod, hebben we zelf ook voorstellen gedaan.

Ik heb ook een vraag aan de Minister. Zij gaat helaas niet in op alle individuele voorstellen. Daarom verzoekt het CDA haar om op de volgende drie vragen een concrete reactie te geven. Een. Op welke manier wil zij ervoor zorgen dat de Europese solvabiliteitseisen zo laag mogelijk blijven? Twee. Wil zij een fusietoets voor zorgverzekeraars invoeren? Drie. Wat vindt de Minister van de suggestie om de marketingkosten van zorgverzekeraars met 50% te verlagen?

Het CDA ziet ook wel in dat het tijd is om scherper naar het vrijwillig eigen risico te kijken. We hebben het daar afgelopen donderdag in het AO Kwaliteit loont nog over gehad. Het CDA wil graag weten of mevrouw Voortman een concrete onderbouwing heeft van de gevolgen van de hoogte van het vrijwillige eigen risico. Leidt dit bijvoorbeeld tot meer wanbetalers onder minder draagkrachtigen?

De Minister kiest in haar nota Kwaliteit loont voor het gedifferentieerde macrobeheersingsinstrument. Afgelopen donderdag heb ik al aangegeven dat het CDA zich vanwege het ontbreken van een concrete uitwerking afvraagt of dit geen enorme drempels opwerpt voor innovatieve zorgaanbieders. Het CDA hoort vandaag dan ook graag van initiatiefneemster mevrouw Voortman hoe zij denkt over het gedifferentieerde macrobeheersingsinstrumentarium.

Ik rond af. We zitten weer in het overstapeseizoen. Afgelopen donderdag hebben we ook gesproken over de polisjungle, zoals sommigen die noemen. Wat is mevrouw Voortmans opvatting over de vermindering van het aantal zorgpolissen?

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik ben nu ruim drie jaar Kamerlid, maar heb niet eerder een initiatiefnota mogen behandelen, laat staan twee tegelijk. Dit is dus wel een unicum voor mijzelf. Het voelt goed. Misschien is het een teken dat ik uiteindelijk nog steeds een groentje ben in dit vak. Dat zou je ook kunnen zeggen. Voor alles is een eerste keer. Ik vind het leuk om nu maar liefst twee initiatiefnota's in een keer te mogen behandelen. Ook vind ik het heel fijn dat voormalig collega Ellemeet hier in de zaal is. Zij heeft ook veel werk verzet voor een van deze initiatiefnota's.

Ik ga beide initiatiefnota's langs. In de initiatiefnota van mevrouw Voortman wordt sterk gestuurd op een punt dat zij in mijn ogen gemeen heeft met de VVD: het grote belang van transparantie in de zorg. Mensen moeten goede informatie krijgen en moeten op basis van die informatie kunnen kiezen. Mevrouw Bruins Slot zei het al: sinds het moment dat mevrouw Voortman deze initiatiefnota heeft ingediend is er veel gebeurd. De Minister heeft het jaar van de transparantie uitgeroepen en zet echt enorm veel stappen op dat gebied. Mensen krijgen tegenwoordig altijd een nota te zien. Over de vraag of die altijd helemaal begrijpelijk is, kunnen we nog van mening met elkaar verschillen. De nota kan ongetwijfeld beter. Er komen steeds meer kwaliteitsindicatoren en polissen – over hoe erg dat is, verschillen we wellicht ook van mening – maar ze worden wel duidelijker en inzichtelijker. Al die informatie is van essentieel belang om goed onderbouwde beslissingen over de verzekering te nemen, de zorgaanbieder en de behandeloptie, zo iemand al patiënt is.

Afgelopen zaterdag had de VVD een partijbijeekomsst over zorg en over samen beslissen. De daarop aanwezige spreker Guus Schrijvers, jullie welbekend, gaf terecht aan dat het zelf kunnen beslissen in de zorg niet zo eenvoudig is. Hij haakte in dat verband inderdaad aan op de vraag of iemand de juiste informatie heeft. Wat dat betreft sluit ik aan bij de vraag die mevrouw Bruins Slot net stelde: hebben we goed in beeld welke

informatie mensen nodig hebben, ook als ze bijvoorbeeld laaggeletterd zijn? Kunnen we die mensen goed ondersteunen bij de beslissingen die zij in de zorg moeten nemen? Deze kwestie lossen we vandaag niet meteen op, maar moet wel goed worden overdacht, zeker aangezien partijen hier hechten aan een goede informatiepositie.

Over de initiatiefnota van mevrouw Ellemeet merk ik op dat ik het aangenaam vind om te constateren dat GroenLinks niet de revolutie predikt, maar een evolutie. Daarbij voel ik mij thuis. Het zorgstelsel is geen statisch gegeven; dingen kunnen en moeten altijd beter, bij voorkeur stap voor stap, tenzij wordt vastgesteld dat er helemaal niets van deugt en alles weg moet. Dat lees ik niet terug in deze nota. Hierin wordt ervan uitgegaan dat er polissen zijn en dat minder keus goed is voor de mensen in Nederland en uiteindelijk ook de patiënt. Die afweging begrijp ik niet. Ik heb daar afgelopen donderdag in het debat over Kwaliteit loont ook al het een en ander over gezegd. Als je, zoals twee tot drie jaar geleden het geval was, kon kiezen uit twee soorten polissen, namelijk de naturapolis en de restitutiepolis, stond de prijs van een bepaald product vast. Ik vind het wat vreemd dat linkse partijen, zodra daarvoor een voordeliger alternatief komt dat moet voldoen aan de zorgplicht, zeggen dat dat niet meer mag. Dat is een alternatief dat niet alleen voor mensen met een kleine beurs interessant kan zijn, maar ook voor mensen die bereid zijn om meer geld uit te geven aan zorg. Het is een alternatief waar op dit moment maar liefst een miljoen Nederlanders voor kiezen en het is niet zo dat het een miljoen klachten heeft geregend. Ik zou nog eens willen horen hoe het kan dat we er ten aanzien van de polissen beter van worden als je mensen keuzes afneemt, terwijl in de nota staat dat keuze zo ontzettend belangrijk is. Ik begrijp het nog steeds niet.

Een ander punt in de nota is de vaak moeizame positie van zorgaanbieders in onderhandelingen met zorgverzekeraars. Dat verhaal is voor een deel waar. We hebben het gezien bij de problemen die huisartsen ervoeren in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Die problemen hebben tot een behoorlijke opstand geleid. Terecht worden nu stappen gezet om ervoor te zorgen dat huisartsen veel beter in gesprek komen en mogen samenwerken om te komen tot een goed contract. Ze mogen niet samenspannen, maar wel samenwerken. Dat lijkt mij een heel goede opmaat naar een betere onderhandelbalans tussen de verzekeraar en de zorgaanbieders. Wat mij echter tegenstaat, is dat dit gegeven absoluut wordt gemaakt in de nota. De stelling dat dé macht van dé zorgverzekeraars ten opzichte van dé zorgaanbieders te groot is, is gewoon onjuist. Dé zorgaanbieder bestaat niet: er is een enorm verschil tussen een individuele huisarts en een ziekenhuis dat een dominante positie inneemt in de regio. Het is van groot belang dat we wegblijven van dergelijke gemeenschappen als ze onjuist zijn. Voor het zorgstelsel moet juist iedere keer opnieuw gekeken worden hoe de balans is. Het is ontzettend belangrijk dat er gecontracteerd wordt. Het is ook ontzettend belangrijk dat er een balans is. Als de eerstelijnsaanbieders ondergeschikt raken, moet hun positie worden versterkt, maar we mogen niet wegstijven van het probleem dat er ook dominante zorgaanbieders zijn. Ik heb daar donderdag het een en ander over gezegd. Ook dan moet de balans worden hersteld, maar dan voor de zorgverzekeraar.

Tot slot. We weten dat GroenLinks bepaald geen voorstander was van het idee om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te schrappen: vrije keuze boven alles. Kennelijk geldt dat niet voor polissen, maar wel voor zorgaanbieders. Om vrije keuze te hebben, zou altijd 80% van de rekening moeten worden betaald, ook bij niet-gecontracteerde zorg. Mijn vraag aan mevrouw Voortman is de volgende. Als je altijd 80% zou vergoeden, hoe zorgen we er dan voor dat het voor zorgaanbieders nog loont om over te gaan tot een contract? Die contractering is voor de VVD namelijk een essentieel uitgangspunt van het zorgverzekeringsstelsel. Hoe zorgen we ervoor dat er toch wordt gecontracteerd?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mijn excuses voor het feit dat ik enigszins verlaat binnenkwam. Ik heb een vraag aan de VVD. Ik hoorde goede woorden over begrijpelijke informatie van zorgverzekeraars. Vorige week heeft mijn fractie daar een punt van gemaakt bij het debat over het VN-verdrag over gelijke rechten voor gehandicapten. Dat deden overigens meerdere fracties. Het ging om de toegankelijkheid van websites van alle publieke voorzieningen, zoals overheden, banken en zorgverzekeraars. Ik begrijp niet goed dat de VVD niets wil doen aan het feit dat er minimaal 3.500 polisvarianten beschikbaar zijn. Ik heb zelfs wel eens het aantal gehoord van 5.000 varianten. Voor mensen met een beperking is dat ingewikkeld. Zelfs universitair opgeleiden zien door de bomen het bos niet meer. Kunnen we iets bedenken waardoor we wat meer overzicht creëren, zodat mensen van te voren beter weten wat voor polis ze eigenlijk afsluiten?

De heer **Rutte** (VVD):

Het lijkt mij helemaal niet verkeerd dat er wat te kiezen valt. Dat er verschillende varianten zijn, lijkt me helemaal geen probleem. Je kunt ook overdrijven. Die enorme hoeveelheid variaties ontstaat immers doordat je alle verschillende basisverzekeringen kunt combineren met alle mogelijke aanvullende verzekeringen. Dan kom je tot een enorme optelsom. Mensen kiezen in eerste instantie voor een basisverzekering. De diversiteit daarvan is veel kleiner. Vervolgens kiezen ze voor een passende aanvullende verzekering. Ik vind het echter wel essentieel dat het duidelijk is waarvoor je kiest, wat het betekent en hoe het in elkaar steekt. Dat geldt zowel voor de basisverzekering als voor een aanvullende verzekering. Dat kan volgens mij nog steeds beter, maar die stappen worden wel steeds verder gezet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Met dat laatste zijn wij het helemaal eens. Mensen moeten goed weten waarvoor ze kiezen. De keuzevrijheid is er nu, maar ze is onvoldoende transparant. Mensen weten niet welke keuze ze precies maken. Ik heb begrepen dat zorgverzekeraars dit zelf onderkennen. Ze zeggen dat ze veel meer transparant willen maken, zodat duidelijk wordt waar verzekeren voor kiezen. Op dat hele woud aan polissen wordt echter geen actie ondernomen door de zorgverzekeraars. Zouden we niet toch de opdracht kunnen geven om het aantal varianten in te dammen, ook in het kader van transparantie en overzichtelijkheid?

De heer **Rutte** (VVD):

Daar voel ik niet veel voor. Ik heb er helemaal niets op tegen als verzekeraars bepaalde polissen niet meer verkopen omdat het geen zin meer heeft en als zij het aantal polissen afbouwen. Ik vind het heel raar om zomaar in het algemeen te stellen dat er te veel polissen zijn en dat mensen de weg niet meer weten. Dat is heel algemeen. Ik vind dat het van ieder product dat je verkoopt, duidelijk moet zijn wat erin zit. Je moet goed uitleggen wat het is en dan zijn mensen prima in staat om te kiezen. Dat kunnen ze ook in een heel grote, drukke supermarkt. Wie dat niet wil, gaat naar een supermarkt met minder producten. Die vrijheid heb je altijd zelf. Ik vind het heel essentieel dat we die ruimte laten bestaan in dit land.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mijnheer Rutte. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven. Hij spreekt namens de fractie van de SP. Zijn spreektijd bedraagt zeven minuten in eerste en tweede termijn. Houdt u zelf de tijd in de gaten?

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat doe ik.

Voorzitter. Allereerst complimenteer ik mevrouw Voortman en mevrouw Ellemeet, die in het publiek aanwezig is om de behandeling van haar product met belangstelling te volgen. Het opstellen van een nota vergt heel veel inzet. Ik heb zelf ook een aantal initiatiefnota's geschreven. Dat is een hele klus, buiten het gewone werk om. Hulde dus daarvoor.

Gezien de tijd die ik heb, ga ik direct over tot het stellen van vragen. De indiener pleit ervoor dat mensen meer informatie moeten krijgen over de zorg waar ze recht op hebben. Ze verwacht dat des te meer omdat mensen steeds meer zorgkosten zelf moeten betalen, onder andere door het eigen risico. Zij moeten dan ook in staat worden gesteld om weloverwogen keuzes te maken. Moet je niet constateren dat een heel grote groep eigenlijk simpelweg niet mondig genoeg is? Anderen hebben dat ook al gezegd. Moeten we niet toe naar een drastische reductie van het aantal polissen? Ik krijg daar graag een reactie op.

Ik kom op de door de indieners verlangde transparantie over de ziekenhuisprijzen. Is dat wel haalbaar in het huidige DOT-systeem? Het is een ramp. Iedereen weet dat. We zijn al jaren bezig. Als je inzichtelijk gaat maken waarmee men worstelt, wordt het dan niet één grote, bureaucratistische toestand omdat het gewoon te ingewikkeld is om eenvoudig weer te geven?

Ik stel een wat meer principiële vraag. Hetgeen de indieners schrijven over transparantie in de zorg wordt vooral gevoed door het feit dat mensen hun eigen risico of een hoog eigen risico moeten betalen. Zou het niet veel beter zijn om het eigen risico gewoon af te schaffen? Het is eigenlijk toch een boete op ziek zijn. Het eigen risico roept vragen op over de transparantie van rekeningen. Moet je niet gewoon de voedingsbodemprijzen wegnemen, het eigen risico? Dan heb je ook niet die hele discussie over de prijzen.

Het is terecht dat de bestedingen van de zorgverzekeraars aan de kaak worden gesteld. Het is een merkwaardige zaak dat private verzekeraars tientallen miljarden uitgeven zonder effectieve publieke controle. Wat vindt de indiener van het idee om bij de Algemene Rekenkamer de publieke controle van de uitgaven en van de doelmatige besteding van de belasting- en premiegelden te beleggen?

Ik heb nog een vraag over het prijzensysteem voor geneesmiddelen dat in de nota wordt bepleit. De farmaceuten moeten beloofd worden naarmate zij bijdragen aan de oplossingen voor gezondheidsproblemen. Hoe ziet de indiener dat concreet voor zich? Is het niet veel beter om de prijzen te bepalen aan de hand van bijvoorbeeld het Noorse prijzensysteem, of om uit te gaan van reële prijzen op basis van de kostprijs plus een maatschappelijk aanvaardbare winstmarge? Denk ook aan de discussie over de dure geneesmiddelen.

De indiener schrijft dat de collectiviteitspolissen niet zozeer bijdragen aan de kwaliteitsverbetering, maar dat zij vooral een voordeel opleveren voor degenen die zo'n polis hebben. Ik begrijp het dus goed dat de indiener zegt dat zij de collectiviteitspolissen wil afschaffen, maar er is dan toch een probleem, want ook gemeenten hebben collectiviteitspolissen.

Zouden die dan wel mogen blijven? Daar krijg ik graag een antwoord op. De indiener doet veel voorstellen om de macht van de verzekeraars te beperken. Zij stelt wijzigingen voor in het bestaande stelsel. Wat vindt zij ervan om het stelsel volledig te wijzigen en de macht van de verzekeraars gewoon uit te bannen? De SP heeft enkele maanden geleden het voorstel «De zorg is van ons» gedaan om naar één landelijke zorgvoorziening over te gaan. Ik mag in herinnering roepen dat GroenLinks destijds tegen de Zorgverzekeringswet heeft gestemd. De vraag is dus of mevrouw Voortman van standpunt is veranderd.

Ik doe nog een laatste voorstel voor het stelsel. Als je de macht van de verzekeren wilt versterken, is het dan geen idee om de verzekeren de mogelijkheid te geven om elk moment van het jaar van verzekeraar te veranderen?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu het woord aan mevrouw Bouwmeester. Zij spreekt namens de fractie van de PvdA en zij heeft ook tien minuten spreektijd voor de eerste en de tweede termijn, inclusief het indienen van moties.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. In eerste instantie spreek ik mijn grote waardering uit voor de initiatiefnemers mevrouw Ellemeet – zij zit op de publieke tribune; dat is een beetje raar voor ons, maar zo werkt ons politieke bestel – en mevrouw Voortman.

De notitie legt de vinger op de zere plek waar het gaat om de organisatie van de zorg en de aanpak van het stelsel. Sinds de indiening van de nota zijn er daarom terecht verbetervoorstellen ingediend, zowel door de Minister als door de Kamer. Als we daarnaar kijken, zien wij met z'n allen wat er goed gaat en wat er beter kan. De notitie richt zich op een aantal verbeteringen op het gebied van openbare informatie over tarieven, kwaliteit, de besteding van geld door zorgverzekeraars en openheid over de farmaceutische industrie. Maar het draait wat ons betreft ook om de positie van de patiënt want – collega's hebben het al gezegd – niet iedereen is in staat om gemakkelijk te kiezen uit de vele mogelijkheden die er zijn in de zorg, of het nou gaat om een polis of een behandeling. En daar wil ik een aantal vragen over stellen.

In beide nota's staan veel verzoeken om heel veel transparant te maken. Voor een deel is dat heel technisch en worden er uitkomstindicatoren gevraagd. Dat is ook wel belangrijk, omdat het een basis is. Wat de PvdA betreft moet er echter nog een slag gemaakt worden. Je kunt namelijk wel alles openbaar maken, maar het is de vraag is of het begrijpelijk is voor een verzekerde en een patiënt. Er zijn in Nederland bijvoorbeeld 1,3 miljoen mensen die laaggeletterd zijn. Tegelijkertijd kun je stellen dat het maar de vraag is of je, als je hoort dat je heel ziek bent, welbewust en rationeel kan nadenken over de zorg, ook al ben je hoogopgeleid. Ik kan me voorstellen dat je dan misschien opeens heel laaggeletterd functioneert en denkt: ik ga misschien wel dood, help. En dan moet je informatie hebben die begrijpelijk is, die vindbaar is, die deelbaar is, die je mee naar huis kunt nemen zodat je nog eens met je naaste kunt bespreken wat er met je aan de hand is, wat de behandelopties zijn, wat je belangrijk vindt en hoe je verder wilt. De vraag aan GroenLinks is in dat opzicht hoe het belang van begrijpelijke, deelbare en herhaalbare informatie zich verhoudt tot de focus die mevrouw Voortman aanbrengt op vooral het openbaar maken van technische informatie.

Ik kom op de kwaliteit. Het idee achter het stelsel was: we krijgen de beste zorg voor een eerlijke prijs. In de praktijk zien wij evenwel dat het vooral een soort prijzenslag is. GroenLinks wijst hier terecht op. De prijs wordt gedrukt, er wordt geld bespaard, maar wat wordt er nou precies bespaard? Zijn er heel veel kosten bespaard en kunnen we zeggen: joepie, de premie gaat omlaag? Dat is voor iedereen vrij essentieel en heel fijn, maar de vraag is of we daardoor ook betere zorg hebben gekregen. Dat is niet inzichtelijk en daar wijst GroenLinks heel terecht op. Daarom vraagt GroenLinks ook veel meer uitkomstindicatoren. Het gaat om de geleverde kwaliteit zodat we straks als er weer minder kosten zijn gemaakt, ook kunnen bekijken of dit komt door betere zorg of doordat de boel gemarginaliseerd wordt. Het laatste is namelijk niet de bedoeling.

Wij vragen ons wel af wat de rol van de patiënt is bij de beoordeling van de kwaliteitsindicatoren. We zien veelal een proces van de machtige partners bij elkaar die bepalen wat de uitkomstindicatoren zijn en wat kwaliteit is. Als je dat vraagt aan de patiënt, dan gaat het vaak veel meer om beleving. Het gaat er niet alleen om of de operatie geslaagd is, maar wij willen ook graag dat de patiënt tevreden is en dat zijn vraag beantwoord is. Er moet niet alleen gezegd worden dat iemand ziektebeeld A heeft, behandeling B krijgt en dan weer naar huis mag, waarmee we zijn

aangeland in vakje C. De vraag van de patiënt moet ook worden beantwoord. Op welke manier kan die een sterkere positie krijgen bij bijvoorbeeld het opstellen van de indicatoren via het Kwaliteitsinstituut? Je moet je voorstellen dat zorgverzekeraars maar ook artsen heel veel macht hebben. Zij hebben ook heel veel kennis. Dan sta je daar als goedwillende patiëntenvereniging. Dan moet je wel heel sterk in je schoenen staan om ervoor te zorgen dat de balans op orde wordt gebracht. Hoe ziet GroenLinks dat? Aan de Minister vraag ik wat daarin de rol is van het Kwaliteitsinstituut.

Ik kom op de kosten. Ook heel terecht vraagt GroenLinks om meer transparantie in de kosten, in de prijzen vooraf. Vorige week wisselden wij daarover al even van gedachten. Gaat het alleen om het vooraf openbaar maken van alle kosten per ziekenhuis? Of ligt daar het volgende doel achter, wat ons zeer aanspreekt? Mensen zijn verplicht om een eigen risico te betalen, maar zij kunnen op geen enkele manier van tevoren weten wat de prijzen in een ziekenhuis zijn. Dan gaat namelijk het ziekenhuisbelang voor, en dat is concurrentie. Dus houden we de prijzen geheim. Maar stel je voor dat ik zo'n hoogopgeleide, goed geïnformeerde patiënt ben die graag wil kiezen. Dan wil ik misschien wel bekijken wat de prijzen zijn in de verschillende ziekenhuizen. Bij het ene ziekenhuis kan ik immers meer op mijn eigen risico besparen dan bij het andere. Alleen wordt die keuze ons ontnomen omdat concurrentie en het geheimhouden van de prijzen per ziekenhuis boven het belang van de patiënt gaan. Ziet GroenLinks dat ook zo? Heb ik dat goed begrepen uit de nota? En wat is vervolgens het concrete voorstel, aangezien de prijzen ondanks de gemaakte afspraken en ondanks de inzet van de Minister, gewoon niet openbaar zijn?

Mijn volgende punt is de zeggenschap. De Partij van de Arbeid heeft het al vaker aangedragen: de zorg draait uiteindelijk om de mensen die die zorg nodig hebben. Dat zijn patiënten, cliënten of bewoners. Als je niet ziek bent, maar een polis moet kiezen, gaat het om de verzekerde. Die heeft echter de zwakste positie. Hij heeft te weinig informatie en te weinig begeleiding. Uiteindelijk worden er vaak over zijn hoofd heen allerlei besluiten genomen. Wij hebben daarover een motie ingediend bij de begrotingsbehandeling. Daarover zal ik nu niet uitweiden, maar wij steunen het verzoek van GroenLinks daarover. Het is belangrijk om dat hier nog een keer te melden.

Ik ga nu in op het stelsel. Je kunt zeggen dat we op stelselniveau de beste zorg hebben. Collega's hebben dat ook al gezegd. Dan neem je onderzoek A. Maar vandaag lezen we op zorgvisie.nl weer dat we, als je onderzoek B neemt, niet op nummer 3 staan maar op nummer 40. Dat soort discussies vinden wij in principe niet zo interessant. Het gaat er vooral om of wij het land zijn dat de meest passende zorg aan mensen levert. Dat levert kwaliteit en dat bespaart uiteindelijk kosten. We zien in dit stelsel een gebrek aan een aantal onderwerpen. Deels gaat het goed, maar wat beter kan is ten eerste dat er veel meer gewerkt moet worden aan vertrouwen. Het gaat ten tweede om samenwerken. Het gaat om samenwerken tussen de driehoek van zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt. Zij moeten met zijn drieën bekijken wat de beste zorg is. Wat past het best? Wat is kwaliteit? Dan kun je in de optie van de Partij van de Arbeid de meeste kosten besparen. Ziet GroenLinks dat ook zo? En welke stelselprykkels horen daarbij? Want dat mis ik. We lezen wel een aantal voorstellen voor dingen die de zorgverzekeraars beter moeten doen. Daar zijn we het zeer mee eens. Dat vergroot ook hun legitimiteit en draagvlak. Ook draagt het bij aan kwaliteit. Er zijn echter ook een aantal stelselprykkels die ertoe leiden dat niet de beste zorg wordt geleverd. Het stelsel is namelijk gericht op concurreren in plaats van samenwerken. Kijk bijvoorbeeld naar de DOT-structuur, met maximale zorg in plaats van optimale zorg. Het stelsel is ook gericht op curatieve zorg in plaats van op voorkomen. Hoe ziet GroenLinks deze manco's in het stelsel en hoe verhouden die zich tot de

voorstellen die GroenLinks doet? Wij missen dat nog een beetje. Wij denken dat dit, als je het als geheel bekijkt, uiteindelijk vertrouwen, samenwerking en daarmee kwaliteit kan versterken.

Ik kom bij mijn laatste vraag, die ook een aantal collega's al hebben gesteld. In de nota zegt GroenLinks heel duidelijk dat er minder polissen moeten komen. Zij heeft dat volgens mij ook als eerste geroepen. Het zijn er nu 1.400 tot 3.500. Voor de Partij van de Arbeid is niet heel relevant hoe je tot dat aantal komt, maar wel dat mensen door de bomen het bos niet zien. Als we iets hebben geleerd uit de financiële sector, is het dat het de verzekerde niet ten goede komt als je te veel producten hebt die te ingewikkeld zijn. We hebben nu zorgvergelijkingssites die ook niet transparant zijn. De indiener heeft een heel concreet voorstel. Er komen twee polissen: een naturapolis en een restitutiepolis. De vraag is wel hoeveel variaties daarop mogelijk zijn. Een speciale polis voor een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld diabetespatiënten, die aantoonbaar beter is, zou namelijk weer een kwaliteitsverbetering zijn, net als de collectieve polis van de gemeente. Aan de ene kant willen wij dus maatwerk, maar aan de andere kant zijn we het zeer met de indieners eens dat je niet de kant van de financiële sector op moet gaan. Hoe verhoudt dit zich tot elkaar?

Ik sluit af met, nogmaals, een compliment.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Allereerst mijn waardering voor collega Voortman en uiteraard ook voor mevrouw Ellemeet, die op de publieke tribune zit. Het schrijven van een initiatiefnota is heel veel werk. De nota's zijn ambitieus. Ze lezen vlot en er staan veel meer voorstellen in dan ik vandaag kan langsgaan. Dank voor dit vele werk.

De nota's roepen veel herkenning op. Vooral in de kern van beide nota's, namelijk het herstellen van de machtsbalans in ons zorgsysteem, kan ik me heel goed vinden. Keuzevrijheid begint bij toegankelijke en begrijpelijke informatie. Daar ontbreekt het nu aan. Ik ben het met de initiatiefnemers eens dat er een einde moet komen aan het woud van zorgpolissen. De zorgverzekeraars hebben het actieplan Kern-gezond, maar hierin staat alleen iets over transparantie. Het aantal polissen blijft ongemoeid. Ik sluit me aan bij de woorden van de Partij van de Arbeid daarover. Ik denk dat mevrouw Bouwmeester een terechte vergelijking maakte.

Mijn fractie is geen fan van de budgetpolis. Die moet worden afgeschaft. De focus ligt namelijk op prijs en de budgetpolis zet de solidariteit op het spel. De basisverzekering en de aanvullende verzekering zouden moeten worden losgekoppeld, zodat mensen deze bij aparte verzekeraars kunnen afsluiten. Formeel kan dit al, maar in de praktijk wordt dit niet toegelaten. Ook zie ik graag, net als de initiatiefnemers, dat er een provisieverbod komt voor vergelijkingssites. Ik hoop dat het CDA daarover opnieuw een motie zal indienen.

De heer **Rutte** (VVD):

In een bijzin hoor ik langskomen dat we de budgetpolis moeten afschaffen omdat die niet goed is voor de solidariteit. Wat is er solidair aan om betaalbare polissen die voldoen aan wet- en regelgeving en aan de zorgplicht, af te schaffen, zodat we mensen met een kleine beurs dwingen een te dure polis te nemen?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De ChristenUnie wil uiteraard nooit mensen met een kleine portemonnee een duurdere polis geven dan nodig is. Wat ik nu zie, gaat echter de andere kant op. Budgetpolissen worden grif afgenomen door studenten, jonge gezonde mensen en hoogopgeleiden, die veelal ook gezond zijn. Daardoor komen de budgetpolissen vooral terecht bij mensen die weinig

zorgkosten maken. De mensen die veel zorgkosten hebben, moeten daardoor meer voor hun polissen gaan betalen. Het geld moet immers wel met elkaar opgebracht worden. Daar verzet ik mij tegen. Als we budgetpolissen in stand houden, vrees ik dat de groepen waarover wij ons allemaal zorgen maken, te veel gaan betalen, en dat zijn de chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik blijf dat maar niet begrijpen. Hoe knappen mensen met een kleine beurs ervan op als ze eerst keuze hebben uit drie opties, namelijk voordelig, gemiddeld en iets duurder, maar ze daarvoor in de plaats minder keuze krijgen? Overigens hoeft een restitutiepolis niet altijd duurder te zijn dan een gewone naturaverzekering. Het enige waartoe het schrappen van de betaalbaarste variant kan leiden, is dat iedereen duurder uit is, dus ook de mensen die con amore voor deze voordelige polissen kiezen. Bovendien voldoen die polissen gewoon aan de zorgplicht. Ze bieden voldoende zorg van voldoende kwaliteit op een bereisbare afstand. Ik vind dit een heel rare vorm van maakbaarheidsdenken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Nederland kent de naturapolis en de restitutiepolis. Daar verzet ik mij niet tegen. De budgetpolis gaat echter onder de naturapolis zitten. Er wordt heel beperkt ingekocht voor mensen die weinig zorg nodig hebben. Natuurlijk betaal je daar minder voor, maar omdat dezelfde pot met geld wel opgebracht moet worden, worden de restitutiepolissen en de polissen met aanvullende verzekeringen waar mensen met een hoge ziektelast een beroep op moeten doen, duurder. Dezelfde pot met geld moet immers worden opgebracht. Hoe meer mensen kiezen voor een budgetpolis, hoe duurder de andere polissen zullen worden. Daar verzet ik mij tegen. Ik ga verder met mijn betoog. Deelt de initiatiefneemster mijn mening dat we veel meer moeten doen om de inkoopcriteria transparant te maken? Op welke manier zou dit meer inzichtelijk gemaakt kunnen worden voor verzekerden?

In de nota staat ook het voorstel om de kwaliteit van zorgaanbieders transparanter te maken. Daar ben ik het helemaal mee eens. Is het een idee om een ZorgkaartNederland voor de cure te maken? Er wordt nu gewerkt aan voorstellen om verzekerden meer invloed te geven, maar ook patiëntenverenigingen moeten versterkt worden. Ik ben het eens met het voorstel om zorgverzekeraars daar financieel aan te laten bijdragen. Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg zijn zorgaanbieders nu al verplicht om voorafgaand aan de behandeling informatie te verstrekken over de prestaties en de tarieven. Volgens de Consumentenbond ligt het probleem vooral bij ziekenhuizen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken nu gezamenlijk aan een systeem om tarieven automatisch inzichtelijk te maken voor patiënten. Vindt de initiatiefneemster dit alles voldoende of zijn er meer maatregelen nodig?

De initiatiefneemster maakt ook – en ik denk terecht – een punt van de prijzen van geneesmiddelen en de positie van de farmaceutische industrie. Het is opvallend hoe terughoudend de reactie van de Minister is op de voorstellen uit de nota. De leveranciers zouden er zelfs voor kunnen kiezen om geneesmiddelen dan maar niet op de Nederlandse markt te brengen, waardoor de toegankelijkheid van die medicijnen onder druk komt te staan. Hoe anders waren de berichten de afgelopen weken. De Minister wil samen met haar Europese collega's optrekken naar de farmaceutische industrie om over de prijs te onderhandelen, met als drukmiddel dat zij een medicijn uiteindelijk dan maar niet afnemen. Dat wil een fabrikant natuurlijk ook niet. Graag krijg ik hierop een reactie van de initiatiefneemster.

Ik las dat de Minister voornemens is om dure geneesmiddelen een van de onderwerpen van het Nederlandse voorzitterschap te laten zijn. Is de

initiatiefneemster het met mij eens dat een akkoord op dit punt meer dan wenselijk is?

Tot slot vraag ik mij af hoe slim het is om collectiviteiten af te schaffen. Zouden wij die toch niet moeten behouden als betere zorg en gezondheidswinst het uitgangspunt zijn? Ik wijs in dit verband ook op de collectiviteiten bij gemeenten.

De voorzitter:

Hiermee zijn wij aan het einde van de eerste termijn van de Kamer gekomen. Mevrouw Voortman heeft behoefte aan een halfuurtje schorsing ter voorbereiding op de beantwoording.

De vergadering wordt van 10.39 uur tot 11.10 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering om over te gaan tot het antwoord van de initiatiefnemer en daarvoor geef ik graag het woord aan mevrouw Voortman. Ik wens u veel succes, maar ik hoop ook dat u geniet van deze bijzondere rol.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. Dank u wel. Ik dank de aanwezige fractieleden en de Minister voor hun aanwezigheid, hun reactie op de nota's en de inbreng in het notaoverleg. Ik zeg in het bijzonder tegen de heer Rutte dat ik hoop dat er voor hem ook een mooi moment zal komen om een initiatiefnota te verdedigen. Ik verheug mij er nu al op om daarop te mogen reageren. Hoewel de standpunten van de verschillende fracties uiteenlopen, heb ik wel een breed gevoel van urgentie gehoord. Voor een goed werkende gezondheidszorg kunnen wij niet op de huidige weg verdergaan. Er zijn maatregelen nodig en daarvoor is al veel in gang gezet. Daartoe heeft GroenLinks ook een aanzet willen geven. Vanaf deze plek bedank ik mijn partijgenoot Corinne Ellemet. Ik complimenteer haar met haar nota die ik hier vandaag ook verdedig. Corinne heeft hiervoor veel werk verzet in de tijd dat zij hier als Kamerlid werkzaam was tijdens mijn zwangerschapsverlof. Zij heeft een goed doorwrochte nota geschreven die ik hier vandaag met trots verdedig. Dank je wel, Corinne.

Ik heb geprobeerd de vragen van de leden zo goed mogelijk te bundelen en ik kom zo tot de volgende blokken. Eerst een inleiding, dan transparantie, vervolgens het blok keuzevrijheid en solidariteit, en tot slot kwaliteit.

Voor een goed werkende gezondheidszorg moeten de verschillende partijen met elkaar in balans zijn: patiënten en zorgverleners die samen vaststellen wat goede zorg is, verzekerden die zorgverzekeraars scherp houden op het inkoopbeleid en het aanbod van zorgpolissen en zorgverleners, en zorgverzekeraars die samen verantwoordelijk zijn voor een goed en verantwoord aanbod van zorg en een deugdelijke financiering. Maar waar de kern van de Zorgverzekeringswet is dat de macht bij de patiënt zou moeten liggen, heeft deze eigenlijk van meet af aan bij de zorgverzekeraar gelegen. De discussie over de vrije artskeuze in de afgelopen jaren heeft duidelijk gemaakt wat al langer speelde, namelijk dat die macht uit balans is. De verzekeraar heeft de macht en zou met het oorspronkelijke voorstel van de Minister nog meer macht krijgen. Dat zou de macht van zorgverzekeraars ten opzicht van zorgverleners nog verder vergroten en patiënten en verzekerden zitten er dan tussen in. Keuzevrijheid wordt voor hen dan meer een zaak van kiezen voor een polis dan kiezen voor een zorgverlener die bij hen past.

De heer Rutte (VVD):

Mijn excuus dat ik al in de inleiding een interruptie pleeg, maar die is essentieel. Mevrouw Voortman zegt dat de macht van meet af aan bij de

zorgverzekeraar heeft gelegen. Als ik nu kijk naar het stelsel van 2006, zie ik dat verzekeraars tot 2012 ieder jaar de premies fors moesten verhogen omdat zij in de inkoop weinig tot niets presteerden. Hoe verhoudt zich dat met de algemene opmerking, die maatschappelijk weliswaar populair is maar volgens mij feitelijk niet juist, dat de macht van meet af aan bij de zorgverzekeraar heeft gelegen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik heb het over het contracteren en over het feit dat de zorgverzekeraar bepaalt welke zorg hij inkoop. Hij heeft daarmee een heel machtige positie ten opzichte van zorgaanbieders, maar ook ten opzichte van de patiënt.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik verwijs nog eens naar het citaat dat de macht van meet af aan bij de zorgverzekeraar heeft gelegen. Als ik kijk naar de situatie tussen 2006 en 2012, stel ik vast dat de premies fors omhoog gingen, omdat verzekeraars geen macht hadden ten opzichte van de aanbieders. Ik praat dan vooral over de grootaanbieders, de ziekenhuizen. De ziekenhuizen stelden een prijs voor, de verzekeraar zei: akkoord, en vervolgens stegen de premies fors. Hoe verhoudt die uitspraak zich met de realiteit in de eerste jaren van het stelsel?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Je kunt zeggen dat in die tijd de machtsverdeling iets anders lag, maar uiteindelijk was het toch de zorgverzekeraar die de zorg inkocht. Misschien kun je zeggen: het valt wel mee dat de macht vooral bij de zorgverzekeraar lag, dat is volgens mij de stelling van de heer Rutte. Ik heb echter de indruk dat ook toen al het laatste woord toch vooral bij de zorgverzekeraar lag en dat zeker sinds 2012, de macht alleen maar meer bij de zorgverzekeraar is komen te liggen. Maar ik zie ook in dat je deze zaken verschillend kunt wegen en dat de VVD-woordvoerder en ik dat ook anders doen.

Wij willen graag een eerlijke balans, waarbij wij aangeven wat wij verwachten van aanbieders, maar ook van verzekeraars. Daar kom ik nog op terug. Er werd in de inbreng gezegd dat de balans doorschiet naar de patiënt en dat het allemaal wordt weggehaald bij de zorgverzekeraar. Dat is niet wat wij beogen met de nota Zorg in balans. Het gaat om de balans tussen drie partijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en vooral de patiënt. Die moeten we eerlijk verdelen.

Wij bespreken vandaag twee nota's. De door mij geschreven nota gaat uit van het belang dat burgers inspraak moeten blijven hebben in het Nederlandse zorgstelsel. Controle en inspraak van burgers zijn belangrijke waarborgen voor het behoud van de menselijke maat in de zorg. Omdat de overheid steeds meer verantwoordelijkheid bij burgers legt, ook financieel, vind ik het een vereiste van behoorlijk bestuur om burgers dan ook in staat te stellen om zelf overwogen keuzes te maken uit het zorgaanbod.

Daarom heb ik voorstellen gedaan om meer transparantie in de zorg te waarborgen. De samenhang tussen beide nota's is dat zij aandacht besteden aan het belang van de patiënt, de verzekerde centraal stellen en maatregelen voorstellen om de machtsverhoudingen in de zorg goed in balans te brengen.

Het uitgangspunt in de zorg zou moeten zijn dat patiënten of verzekerden de hoofdrol spelen en de macht hebben, omdat zij met de voeten kunnen stemmen, kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar of kunnen kiezen voor een andere zorgaanbieder. Helaas zijn we daar nog ver vanaf. Het vertrouwen in zorgverzekeraars is laag. Kwaliteitsinformatie is niet of nauwelijks beschikbaar. Er is bij patiënten te weinig inzicht in de kosten van de zorg. Dat zet de keuzevrijheid van patiënten en verzekerden

steeds meer onder druk. Mensen hebben nu eigenlijk alleen een keuze op basis van prijs en niet van kwaliteit. Wij willen graag het eerste terugdringen, maar het tweede, die keuze op kwaliteit, vinden wij wel heel belangrijk, want de zorg is geen supermarkt.

Er wordt steeds breder erkend dat die ongelijke verhoudingen een probleem zijn. Ook de Minister begint dat anders te zien. Nog geen jaar geleden zag ik bij de behandeling van de VWS-begroting een interruptie-debatje tussen mevrouw Ellemeet en de Minister. In reactie op mevrouw Ellemeet beweerde de Minister dat het probleem niet ligt bij de zorgverzekeraars, maar bij de steeds grotere machtspositie van zorgaanbieders. Inmiddels zien wij dat de Minister stappen zet om de machtspositie van zorgverzekeraars in te dammen. Onlangs werd een akkoord gesloten om het roer in de zorg om te gooien. Er is dus sprake van voortschrijdend inzicht en dat juicht GroenLinks zeer toe.

Sinds het verschijnen van de nota zien we verbeteringen. Verschillende fracties hebben mij gevraagd om daarop in te gaan. Er zijn verschillende maatregelen en initiatieven genomen door het veld of de Minister, maar de vraag is of die voldoende zijn om de machtsverhoudingen in de zorg te verbeteren, om het vertrouwen in de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders te herstellen en om de keuzemacht ook echt bij de patiënt en de verzekerde te leggen.

Die vraag is nog steeds zeer actueel. In het plan van de Minister, getiteld Kwaliteit loont, worden ook maatregelen voorgesteld die bijdragen aan het herstel van de machtsverhoudingen. Er zijn er ook een aantal die deze in gevaar brengen, maar daar kom ik later op terug. Risicoselectie wordt tegengegaan en verzekeraars worden door aanpassing van het risico-vereveningssysteem meer gestimuleerd om zich ook te richten op mensen die veel gebruikmaken van zorg.

Er is ook beweging op het gebied van kwaliteitsnormen en kwaliteitsinformatie. Het Kwaliteitsinstituut moet inzetten op het versneld beschikbaar komen van kwaliteitsinformatie voor de dertig meest relevante aandoeeningen. Er is een flinke slag gemaakt bij het meetbaar maken van oncologische zorg. Het wordt makkelijker voor patiënten, verzekerden en werknemers om meldingen te doen bij de NZa. Zorgverzekeraars moeten op vastgestelde tijden duidelijkheid geven over de inkoopprocedures en het gecontracteerde aanbod. Dat zijn allemaal stappen die wij toejuichen. In reactie op de vragen van de CDA-fractie benadruk ik dat er al het een en ander in gang is gezet en dat er maatregelen zijn genomen, maar dat er toch meer nodig is. De Minister schrijft in haar reactie op de nota Zorg in evenwicht dat wij soms van mening verschillen over maatregelen om de balans in het stelsel te herstellen. Het is daarom goed dat wij hierover in dit notaoverleg in debat kunnen gaan.

Ik wil graag ingaan op transparantie, keuzevrijheid, solidariteit en kwaliteit.

De voorzitter:

Voordat u daartoe overgaat, is er een vraag van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Voortman zegt dat er meer nodig is dan de Minister voorstelt en dat zij op een aantal punten niet de maatregelen van de Minister deelt om de balans te herstellen. Kan mevrouw Voortman twee voorstellen van de Minister noemen die GroenLinks echt niet ziet zitten?

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dat wil ik eigenlijk per blokje doen, maar ik kan nu alvast een aantal dingen aan de orde stellen. Op het gebied van verzekeringen moet de budgetpolis wat mij betreft echt afgeschaft worden. Ik wil graag dat er werk gemaakt gaat worden van minder polissen. Verschillende fracties, waaronder de uwe, hebben daar aandacht aan besteed. Ik zie dat de

Minister stappen heeft gezet op het gebied van transparantie, maar ik wil graag dat ze ook kijkt naar de gedeclareerde kosten per zorgaanbieder. Die gegevens moeten ook openbaar worden. Ik denk ook aan transparantie over de lobby, iets wat bijvoorbeeld voor mevrouw Bouwmeester een belangrijk punt is. Dat zijn zaken die ik nu even kan noemen. Als mevrouw Bruins Slot het toestaat, zal ik er in de blokken verder op ingaan. Ik kom op de transparantie. Openbaarheid en transparantie zijn belangrijke vereisten voor vertrouwen en dus ook voor het herstel van het vertrouwen in de zorg. Niet alleen voor het vertrouwen, maar ook voor de ondersteuning van keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden is een zo groot mogelijke transparantie van belang. Ook voor het maatschappelijk belang is het erg belangrijk dat wij van alle partijen in de zorg zo veel mogelijk transparantie vragen, bijvoorbeeld om de farmaceutische industrie te stimuleren om zich meer op maatschappelijke meerwaarde te richten dan op het maken van winst.

Onlangs ontstond veel ophef over een aidsmedicijn waarvan de fabrikant de prijs 5.000 keer verhoogd heeft om er winst op te maken en onderzoek te doen, terwijl het medicijn al 60 jaar bestaat. De ophef toont aan dat er behoefte is aan informatie over de prijsopbouw.

Sommige fracties maakten zich er zorgen over dat GroenLinks wil dat ziekenhuizen concurrentiegevoelige informatie, of technische informatie, zoals mevrouw Bouwmeester het noemde, openbaar maken. Wij denken dat deze informatie wel degelijk openbaar te maken is, ook wanneer er rekening wordt gehouden met factoren als concurrentie. De uitspraken van de bestuursvoorzitter van de ACM van enige tijd geleden tonen dit ook wel aan. Het is nodig voor de keuzevrijheid van patiënten en voor de ondersteuning daarvan. Verzekeraars moeten straks zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar aangeven met wie zij een contract gesloten hebben. Die deadline zorgt er ook voor dat de tarieven dan prima openbaar gemaakt kunnen worden. In principe hoeven ze immers niet te veranderen.

De fractie van de PvdA gaf aan dat mensen niet altijd wat kunnen met informatie die openbaar gemaakt wordt. Ik snap deze opmerking. Het is aan de betrokken partijen om uitleg te geven over eventuele verschillen. Wanneer de redenen voor verschillen in tarieven gerechtvaardigd zijn, zijn deze volgens mij ook prima uit te leggen. Het gaat er niet alleen maar om dat je informatie openbaar maakt voor een groep patiënten zodat deze inzicht krijgt in de kosten van de zorg. Ik vind openbaarheid an sich een belangrijke voorwaarde. Daarom vinden wij het goed dat informatie sowieso openbaar wordt, niet alleen als een patiënt erom vraagt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Openbaarheid is op zichzelf goed. Het ingewikkelde is echter dat we in dit jaar van de openbaarheid proberen zo veel openbaar te maken dat mensen helemaal gek worden van de informatie. Er komen zo veel indicatoren, regels en bureaucratie bij en het is de vraag in hoeverre een patiënt of een verzekerde hier nog mee gediend is. Kan hij daardoor een betere keuze maken? Nee, want wij hebben nog steeds heel veel polissen. Begrijpt hij het verschil tussen de prijzen van ziekenhuizen? Nee, want die zijn überhaupt niet openbaar. Openbaarheid is dus oké. Op zichzelf is er niks tegen, maar als de tweede stap niet gezet wordt, wordt het een zinloos transparantieverhaal, zonder dat mensen er echt beter van worden. Vindt u dus dat er naast die openbaarheid nog iets moet gebeuren, namelijk dat het begrijpelijk is? Of gaat het u alleen maar om die openbaarheid?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik zou het prima vinden als er bijvoorbeeld een onafhankelijke website komt waarop de beschikbare informatie begrijpelijk wordt uitgelegd, maar ik zou het niet goed vinden als het daarbij blijft. Er zijn allerlei organisaties

die juist heel veel zouden kunnen met de informatie die er al is. Ik vind het wel belangrijk om erbij te zeggen dat we niet vragen om meer te doen met de informatie die er al is. Volgens mij heeft de heer Van Gerven dat ook aangegeven. We moeten niet zeggen: we willen die informatie en die informatie moet daarna bewerkt worden om die begrijpelijk te maken. Nee, geef de informatie zoals die nu is. Dan is het absoluut geen extra werk en zijn er verschillende organisaties die deze informatie begrijpelijk kunnen maken. Ik denk bijvoorbeeld aan de Open State Foundation die nu een rechtszaak voert om meer informatie over de zorg openbaar te krijgen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Bedankt voor het antwoord. Bij wie ligt dan de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat die informatie ook openbaar gemaakt wordt? Het feit dat die nog niet openbaar is, heeft te maken met belangen. Blijkbaar wordt het belang van de patiënt nog niet groot genoeg geacht om die informatie begrijpelijk te maken. Ik heb veel vertrouwen in de Open State Foundation, maar die kan in haar eentje ook niet alles wat primair een taak is van in dit geval de ziekenhuizen, openbaar maken. Hoe ziet mevrouw Voortman dat?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik vind dat het openbaar maken een verantwoordelijkheid is van degene die de informatie heeft. De ziekenhuizen zijn dus verantwoordelijk voor het openbaar maken van de informatie over de ziekenhuizen, de farmaceutische industrie is verantwoordelijk voor de openbaarmaking van de eigen informatie en de verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de openbaarmaking van hun informatie. Organisaties als de Open State Foundation zijn er niet verantwoordelijk voor dat de informatie openbaar gemaakt wordt, maar die kunnen wel helpen, die kunnen expertise aanboren om informatie begrijpelijk te maken. Er moet dus onderscheid worden gemaakt tussen degene die de informatie openbaar moet maken en degene die er vervolgens voor zorgt dat die informatie zodanig is dat mensen er wat mee kunnen.

Ik ga verder met mijn betoog. Transparantie gaat ook over bijvoorbeeld lobbyen bij en contacten met VWS en het toezicht daarop. Op het gebied van open overheid heb ik samen met D66 een initiatiefvoorstel Wet open overheid ingediend, dat nu in behandeling bij de Kamer is. Bij de behandeling daarvan blijkt er in het algemeen een groot draagvlak in de Kamer te zijn voor meer transparantie vanuit de overheid. Minister Schippers geeft in haar reactie op de nota aan, dat de voorstellen van GroenLinks te ver gaan. Ik deel die mening niet. Het hoort inzichtelijk te zijn voor burgers wie er lobbyt bij ministeries en toezichthouders van de ministeries, zoals de NZa. GroenLinks is dan ook voorstander van het invoeren van een lobbyregister, zowel voor de Tweede Kamer als voor ministeries. Lobbyen is prima, maar waarom zouden burgers niet mogen weten welke personen en organisaties spreken met degenen die namens hen besturen?

Ik wil overgaan op het blok keuzevrijheid en solidariteit. In het ongelijke speelveld is de rol van de patiënt of verzekerde het meest ondergeschikt geraakt. In het stelsel zouden zorgverleners en zorgverzekeraars gestimuleerd worden tot een race to the top vanwege de dreiging van het stemmen met de voeten door patiënten of verzekerden. Hoewel keuzevrijheid van verzekerden en patiënten een uitgangspunt van het stelsel is, komt er van deze vrijheid in de praktijk weinig terecht. Dat komt deels doordat de keuze tussen verschillende verzekeringen te lastig is.

Dat komt onder andere door de overvloed aan polissen. In 2014 waren het er alleen voor de basisverzekering al 70. Het is onduidelijk waarop deze zich onderscheiden en de informatie van zorgverzekeraars en vergelijkingsites is vaak gekleurd. Het onderscheid lijkt vooral te zitten in de

prijs, en niet in de kwaliteit. Daar zit voor GroenLinks een belangrijk bezwaar. Ook nadelig voor de solidariteit is de tekortschietende keuzevrijheid, bijvoorbeeld door mogelijke risicoselectie maar ook door collectiviteiten waarvan de korting voor mensen die zich daarbij aangesloten hebben, wordt betaald door een hogere premie voor individueel verzekerden. Daarom vind ik ook dat de invloed van verzekerden en patiënten moet worden versterkt en er meer moet gebeuren om die keuzevrijheid te garanderen.

Verschillende fracties, in elk geval die van de PvdA, de SP en de ChristenUnie, maakten nog opmerkingen over collectiviteiten en kwetsbare groepen. Ik noem bijvoorbeeld collectiviteiten die door gemeenten aan minima worden aangeboden in het kader van inkomensondersteuning. Gemeenten zijn vrij om inkomensondersteuning te bieden aan inwoners die dat nodig hebben. Sommige gemeenten doen dat inderdaad via een collectieve polis. Daar zitten veel voordelen aan, maar ook nadelen. Ik krijg ook signalen van mensen die zeggen hierdoor niet de vrijheid te voelen om zelf te kiezen voor een zorgverzekeraar. Er zijn op zich ook andere mogelijkheden voor gemeenten om mensen in hun inkomen te ondersteunen die wél deze keuzevrijheid intact laten. Wij zien echter ook in dat via gemeenten ook goede initiatieven genomen worden. De vraag daarbij is wel wat dat betekent voor de keuzevrijheid van inwoners. Er zijn namelijk ook signalen dat mensen het gevoel hebben niet voor een andere verzekeraar te kunnen kiezen. Ook bij GroenLinks staat het denken niet stil. Met de kanttekening die ik net maakte, ben ik het eens met fracties die zeggen dat polissen die een aantoonbare meerwaarde hebben voor kwetsbare groepen, gestimuleerd kunnen worden, omdat voor hen een collectieve polis meerwaarde kan hebben. Dat is waar het ons om gaat: heeft een polis meerwaarde voor mensen, en dan niet puur op de prijs, maar op andere aspecten.

Ik maak een aantal andere opmerkingen over collectiviteiten. Het huidige artikel over de collectiviteitenpolis is door de Minister, toen zij nog Kamerlid was, met een amendement in de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd. Collectiviteiten lijken zich helaas nog vooral te onderscheiden op een lagere premie dan op aantoonbaar betere zorg voor bepaalde doelgroepen. Je bent bijvoorbeeld lid van de vakbond of je werkt bij een bepaald bedrijf en dan krijg je korting. Daarmee betalen individueel verzekerden voor de korting die collectief verzekerden krijgen. En dat vind ik niet de solidariteit die bij dit stelsel hoort. Collectiviteiten hebben het doel om voor bepaalde doelgroepen een beter aanbod te regelen. De voorstellen die wij in de nota's gedaan hebben, moeten bijdragen aan een eenduidig aanbod, dat echt gericht is op betere zorg. Dat betekent dus niet – ik zeg dit heel nadrukkelijk tegen mevrouw Bouwmeester – dat de mogelijkheid van een collectieve polis helemaal afgeschaft moet worden, maar wij kiezen wel voor een «nee, tenzij»-benadering. Een collectiviteit kan pas toegelaten worden als deze voor kwetsbare doelgroepen aantoonbare meerwaarde heeft. Dan creëer je keuzevrijheid op basis van inhoud en niet op basis van prijs.

De heer **Rutte** (VVD):

De analyse van GroenLinks over collectiviteiten kan ik voor een deel volgen. Ik heb niet voor niks zelf twee jaar geleden bij de behandeling van de begroting gevraagd of wij daar niet eens naar kunnen kijken, juist vanwege het gevoel dat er bij collectiviteiten wel erg veel op korting werd gestuurd en wat weinig op inhoud. Sindsdien zijn wij geconfronteerd met heel wat voorbeelden van bedrijfscollectiviteiten waarbij het niet gaat om kwetsbare mensen, maar waarbij verzekeraar en bedrijf intensief investeren in het vitaal houden van de medewerkers van zo'n bedrijf. Dat kunnen ze juist vanwege zo'n collectief contract. Hoe kijkt mevrouw Voortman naar dat soort vormen van samenwerking, waarbij het niet

alleen gaat om korting, maar echt om zorginhoudelijke samenwerking tussen bedrijven en zorgverzekeraars?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Als het zou gaan om een collectiviteit die aantoonbare meerwaarde heeft op het gebied van zorginhoud, dan zeg ik dat het goed is. Zoals ik al zei, het moet «nee, tenzij» zijn.

De heer **Rutte** (VVD):

Dan zijn wij het daar voor een heel groot deel over eens, ware het niet dat ik de toetssteen «meerwaarde» lastig vind. Wie toetst dat, hoe beoordelen wij dat? Leidt het niet tot enorm veel extra regeldruk?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Misschien kan de VVD in tweede termijn een motie indienen waarin de Minister wordt verzocht om te onderzoeken wat een goede toetssteen zou zijn om te bepalen of collectiviteiten echt een meerwaarde hebben? Het is niet zo een-twee-drie te zeggen wat het kader moet zijn. Het lijkt mij heel goed om daarover door te discussiëren.

De heer **Van Gerven** (SP):

Mevrouw Voortman vindt dat collectiviteiten een bewezen meerwaarde moeten hebben. Dat kan ik mij voorstellen bij gemeentelijke collectieve arrangementen, met name voor mensen met een laag inkomen of in de bijstand. Zo kan ervoor worden gezorgd dat zij netjes hun ziektekostenpremie betalen. Dat wordt door een heel groot aantal gemeentes gedaan. Daar zie ik een duidelijke meerwaarde. Als het gaat om het aanbod van al die andere collectiviteiten, zie ik het vooral als een aantasting van de solidariteit. Men behaalt een prijsvoordeel. Zou het niet veel beter zijn om de cesuur als volgt te leggen: als een gemeente het doet, zijn wij ervoor, en wij maken een eind aan de rest?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat zou op zich een heel makkelijke keuze zijn, maar dan zou je eraan voorbijgaan dat er misschien ook collectiviteiten denkbaar zijn die wel degelijk een meerwaarde voor kwetsbare mensen kunnen hebben. Omdat ik die deur niet helemaal dicht wil doen, vind ik die cesuur toch iets te strak.

De heer **Van Gerven** (SP):

Toon maar eens aan dat het meerwaarde heeft. Papier is geduldig, maar de werkelijkheid is wat ingewikkelder. Ik ben daarom voor die cesuur. Als je de kwaliteit van de zorg wilt verbeteren of meer preventieve activiteiten wilt, zijn andere middelen beter, bijvoorbeeld het preventiefonds. Die weg kunnen we dan beter bewandelen dan die van de collectiviteit, maar dat is meer een opmerking dan een vraag.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik heb hierin inderdaad geen vraag gehoord. Het is wel een heel helder onderscheid. Ik kan niet anders dan dat erkennen. Ik kan me verder wel voorstellen dat we een toets door patiëntenorganisaties op de collectiviteit invoeren. Dat stellen we overigens ook voor in onze nota. Die organisaties kunnen dan beoordelen of iets echt in het belang van hun leden is. Misschien zou dat ook een helder criterium kunnen zijn. Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Bruins Slot van het CDA en mevrouw Dik-Faber over het provisieverbod en hun vraag aan de Minister om daar nader naar te kijken. Zeker zolang er geen onafhankelijke vergelijkingssite is, ben ik van mening dat alles moet worden gedaan om te voorkomen dat mensen gekleurde informatie krijgen. De verantwoordelijkheid voor de juistheid van de informatie bij de zorgverzekeraars

leggen vind ik niet voldoende. Ik denk dat er zeker meer garanties van de kant van de vergelijkingsites moeten komen. Ik denk dus dat een provisieverbod zeer gerechtvaardigd is.

Ik bedank mevrouw Bruins Slot van het CDA ook voor haar steun voor de inzet op het verlagen van de solvabiliteitseisen. Zij heeft de Minister gevraagd om daarop te reageren en ik laat deze vraag dan ook graag aan de Minister.

De heer Van Gerven herinnerde mij eraan dat GroenLinks in 2006 tegen de Zorgverzekeringswet heeft gestemd. Dat klopt inderdaad, maar we hebben nu te maken met de situatie waar we nu mee te maken hebben en met het stelsel waar we nu in zitten. Zoals de heer Van Gerven in de nota heeft kunnen lezen, schrijven wij dat een stelselverandering niet per definitie in het belang van mensen is. Als je kijkt naar de oude situatie, kun je ook zeggen dat het ziekenfondsstelsel niet zaligmakend was. Bovendien hebben we de afgelopen jaren verschillende stelselwijzigingen meegemaakt en wat we zien is dat die vaak veel tijd, geld en energie kosten. Wij denken dat het juist heel belangrijk is voor alle betrokkenen in de sector om te zorgen voor rust in de regelgeving. Daarom zeggen wij: kies voor realistische aanpassingen om de verhoudingen in de zorg weer in balans te brengen en de patiënt en de verzekerde echt centraal te stellen. Wij denken dat je daar mensen echt mee helpt.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is toch een merkwaardig antwoord. Ik heb de nota goed gelezen en daarin huldigen de schrijvers de stelling dat het veel werk zou kosten – ik vat het in mijn woorden samen – en dat het daarom beter is het huidige stelsel te laten bestaan. Maar het stelsel deugt in wezen niet. Wat deugt er in wezen niet aan het stelsel? Dat is het feit dat het een concurrerend stelsel is, want dat brengt met zich mee dat er geen basisvertrouwen jegens elkaar is maar basiswantrouwen. Ik begrijp de behoefte om het nu beter te maken. Daar kan ik me iets bij voorstellen, want je hebt een meerderheid nodig om het stelsel te wijzigen. Zou desondanks een stelselwijziging, gezien dat basale gebrek aan vertrouwen in het systeem, niet de stip aan de horizon moeten zijn?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Over de analyse van de huidige situatie zijn de heer Van Gerven en ik het eens. We vinden inderdaad allebei dat er onvoldoende vertrouwen is en dat er sprake is van onbalans. Hoe kun je dat vervolgens oplossen? Over het antwoord op die vraag verschillen wij van mening. De heer Van Gerven zegt namelijk toch weer dat we terug moeten keren naar het oude stelsel, terwijl wij zeggen dat je dat wantrouwen ook op een andere manier kunt oplossen. Als je het op een andere manier kunt oplossen, kies ik daar liever voor dan voor een ander stelsel. We delen dus de analyse van wat er niet goed is, maar we zijn het niet eens over de beste oplossing. Als je het oplost door te kiezen voor een heel ander stelsel, krijg je te maken met de nadelen die kleefden aan het oude ziekenfondsstelsel. Verder zou het heel veel tijd, geld en energie kosten. Dat geld en die tijd zou je anders aan de zorg besteden en daarom zeggen wij dat je moet inzetten op het oplossen van de problemen binnen het huidige stelsel.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dan constateer ik toch dat de wegen van GroenLinks en de SP op dit punt scheiden. Ik denk namelijk dat een publiek stelsel beter is, omdat het uitgaat van vertrouwen en van het publieke belang, terwijl dit stelsel, hoe je het ook wendt of keert, wordt gedragen door private, concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders die met elkaar moeten concurreren. Dat principe krijg je er niet uit, tenzij je een stelselwijziging voorstaat.

Afrondend: als je kijkt naar het publieke stelsel, wordt er verwezen naar het ziekenfonds van weleer. In 2000, 2001, 2002 verdwenen de wachtlijsten als sneeuw voor de zon. Waarom was dat? Omdat het systeem van «boter bij de vis» werd gehanteerd. Daar werd extra in geïnvesteerd. Het lag dus niet per se aan het ziekenfonds, maar gewoon aan het feit dat er 20 jaar lang gebudgetteerd was en dat er een tekort aan middelen was om fatsoenlijke zorg te bieden.

Dit is geen vraag, maar ik wilde even concluderen dat wij het op dat punt niet eens zijn.

De voorzitter:

Dan laten wij het daarbij.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik vind het belangrijk om te melden dat ik het goed zou vinden als zorgaanbieders echt met elkaar zouden concurreren op kwaliteit. Ik denk dat de patiënt daar beter van zou worden. Een ander verschil is dat GroenLinks zeer hecht aan het belang van keuzevrijheid. Wij willen dat patiënten kunnen kiezen wat het beste bij ze past. Dat is ook een verschil met de SP, maar ik weet ook dat de SP en GroenLinks het op het gebied van de zorg over heel veel zaken zeer eens zijn.

Mevrouw Bruins Slot van het CDA vroeg om een reactie op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM, waaruit blijkt dat ongeveer 10% van de Nederlanders laaggeletterd is en dat 29% weinig gezondheidsvaardigheden heeft. Ook de Partij van de Arbeid, de SP en ik meen ook de ChristenUnie wezen erop dat niet alle Nederlanders in staat zijn om zelf keuzes te maken. Ik vind die cijfers zorgelijk. Ze tonen het belang aan van een overzichtelijk en begrijpelijk aanbod. Dat geldt ook voor het polisaanbod. Ook de Minister geeft aan dat het moeilijk is om uit het grote aanbod te kiezen. Zij heeft de zorgverzekeraars opgeroepen om daar nog eens goed naar te kijken. Des te belangrijker is het om de positie van patiënten en verzekerden in het stelsel te versterken, zodat niet alleen mondige, hoogopgeleide of rijkere mensen hun keuzevrijheid kunnen afdwingen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg ook wat er moet gebeuren om het vertrouwen in zorgverzekeraars te vergroten. Het belangrijkste is dat de verhoudingen tussen de verschillende partijen in de zorg meer in balans komen. Dat is ook waar de voorstellen in de verschillende nota's een belangrijke bijdrage aan proberen te leveren. Zorgverzekeraars zijn zelf ook met een actieplan gekomen en doen nu een publiciteitscampagne. Dat zijn goede initiatieven, maar er is nodig om het vertrouwen te herstellen. Er moeten niet alleen harde maatregelen komen om de balans te herstellen, het gaat ook om andere zaken die meespelen in publieke opinie. Ik noem de scheve verhoudingen bij de contractering; het inperken van topinkomens in de zorg, bij zorgverzekeraars en bij aanbieders; de hoogte van marketingbudgetten; de inzet van winsten en de reserves voor zorgverzekeraars.

Dan vroeg mevrouw Bruins Slot ook naar een concrete onderbouwing van de invloed die de hoogte van het vrijwillig eigen risico heeft. Ik heb hierover geen cijfers paraat, maar ik vind dit wel een heel belangrijke vraag. Ik denk namelijk dat het hoge eigen risico zeker tot meer wanbetalers leidt en tot meer kortetermijndenken. Dat geldt waarschijnlijk vooral voor mensen die denken: ik heb niet veel geld, maar ik ben wel heel gezond. Dan zijn ze geneigd om te gaan voor een hoog vrijwillig eigen risico. Als er dan een keer iets gebeurt, bijvoorbeeld een ongeluk bij het sporten, dan worden mensen opeens geconfronteerd met hoge rekeningen. Zeker gezien de onderzoeken van de afgelopen tijd, die aantonen dat mensen afzien van zorg vanwege de hoogte van het eigen risico, acht ik dit een zeer belangrijke vraag. De Minister gaf afgelopen donderdag al aan dat zij hier onderzoek naar wilde gaan doen. Dat lijkt mij

een heel goede eerste stap om te kunnen kijken naar de effecten van een vrijwillig hoger eigen risico.

Het voorstel voor een gedifferentieerd macrobeheersinstrument komt later dit jaar naar de Kamer. Dat moeten we dan bekijken, maar ik kan wel zeggen dat ik mij er veel zorgen over maak en dat ik niet verwacht dat mijn fractie daarmee kan instemmen. Het zet de verhoudingen in het stelsel immers juist verder onder druk en legt weer meer macht bij zorgverzekeraars. Voor aanbieders zal dit nog meer leiden tot een gevoel van «tekenen bij het kruisje», ongeacht de maatregelen die de afgelopen tijd genomen of aangekondigd zijn om die verhoudingen te verbeteren. Ook maak ik mij zorgen over wat dit betekent voor het zorgaanbod, want het betekent een groot risico voor nieuwe en ongecontracteerde aanbieders. Naar ik begrepen heb, maken die slechts een heel klein percentage van het totale zorgaanbod uit, zo'n 5%. Zij krijgen dan dus een behoorlijke rekening gepresenteerd. Als laatste zijn er voor deze aanbieders geen mogelijkheden om het totaal aan uitgaven door de beroepsgroep te beïnvloeden. Ik vraag mij dus af of het rechtvaardig is om het alleen bij deze groep terug te halen, maar zoals gezegd komt het wetsvoorstel hierover later dit jaar naar de Kamer. Ik denk dat het goed is dat wij dan het debat daarover verder aangaan.

De heer Rutte vroeg mij naar de financiële consequenties voor individuen. Moeten zij door het schrappen van de budgetpolis en de collectieve polis niet juist meer gaan betalen? De onrechtvaardigheid dat die polissen nu leiden tot meer betalen door individueel verzekerden om de tekorten op collectieve of budgetpolissen op te lossen, lossen wij in onze nota op. Juist de maatregelen rondom de winsten, de reserves en de marketingkosten, maar ook het terugdringen van bureaucratie, meer inzetten op kwaliteit en meer transparantie kunnen leiden tot goedkopere zorg. Laat ik vooropstellen dat het herstellen van de balans voor ons belangrijker is dan meer bezuinigen op de zorg. Ik verwacht ook dat verzekeraars onderling meer concurrentie op de prijs van de gewone polis zullen krijgen als zij niet meer de budgetpolis hebben. De vrees dat het schrappen van de budgetpolis zal leiden tot meerkosten voor mensen, deel ik dus niet. Mensen met een kleinere portemonnee worden nu juist misleid met de budgetpolis. Dat leidt ook niet tot goedkopere zorg, want wat schieten mensen er daadwerkelijk mee op als zij verder moeten reizen omdat het ziekenhuis in de buurt niet gecontracteerd is voor de zorg die in hun budgetpolis gedekt wordt? Overigens was ik het zeer eens met mevrouw Dik-Faber in het interruptiedebatje dat zij met de heer Rutte had. Zij gaf heel terecht aan dat de budgetpolis er juist toe leidt dat de kosten, die uiteindelijk toch opgebracht moeten worden door alle verzekerden, meer terecht komen bij mensen die geen budgetpolis hebben. Ook daarom vind ik het zeer belangrijk dat de budgetpolis wordt afgeschaft. Het aantal tegenstanders van de budgetpolis neemt bovendien toe. Er zijn nu zelfs verzekeraars die zeggen dat dit alleen maar een manier is om mensen te misleiden.

Ik ga over naar het derde blokje, kwaliteit. Veel discussies over de zorg verworden al snel tot een kostendiscussie. Zorgverzekeraars kregen als taak om de kosten van de zorg binnen de perken te houden. Sinds de invoering heeft de focus ook vooral op de kosten gelegen. Kwaliteit is lange tijd te veel buiten beeld gebleven. GroenLinks vindt dat het aan zorgverleners en patiënten is om te bepalen wat kwaliteit van zorg is. Op basis daarvan moeten normen worden opgesteld die vervolgens door iedereen in de zorg gebruikt worden: door patiënten om te bekijken naar welke zorgverlener zij willen, door beroepsgroepen om elkaar te helpen om de kwaliteit te borgen en te verbeteren, en door toezichthouders en zorgverzekeraars in de contractering. Ik ben het dan ook eens met de fracties die aangaven dat er al een en ander gebeurt rondom het opstellen van kwaliteitsnormen. Sommige beroepsgroepen zijn er zelf mee bezig, maar ook de Minister dringt aan op het snel beschikbaar komen van

normen voor de 30 meest relevante aandoeningen. Vaak ontbreekt die informatie nog en vragen zorgverzekeraars zelf informatie uit, met alle bureaucratie van dien tot gevolg voor zorgverleners. Daarom vinden wij het nodig dat hier goed op doorgepakt wordt.

Zorgverzekeraars zouden artikel 13 nodig hebben om in te kunnen kopen op kwaliteit, zo werd gezegd, maar dan moet ook de zorg van mindere kwaliteit vergoed worden. Volgens mij stelde de heer Rutte dat. Hij uitte de zorg dat de zorgkosten niet meer beheerst zouden kunnen worden wanneer er niet meer selectief ingekocht kan worden, maar het niet hebben van een contract staat natuurlijk niet gelijk aan een mindere kwaliteit van zorg. Als dat zo zou zijn, zou nieuw zorgaanbod per definitie minder goede zorg leveren. Dat is natuurlijk niet zo. Als zorgverzekeraars slechte zorg niet willen vergoeden, zijn daar andere mogelijkheden voor. De inspectie ziet toe op de kwaliteit van zorg en kan optreden tegen zorgaanbieders die zich niet aan kwaliteitsnormen houden of daar niet aan voldoen. Artikel 13 is niet noodzakelijk voor goede zorginkoop. Wij willen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van objectieve kwaliteitsnormen met elkaar in gesprek gaan over de inkoop van zorg. Wij denken dat artikel 13 er juist toe leidt dat de machtsverhouding tussen zorgverleners en zorgverzekeraars ongelijk is, omdat het voelt als tekenen bij het kruisje. Wat is er dan wel nodig? Wij denken dat een echt goed gesprek tussen verzekeraar en aanbieder juist van belang is. Een goed gesprek tussen verzekeraar en aanbieder, die altijd recht heeft op zo'n gesprek, gaat over de kwaliteit van de zorg die de aanbieder levert.

De heer **Rutte** (VVD):

Is het aantal toegestane interrupties in een notaoverleg gelimiteerd, voorzitter? Niet dat ik van plan ben om nog dertig keer op het knopje te drukken, maar ik wil het gewoon even weten.

De **voorzitter**:

Als dat laatste het geval is, dan wel. Als u de interrupties kort en bondig houdt en de voorzitter niet hoort, gaat u uw gang.

De heer **Rutte** (VVD):

Het verhaal van mevrouw Voortman is het bekende GroenLinks-verhaal over artikel 13. Nu heb ik nog steeds wel het idee dat GroenLinks het ook van belang vindt dat er wordt gecontracteerd. Dat zie ik alleen al aan het feit dat GroenLinks zegt dat zij een naturapolis en een restitutiepolis wil en een naturapolis uitgaat van gecontracteerde zorg. Wat denkt GroenLinks nog te kunnen doen om partijen om tafel te krijgen teneinde tot contractering te komen? Wijnand van de Ven, iemand die veel verstand heeft van zorg, zegt dat de hoge vergoedingen voor ongecontracteerde zorg er in Nederland toe leiden dat het bijna niet meer mogelijk is om effectief zorg in te kopen. Kan daarop enige reflectie komen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik denk dat contracteren nog wel belangrijk is, omdat dat uiteindelijk het resultaat is van het gesprek over kwaliteit tussen zorgverzekeraar en aanbieder. We zeggen ook dat dit van belang is voor de meerjarige verzekeraar. We zeggen niet dat het niet hebben van een contract per definitie betekent dat je kwalitatief slechte zorg biedt. Daarin schuilt het onderscheid tussen de heer Rutte en mijzelf.

De heer **Rutte** (VVD):

Nee, als je niet gecontracteerd bent, lever je niet per definitie slechte zorg. Laten we het daarover eens zijn. Het kan wel betekenen dat een ander een betere prijs-kwaliteitverhouding levert. Dat is iets anders. Als de verzekeraar echter geen enkel middel heeft om ook nog maar iets af te dwingen bij de aanbieder en de aanbieder geen groot belang heeft bij het afsluiten

van een contract, omdat hij zijn geld toch wel krijgt, wat hebben we dan nog achter de hand om ervoor te zorgen dat er contractering plaatsvindt?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Er bestaat sowieso wel een verschil. Nu staat in de wet dat 80% vergoed wordt bij niet-gecontracteerde zorg. Je hebt dus altijd het verschil tussen een vergoeding van 80% en 100%. Waarom zou je nog een contract afsluiten? Als verzekeraar doe je dat volgens mij omdat je voor je verzekerde wilt dat duidelijk is van welke zorg je vindt dat het de beste is. Als zorgaanbieder doe je dat omdat je dan meer zekerheid krijgt. Mij lijkt dat beide partijen belang houden bij het sluiten van een contract. Ik ben volgens mij door de vragen heen.

De **voorzitter**:

Dan ga ik kijken. Ik zie dat er nog een tweetal vragen is. Ik geef allereerst het woord aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Er zijn nog twee vragen van mij blijven liggen, ten eerste over de rol van de Algemene Rekenkamer en ten tweede over het tussentijds wisselen van verzekeraar.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat klopt. Volgens mij heeft de heer Van Gerven verder nog een vraag over het eigen risico gesteld. Die zal ik ook beantwoorden. Ik vind het inderdaad interessant om na te gaan of je tussentijds mag wisselen. Dan krijg je echt dat de patiënt met de voeten kan stemmen. Dat vind ik een zeer interessant voorstel. Ik ben ook benieuwd wat de Minister daarvan vindt. Tegenover het voorstel van de Algemene Rekenkamer sta ik hetzelfde.

De heer Van Gerven zei dat afschaffing van het eigen risico inzicht in de informatie over kosten van de zorg niet meer per se nodig maakt. Misschien had ik die vraag al goed beantwoord en is de heer Van Gerven er om die reden niet op teruggekomen. Ik denk dat transparantie op zichzelf ook een belangrijke waarde is. Zelf als we een eigenrisicoloos tijdperk zouden hebben, is het belangrijke informatie.

De **voorzitter**:

Ik zie dat de heer Van Gerven geen aanvullende vragen heeft. Mevrouw Dik-Faber heeft nog een interruptie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mijn excuses als ik het gemist zou hebben, maar ik heb een vraag over de dure geneesmiddelen. Ik proef een beweging bij de Minister. In haar eerste reactie op de nota's van GroenLinks gaf ze nog aan het allemaal onzin te vinden; ze vond zelfs dat de voorstellen van GroenLinks ertoe kunnen leiden dat medicijnen hier niet meer beschikbaar zijn. Inmiddels is haar houding, in ieder geval volgens de berichten in de media van de afgelopen weken, welwillender: ze gaat onderhandelen met Europese landen om als één blok te opereren richting fabrikanten. Wat vindt GroenLinks daarvan? Is het voldoende of moet er toch nog meer gebeuren?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik zie inderdaad dat er op dit punt veel ontwikkelingen gaande zijn. De voorbereiding voor dit notaoverleg had ik al gedaan voordat de Minister deze uitspraken deed. Er is ook een verschil tussen wat het kabinet in reactie op de nota schrijft en wat er onlangs onder andere in Trouw heeft gestaan; maar daar zal de Minister vast uitgebreid op ingaan. Ik vind dat al een heel goede stap in de juiste richting. Wel denk ik dat er meer mogelijk

is. Zelf hebben we eerder ook al voorgesteld om het inkopen zelf te gaan doen. Het centraal inkopen met meerdere landen vind ik trouwens ook al een goed idee. Of zou je niet ook naar het Noorse model moeten kijken? De heer Van Gerven stelde dat zojuist aan de orde en ikzelf heb dat tijdens de begrotingsbehandeling aan de orde gesteld. De Minister heeft bij de behandeling van de begroting van VWS aangegeven dat ze in haar voorstel over geneesmiddelen ook zal ingaan op dat model.

De voorzitter:

Daarmee zijn we aan het eind gekomen van de beantwoording in eerste termijn door mevrouw Voortman. Uw voorzitter heeft geen inhoudelijk oordeel, maar: mijn complimenten.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dank u wel.

De voorzitter:

Ik geef graag het woord aan de Minister in eerste termijn.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ook voor mij is dit de eerste keer dat ik een notaoverleg in deze vorm doe. Alle complimenten overigens aan mevrouw Voortman en mevrouw Ellemeet voor de nota's. Het is leuk om op zo'n andere manier betrokken te zijn bij een overleg.

Ik kom te spreken over een aantal feitelijke opmerkingen, waarin direct of indirect gerefereerd is aan mijn reactie. Ten eerste de balans bij de zorginkoop. Het is niet zo dat wijzelf hebben bedacht hoe die balans in de zorginkoop eruit moet zien. In 2014 hebben wij de Zorgverzekeringswet geëvalueerd. Dat is gedaan door KPMG en daarbij is er een onderscheid gemaakt tussen beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen. Ten aanzien van de beroepsbeoefenaren kon worden geconcludeerd dat de macht is doorgeslagen naar de zorgverzekeraar. Ten aanzien van de ziekenhuizen kun je stellen dat, zeker waar de ziekenhuizen dominant zijn en geen concurrenten hebben, zij een veel grotere macht hebben. Als de zorgverzekeraar hen niet contracteert, kan deze namelijk niet aan zijn zorgplicht voldoen. Deze conclusies uit 2014 zijn niet verrassend voor ons, want wij hebben voor de evaluatie al een rondgang gemaakt door Nederland. Daarvoor hadden we vier bijeenkomsten georganiseerd in het voorjaar van 2014, omdat we zagen dat de balans tussen beroepsbeoefenaar en zorgverzekeraars niet meer was zoals beoogd; er was dus werk aan de winkel.

Het tweede punt is het aantal polissen. Eind 2014 heb ik een vragenlijst aan de NZa gestuurd. Daarin heb ik een oproep aan de verzekeraars gedaan om eens te letten op de polissen, want te veel keuze kan verlamdend werken. In 2015 waren er 71 polissen en de verzekeraars hebben dat teruggebracht naar ongeveer 60. Dat is dus een daling van zo'n 15%. Wat mij betreft is dat een belangrijke eerste stap. Het zou kunnen zijn dat er nog meer polissen uitvallen; dan is de stap nog groter. Het feit blijft dat de combinatiemogelijkheden met de aanvullende verzekeringen het aantal keuzes zo groot maken. Dat zorgt voor een multipliereffect. Dat hebben we vorige week in het AO ook aan de orde gehad.

Ten aanzien van het marktconforme tarief van het zorgaanbod heb ik het volgende op te merken. Er zijn verzekeraars die dat op hun website al helemaal laten zien. Dat heb ik in een eerder debat al gezegd. Je ziet dus dat er verzekeraars zijn die de prijzen van het aanbod dat zij contracteren volgens het tarief, al volledig op internet hebben staan.

Het derde punt betreft de budgetpolis. De NZa heeft daar op mijn verzoek onderzoek naar gedaan. Dat heb ik ook in 2014 gevraagd. De NZa heeft geconstateerd dat er geen kwaliteitsverschil is tussen de budgetpolis en

andere polissen. Het is dus niet zo dat budgetpolissen minder kwaliteit bieden. Er is ook geconcludeerd dat er gemiddeld redelijk ruim gecontracteerd is, zodat ruim aan de zorgplicht wordt voldaan.

Het vierde punt gaat over het geneesmiddelenbeleid. Niet alleen in de media, maar ook in eerdere overleggen over onze Europese inzet heb ik gezegd dat antibioticaresistentie, geneesmiddelen en productsamenstellingen in de Europese Unie mijn prioriteiten zijn. Ik heb vorige week ook gezegd dat er wat mij betreft grote verbeteringen mogelijk zijn omdat de balans doorslaat, maar dat wij slechts 1% van de wereldmarkt zijn. Dat is de realiteit waarbinnen wij proberen te schipperen. Daarbij is het relevant dat fabrikanten vaak value based prijzen. Men prijst op basis van de toegevoegde waarde. Voor een medicijn waar je beter van wordt en wat ziekenhuiskosten scheelt, zie je de prijzen helemaal door het dak gaan. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij medicijnen tegen hepatitis-c. De prijzen zijn dus niet gebaseerd op de kosten, maar op de waarde. Als je dan kijkt wat het zou moeten kosten, merk je dat het Nederlandse kostenbeslag super hoog is. Bij het kostenbeslag in Italië kwam je echter op ongeveer een half miljard voor één medicijn voor hepatitis-c, waarde-gebaseerd geprijsd. Daar gaan mijn vragen over, maar ik heb daarover vorige week uitgebreid met de commissie van gedachten gewisseld.

Gevraagd is naar het provisieverbod. Daarover hebben we vorige week ook gewisseld, maar voor de zekerheid herhaal ik het. Het provisieverbod leidt ertoe dat de financiële prikkel van de bemiddelaar, adviseur of vergelijkingssite verdwijnt. Het draagt echter niet bij aan de verbetering van de informatiepositie van de consument. Daarvoor zijn die vergelijkingssites nu juist zo belangrijk. Het AFM-toezicht heeft onderzoek gedaan, maar heeft geen correlatie gevonden tussen de hoogte van de vergoeding en de vermelding in de vergelijking. Wel heeft de AFM aangescherpte regels vastgesteld. De gedragscode is erop gebaseerd dat de correlatie niet ontstaat en dat ook degenen die geen relatie hebben met zo'n site hoog in de vergelijking kunnen eindigen. De gedragscode is belangrijk en is ontwikkeld om transparantie te verkrijgen over wat deze sites aan provisie ontvangen. In reactie op de vraag van mevrouw Bouwmeester heb ik donderdag toegezegd om overleg te voeren met Financiën en de AFM over de omvang en de transparantie. We zullen er voor de zomer op terugkomen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat was inderdaad een mooie toezegging. Daar ben ik heel blij mee. Naar aanleiding van dat overleg is echter wat discussie ontstaan. De intentie van de toezegging is mooi. Ik begreep echter dat de reikwijdte van het provisieverbod zich alleen strekt tot de financieel adviseur, of de lijflijke adviseur van de zorgverzekeraars als die gaan ontstaan. Het provisieverbod zou technisch-juridisch niet van toepassing verklaard kunnen worden op een zorgvergelijkingssite. Klopt dat? Er is wat verwarring over.

Minister **Schippers**:

Ik heb geen idee of dat klopt. Ik weet wel dat wij vanuit inhoudelijke redenen tegen een provisieverbod zijn. Ik heb liever dat we strikte regels vaststellen voor de vergelijkingssites. De aanbieder die het beste past, moet bovenaan staan, ongeacht het bedrag dat men ontvangt, zelfs als men niets ontvangt. Ik zal de vraag meenemen in het gesprek met de AFM en Financiën, want ik weet niet of er restricties zijn. Dat kan ik in de toegezegde brief voor het einde van de zomer laten weten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat is helder.

Minister **Schippers**:

Waarom kunnen verzekerden niet gedurende het jaar wisselen van zorgverzekeraar? Het belangrijkste argument hiervoor is risicoselectie. Gezonde mensen zullen de goedkoopste polis kiezen en zodra men iets mankeert, stapt men meteen over naar een brede polis. Die heeft echter een acceptatieplicht. Dit zal enorm risicoselectie-verhogend werken. Dat zal leiden tot een instabiele verzekeringsmarkt. Daarnaast wordt het voor verzekeraars lastig en kostbaar om de premie vast te stellen. Om dit risico af te dekken, zal men een opslag op de premies doen. Het wordt voor de overheid heel lastig om accuraat de bijdrage vanuit het risicovereveningsmodel te bepalen. Dat hangt natuurlijk allemaal met elkaar samen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is een wonderlijke analyse. Risicoselectie is verboden in het basispakket.

Minister **Schippers**:

Nee, zelfselectie.

De heer **Van Gerven** (SP):

Maar goed, het basispakket is voor iedereen gelijk, zij het dat je met een budgetpolis bij minder terechtkunt, wat verder moet reizen, enzovoorts. In principe is het basispakket voor iedereen gelijk. Wat is er nu op tegen om mensen te laten kiezen als zij ontevreden zijn over een verzekeraar? Ik verwacht niet dat het systeem dan instabiel zal worden, want we zien dat 70% van de verzekerden – misschien is dat percentage nog wel hoger – helemaal niet wil verkassen. Als je het hebt over keuzevrijheid en over macht geven aan verzekerden, dan zou dit bij uitstek een middel zijn om verzekerden meer macht te geven zonder dat het stelsel dat gebaseerd is op concurrentie ten onder zou gaan.

Minister **Schippers**:

Je mag tussendoor van verzekeraar veranderen als het gecontracteerde aanbod verandert. Dus als jij een polis hebt afgesloten bij een bepaalde verzekeraar die bepaalde ziekenhuizen heeft gecontracteerd en als halverwege het jaar blijkt dat een van de ziekenhuizen waar jij naartoe wilt, is uitgevallen, dan heb je een maand de tijd om naar een andere verzekeraar over te stappen. Voor die uitzonderingssituatie hebben wij dat vastgesteld. Het is echter niet de risicoselectie van de verzekeraar die hier dwarszit, want de verzekeraar heeft een acceptatieplicht. Het gaat hier om de zelfselectie van de patiënt. Die neemt natuurlijk een maximaal eigen risico en een zo goedkoop mogelijke budgetpolis. Als er gedurende het jaar kan worden overstapt, dan zal iedereen dat massaal doen, ook mensen die nu bepaalde risico's willen afdekken, hoewel zij niet weten of zij daarmee te maken krijgen. Als je toch weet dat je kunt overstappen, dan doe je dat natuurlijk. Pas als je iets krijgt, ga je dan overstappen naar een duurdere polis zonder een verhoogd vrijwillig eigen risico. Een dergelijke zelfselectie, een risicoselectie door de patiënt en niet door de verzekeraar, is het eerste belangrijke gevolg hiervan. Daarnaast zijn er een heleboel effecten, onder andere met betrekking tot de risicoverevening. Die wordt nu voor één jaar berekend, maar dan veranderen de bestanden van de verzekeraars voortdurend. Ik ben dus echt geen voorstander van dit systeem.

De heer **Van Gerven** (SP):

Het is bekend dat de Minister daar geen voorstander van is. Je kiest dan ook voor minder keuzevrijheid in het stelsel dan ten opzichte van het ziekenfondsstelsel of ten opzichte van een nieuw publiek stelsel waarin er echt keuzevrijheid zou zijn. Ik kan de Minister echter toch niet volgen op het punt van het vrijwillige eigen risico. Als zij er geen voorstander van is

dat mensen een hoog vrijwillig eigen risico nemen, dan zou ik zeggen: schaf dat dan af en niet de keuzevrijheid van de verzekerde.

Minister Schippers:

Ik ben in ieder geval 24 keer meer voor keuzevrijheid dan de SP. Als het aan de SP ligt, heb je straks één zorgverzekeraar, terwijl wij er in het huidige systeem nog 24 hebben. Als het systeem van de SP er komt, dan is er één zorgverzekeraar en kun je niet weg. Als die zorgverzekeraar het naar mijn idee dan niet goed doet, dan heb ik pech, want er is er dan nog maar een. Wat dat betreft ben ik in ieder geval nog 24 keer meer voor keuzevrijheid dan de heer Van Gerven.

Het CDA heeft drie vragen gesteld. De eerste gaat over de Europese solvabiliteit. Er werd gevraagd of ik mij wil inspannen voor lagere solvabiliteitseisen. Dat hebben wij gedaan. Wij hebben bij het opstellen van deze regels rekening gehouden met de risicoverevening die wij kennen. Anders hadden wij veel hogere eisen gehad. Het verzekerings-technische risico is bijna gehalveerd. Dat is maar goed ook, want anders waren onze solvabiliteitseisen procenten hoger geweest dan zonder dat risicovereveningssysteem. Wij hebben ons daar dus voor ingespannen. De regels zijn er. Zij zijn vastgesteld, want de Europese besluitvorming over Solvency II is afgerond. Dat biedt duidelijkheid voor verzekeraars. Zij benutten die ook. Dat kun je zien aan het deel van de reserves dat ze in premies hebben teruggegeven. In 2016 is dat ongeveer 2,5 miljard. Verzekeraars zijn financiële instellingen. We hebben geleerd dat buffers belangrijk zijn voor financiële instellingen, niet als doel maar omdat betalingen aan zorgaanbieders moeten kunnen doorgaan als een verzekeraar ineens financieel door het ijs zou zakken. Dat is in het belang van cliënten die de zorg op dat moment afnemen, maar ook in het belang van de zorgaanbieders, die betaald moeten worden voor hun diensten, ook als het heel slecht gaat met een verzekeraar.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Bij de start van de Zorgverzekeringswet moesten zorgverzekeraars 8% tot 9% aan solvabiliteit achterhouden. Per 1 januari 2016 schommelt dat tussen de 17% en de 19%. De Minister is bezig om de risicoverevening steeds verder te verfijnen, zodat de voorspelbaarheid vergroot wordt en er nog meer te vertrouwen is. Als de risicoverevening weer een stap vooruitgaat, wordt dan over een tijdje ook de solvabiliteit lager vastgesteld? Of is dit een gegeven en kunnen we ervan uitgaan dat dit zo blijft?

Minister Schippers:

Solvency II maakt juist een afweging van het risico per verzekeraar. Hoe gedetailleerder je de risicoverevening maakt, hoe meer je ziet waar de zware risico's zitten. Een verzekeraar met meer zware risico's zal hoger aangeslagen worden dan een verzekeraar met lage risico's. Je ziet dat het percentage inderdaad fors is toegenomen door Solvency II, maar dat heeft alles te maken met de bankencrisis en het feit dat banken door hun hoeven zakten omdat zij onvoldoende reserves hadden aangehouden. De Kamercommissie voor Financiën heeft daar veel debatten aan gewijd. Dat ligt er dus aan ten grondslag. Ik verwacht dus differentiatie tussen verzekeraars op basis van de risico's die zij in hun portefeuille hebben.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De Minister verwoordt heel treffend dat er met de risicoverevening en Solvency II een afweging per zorgverzekeraar wordt gemaakt. Als het risico van een verzekerde groter is, bijvoorbeeld bij iemand die chronisch ziek of gehandicapt is en daardoor meer zorg gebruikt, moet de zorgverzekeraar meer geld op de plank houden. Hoe voorkom je dat daar weer een vorm van indirecte risicoselectie uit voortvloeit? Zorgverzekeraars zullen

wellicht een poging doen om dat soort verzekerden niet in hun bestand te hebben.

Minister Schippers:

Begin juli heb ik daarover een brief aan de Kamer gestuurd. Ik heb dit gesignaleerd en in die brief schets ik hoe we dit proberen tegen te gaan. We zien natuurlijk wel degelijk dat dit aan de orde is. Daar hebben we de NZa dan ook op gezet. Er zijn allerlei maatregelen genomen. Je mag bijvoorbeeld geen zwart scherm krijgen en alleen nog maar per post verder kunnen als je je leeftijd invult. We blijven op die weg doorgaan. Dit systeem vergt altijd precies onderhoud. Dat ben ik met mevrouw Bruins Slot eens. Je kunt nooit zeggen dat het af is en dat we er niets meer aan hoeven te doen. Dat zullen we dus ook nooit zeggen. Er lopen voortdurend onderzoeken naar de vraag of het systeem nog voldoet aan de backbone die we hebben vastgesteld.

De heer Van Gerven (SP):

De hoeveelheid reserves is de samenleving een doorn in het oog. Overal hoor je dat men graag iets wil doen met de miljardenreserves. De Minister zegt dat dit komt door Solvency II. Ook de verzekeraars zelf stellen voor om de reserves te halveren met als toetssteen de opbrengsten uit de vaste premie, in plaats van uit de inkomensafhankelijke premie. Zou dat een begaanbaar pad zijn? Kan de Minister Solvency II langs die meetlat leggen?

Minister Schippers:

Die discussie is gevoerd. Solvency II is vastgesteld en afgerond in Europa. Het zal wel weer enige jaren duren voordat er weer een nieuwe discussie komt. In die discussie hebben allerlei elementen een rol gespeeld. Ik heb niet op alle fronten gewonnen. Ik had namelijk ook op bepaalde terreinen ingezet waardoor je een lagere reservepositie had kunnen hebben. Dat is niet geaccepteerd. Dat kan gebeuren. Nu staat het vast en daar hebben we het mee te doen. We werken met het vastgestelde systeem.

De heer Van Gerven (SP):

Wat vaststaat kan worden veranderd. Mijn vraag was eigenlijk principieel. De vaste inkomsten staan vast, want die zijn inkomensafhankelijk en landelijk bepaald. Daarnaast heb je het gedeelte dat de verzekeraar zelf vaststelt. Het zou toch redelijk zijn om daar de risicobuffer op af te stemmen? Je weet immers dat je de andere helft sowieso in de pocket hebt. Ik kom daar niet zelf op, de verzekeraars hebben het ook gezegd. Zij stellen voor om het langs die weg te doen, omdat het zonedgeld is als er miljarden liggen te roesten en allerlei instellingen omvallen en mensen niet de benodigde zorg krijgen.

Minister Schippers:

Ik vind het belangrijk om aan te geven dat deze buffers ook staan voor de zorg. Je ziet dat ze ieder jaar voor een groter deel worden teruggegeven dan wij ramen. Dat is het eerste. Het tweede is dat ik weet dat de heer Van Gerven heel erg dol was op het ziekenfondssysteem. De solvabiliteitsratio was ultimo 2005 echter hoger dan nu, dus het ligt er maar aan op welke wijze je naar systemen kijkt. Het derde is dat wij nu natuurlijk allerlei voorstellen kunnen doen, maar dat de inkt van Solvency II nog nat is. De richtlijn is net vastgesteld. Nederland is slechts een land van de grote hoeveelheid landen in Europa die hierover onderhandelen. Als er dan een richtlijn wordt vastgelegd, staat die gewoon even vast. Wij kunnen natuurlijk een achterhoedegevecht aangaan door steeds opnieuw die discussie te voeren, maar die is afgelopen jaar al gevoerd en de richtlijn is vastgesteld. Daar is op dit moment weinig aan te doen.

Het CDA vroeg om een fusietoets voor zorgverzekeraars. Wat wij hebben voorgesteld in Kwaliteit loont in de zorg is om zaken over mededinging in de zorg aan te scherpen bij grote instellingen. Het gaat niet om kleine beroepsbeoefenaars, maar om grote instellingen, dus om grote ziekenhuizen, grote ggz-instellingen en ook grote zorgverzekeraars. De ACM wordt momenteel behoorlijk versterkt. Zij heeft meer capaciteit gekregen en doet op dit moment heeft veel onderzoek. Met die nieuwe capaciteit heeft de ACM nieuwe mensen gekregen en daardoor ontstaat er echt een nieuw elan. Wij zullen een beleidskader opstellen waarmee ik het komende halfjaar aan de slag ga. Ik zal daar zeker bij de Kamer op terugkomen. Het is van groot belang dat wij ervoor zorgen dat er wel wat te kiezen blijft. Daar ben ik het helemaal mee eens.

Gevraagd werd of wij de marketingkosten kunnen halveren. De marketingkosten liggen nu op ongeveer € 3 per verzekerde per jaar. Alle zorgverzekeringsconcerns samen hebben in 2014 nog geen 40 miljoen uitgegeven aan reclame. Zij hebben in het actieplan Kern-gezond gesteld, terughoudend te zijn met reclamekosten. Ik moet eerlijk zeggen dat ik momenteel meer spotjes zie van vergelijkingssites dan van verzekeraars. Daar word je momenteel mee doodgegooid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De Minister doet hiermee volgens mij een interessante observatie. Zij zegt: ik zie meer spotjes voor vergelijkingssites dan voor zorgverzekeraars. Welke conclusie verbindt de Minister daaraan?

Minister **Schippers**:

Ik zal heel eerlijk zijn. Stel dat je 60 polissen van verzekeraars hebt en stel dat je dat aantal nog verder kunt terugbrengen, dan nog houd je, als je maatwerk wilt behouden, altijd een hoop op maat gesneden aanvullende polissen. Je houdt dus altijd een systeem waarbij een vergelijkingssite enorm helpt om te kunnen kiezen. Op die site kun je namelijk invoeren wat je belangrijk vindt en via die site kun je dan op de beste combinatie komen. Je ziet nu dat die vergelijkingssites echt hun positie bevechten. Inmiddels zijn er een paar grote sites die bijna allemaal aan de slag geweest zijn met een gedragscode. Ik trek de conclusie dat de concurrentie tussen die vergelijkingssites nogal groot is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Wat vindt de Minister ervan dat er een commercieel product ontstaat door de commerciële markt van de veelheid van zorgpolissen? Daar wordt nu weer heel veel reclame voor gemaakt. Is het in plaats van kwalitatief goed informeren, niet een beetje een commercieel feestje aan het worden rond de overstapperiode?

Minister **Schippers**:

Wij hebben meer aanbod, want wij hebben 24 verzekeraars. Die zetten allemaal hun polissen in de markt en hebben daar allerlei varianten van aanvullingen bij. Daar zitten ook nog allerlei collectieve polissen bij. Als je uitgaat van een systeem van kiezen, is het toch erg handig als je iemand hebt die alles op een rijtje wil zetten. Wij hebben vorig jaar gediscussieerd over de vraag of de overheid dat zou moeten doen. Dat is een tamelijk lastig klusje om te doen en we hebben al vergelijkingssites die het eigenlijk heel behoorlijk doen. Ik vind het van belang dat wij de ACM daarop goed toezicht laten houden en daar vinden wij elkaar in. Als wij op zo'n site kijken, moeten wij er immers op kunnen vertrouwen dat wij goede informatie krijgen. Dat vind ik ongelooflijk belangrijk. Daar wil ik samen met Financiën en de ACM voornamelijk op inzetten. De rol van de patiënt in het kwaliteitsinstituut is met ingang van 1 april 2014 ongelooflijk anders geworden. Een indicator wordt alleen ingeschreven als die tripartiet tot stand is gekomen. Voorheen had de patiënt daar geen vooraf

vastgestelde rol in. Het is een enorme verbetering dat het kwaliteitsinstituut pas richtlijnen vaststelt als ook patiënten daarmee instemmen. Dat is naar mijn mening de grootste verandering van de positie van de patiënt in het kwaliteitsinstituut.

Hiermee heb ik geantwoord op de vragen die aan mij zijn gesteld.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De Minister en ik zijn nog lang niet uitgesproken over het onderwerp van de positie van verzekerden en patiënten in relatie tot zorgverzekeraars. GroenLinks heeft een interessant voorstel gedaan. Het beslaat maar één zinnetje in de nota, maar het is naar mijn mening een interessant voorstel, namelijk dat de patiëntenorganisaties worden versterkt door de zorgverzekeraars. Ik verwijs naar de kritiek in de samenleving op de reserves van de zorgverzekeraars en naar het feit dat de patiëntenorganisaties worstelen met het invullen van hun formele rol omdat zij gebrek aan geld hebben. Kunnen wij die twee niet aan elkaar koppelen? Ik heb dit eerder voorgesteld; GroenLinks doet dit nu ook in de nota. Vindt de Minister dit ook een goed idee?

Minister **Schippers**:

Ik heb een aantal jaren geleden een heel nieuw subsidieraamwerk opgericht. Dat functioneert, het wordt nu doorgelicht en in januari komt het naar de Kamer. Naar aanleiding van die doorlichting zal ik bekijken welke conclusies ik daaruit kan trekken en of er veranderingen nodig zijn.

De **voorzitter**:

Ik stel vast dat er behoefte is aan een tweede termijn. Ik stel voor om daarmee direct verder te gaan in plaats van een schorsing voor de lunchpauze. Wij kunnen dan na de tweede termijn van de Kamer schorsen, ook om mevrouw Voortman in de gelegenheid te stellen haar antwoord voor te bereiden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Allereerst maak ik mevrouw Voortman mijn complimenten voor haar antwoord. Mevrouw Voortman en mevrouw Ellemeet hebben twee grondige nota's geschreven en diezelfde grondigheid komt terug in het antwoord. Natuurlijk ook complimenten voor de ondersteuning, want mevrouw Voortman doet dit niet in haar eentje.

Mevrouw Dik heeft mij uitgedaagd om met een motie te komen over het provisieverbod. Het CDA heeft eerder een motie ingediend voor een provisieverbod. Afgelopen donderdag hebben wij een algemeen overleg gevoerd over Kwaliteit loont. De heer Van Gerven heeft toen aangegeven dat hij met een motie komt. Ik laat het initiatief dit jaar aan hem; hij komt als het goed is binnenkort in een VAO met een motie over het provisieverbod. Overigens denkt het CDA natuurlijk graag mee op dit punt.

Mevrouw Voortman heeft uitgebreid besproken dat ook zij van mening is dat kwetsbare groepen goed moeten meekunnen in het zorgverzekeringsstelsel en dat zij goede keuzes moeten kunnen maken voor de zorg die zij ontvangen en de zorgverzekeringen die zij afsluiten. Zij sloot haar antwoord af met de opmerking dat de positie van kwetsbare groepen moet worden vergroot. Ik vraag mevrouw Voortman om dit nog meer te concretiseren. Hoe zou je de positie van de kwetsbare groepen verder kunnen vergroten?

Wij hebben een uitgebreid debat gevoerd over de vermindering van het aantal zorgpolissen. Volgens mij hebben wij een eerste stap gezet, maar het CDA vindt het belangrijk om het nog overzichtelijker te maken. Ik dien daar nu een motie over in. Doordat wij nu in een klap doorgaan, heb ik dit niet kunnen afstemmen met de andere woordvoerders. Misschien hebben zij een vergelijkbare motie; ik zal dan in de schorsing met hen bespreken hoe wij dit oppakken.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er ongeveer 1.400 poliscombinaties voor 2016 worden aangeboden;

overwegende dat het voor verzekerden lastig is om een goede vergelijking te maken tussen de verschillende polissen en een overzicht te krijgen waarvoor zij kiezen;

overwegende dat die inzichtelijkheid wel van belang is voor een goede werking van het zorgverzekeringsstelsel;

verzoekt de regering, in overleg met de zorgverzekeraars te bezien of voor 2017 tot een vermindering van het aantal zorgpolissen en poliscombinaties van ten minste 25% kan worden gekomen, en de Kamer hier voor de zomer van 2016 over te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 6 (33 895).

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik wil de Minister ook bedanken voor haar heldere antwoorden. GroenLinks heeft in de nota een voorstel gedaan voor een fusietoets bij zorgverzekeraars. De Minister zegt dat zij bezig is met het opstellen van een goed beleidskader voor de Autoriteit Consument en Markt, waardoor een grote keuzevrijheid tussen zorgverzekeraars wordt behouden. Zij ziet het ook niet zitten dat deze minder wordt. Uit haar antwoord werd mij niet duidelijk of zij wel of niet voor zo'n fusietoets is. Zou zij op die vraag nog concreet antwoord kunnen geven?

De voorzitter:

Dan geef ik het woord aan de heer Rutte, voor zijn resterende vier minuten.

De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Er zijn al complimenten gemaakt aan mevrouw Voortman voor het indienen van de nota's, samen met mevrouw Ellemeet, en ook voor de beantwoording. Het is geen sinecure want zij heeft geen ambtenaren van een ministerie tot haar beschikking die van de hoed en de rand weten, tot in alle details. Veel complimenten daarvoor. Ik ben ook heel blij met een groot deel van de antwoorden. Het is ook goed om nogmaals te bevestigen dat we het eens zijn over veel dingen, zoals het grote belang van transparantie, zodat mensen inzicht hebben en goed kunnen kiezen. Ik denk dat wij elkaar daarin vinden. Op een ander punt vinden wij elkaar alleen in woord, maar niet in daad. Dat is wel jammer, maar je kunt niet alles hebben. Het glas is in dit geval halfvol.

Ook GroenLinks zegt op zoek te willen naar een eerlijke balans in de zorg. Daar ben ik het enorm mee eens. Tegelijkertijd blijkt uit vele antwoorden dat GroenLinks een eerlijke balans in de zorg vooral zoekt in versterking van de positie van de zorgaanbieder, dus van de artsen. Men wil geen

gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument, want dat zou niet goed zijn voor de zorgaanbieder bij de onderhandelingen met de verzekeraar. Er moet standaard 80% vergoeding komen, want anders heeft de zorgaanbieder wellicht geen goede positie ten opzichte van de verzekeraar. Ik voel me meer thuis bij het antwoord van de Minister, ook op feiten gestoeld, dat we echt verschil moeten maken in de balans tussen de verzekeraar en de beroepsbeoefenaar en de verzekeraar en de ziekenhuizen. Dat vind ik niet alleen en dat komt niet alleen voort uit het onderzoek van KPMG, maar de afscheidsrede van prof. dr. Wynand van de Ven is daarmee ook doorspekt. Hij heeft heel indringend aangegeven dat de balans in de zorg niet altijd goed is en dat zorginkoop een ondankbare taak is, omdat patiënten en zorgaanbieders van nature een coalitie vormen. Als je een zorgstelsel wilt hebben dat in balans is, dan zul je tegenkracht moeten organiseren tegen die natuurlijke alliantie. Ik weet dat ik mij daarmee niet populair maak, maar in het algemeen belang, dus niet voor een eenzijdig belang, is het essentieel dat de positie van de verzekeraar, de aanbieder en de patiënt zo veel mogelijk in balans is. Dat betekent dat het altijd schuurt, want er is geen optimum. Als we te veel naar één kant van de belangen gaan hangen, dan verdwijnt de balans in ons zorgstelsel en dat is niet in het algemeen belang. Ik roep alle partijen en dus ook GroenLinks op om te blijven zoeken naar een genuanceerde koers, waarbij wij de echte balans vinden, en om op te passen met te grote algemeenheden, bijvoorbeeld over de macht van de zorgverzekeraars. Uiteindelijk is dat slecht voor het blijven vinden van die balans.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik beperk mij tot de balans tussen de hulpverlener en de zorgverzekeraar. Er wordt terecht geconstateerd dat de hulpverleners in de eerste lijn moeite hebben met fatsoenlijk onderhandelen. Dat zijn allemaal individuen en dat is wat anders dan een grote zorginstelling. Onderschrijft de heer Rutte die analyse? Hoe zouden we dat kunnen oplossen, zodat hulpverleners in de eerste lijn, dus niet in instellingsverband, toch op een fatsoenlijke manier kunnen onderhandelen met de zorgverzekeraars?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik deel het eerste deel van de analyse van de heer Van Gerven, dat beroepsbeoefenaren een moeizame positie hebben bij die onderhandelingen met verzekeraars. Het is technisch heel ingewikkeld voor de verzekeraars om iedereen individueel te spreken. In de praktijk leidde dat te vaak tot het bekende tekenen bij het kruisje. Dat is onwenselijk. De VVD is een groot voorstander van het voeren van gesprekken over kwaliteit en prijs. Dan denk ik aan het voorbeeld van Het roer moet om!. Het roer moet om! ging heel erg over het stelsel, maar het gaat mij om wat eruit is voortgekomen, namelijk goede gesprekken tussen alle betrokkenen en nieuwe werkwijzen voor samenwerking tussen zorgaanbieders, zonder dat daarbij de markt wordt verdeeld. Het gaat hierbij dus om samenwerken op zorginhoud. De Autoriteit Consument & Markt heeft gezegd dat dit mag en dat dit vooraf door haar getoetst kan worden. De verzekeraars zijn het daar ook mee eens. Dat is een goede weg. Het zou goed zijn om die te verkennen voor andere zorgaanbieders in de eerste lijn.

De heer **Van Gerven** (SP):

De huisartsen hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging. De fysiotherapeuten hebben het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Zou het dan puur pragmatisch gezien niet verstandig zijn om het mogelijk te maken dat de vertegenwoordigende organen van die twee beroepsgroepen met de verzekeraars om de tafel gaan zitten om tot afspraken te komen over kwaliteit, contracten en dat soort zaken? Dat zou

een enorme vereenvoudiging zijn. Het maakt de posities van de beroepsgroepen en de zorgverzekeraars ook veel gelijkwaardiger.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat dit ongetwijfeld veel makkelijker zou zijn voor de onderhandelingen, maar ik ben er toch niet voor. Deze koepels kunnen heel goed contractvoorbeelden en inhoudelijke voorbeelden geven aan hun individuele leden om hen goed voorbereid op pad te sturen. Ik vind het echter van belang dat de individuele leden, al dan niet samenwerkend in een zorggerelateerd verband, onderhandelen. Het hoeft geen «one size fits all» te zijn. Het is juist van belang dat regionale of zelfs individuele verschillen, omdat mensen willen excelleren en dingen anders of beter willen doen, worden beloond. Dat verliezen we als we koepels laten onderhandelen in plaats van de al dan niet samenwerkende beroepsbeoefenaren. Die weg gaat mij dus net wat te ver.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de heer Van Gerven voor zijn resterende drie minuten.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Ik dank mevrouw Voortman voor de antwoorden. Het valt me op dat dit redelijk bondig kan in zo'n notaoverleg. Dat is in sommige debatten weleens anders. Dat is dus heel mooi. Ik dien een aantal moties in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de budgetpolis leidt tot een ongewenste beperking van de keuzevrijheid van verzekerden omdat bij niet-gecontracteerde zorg mensen hoge eigen bijdragen moeten betalen, hetgeen voor de lagere inkomensgroepen ongewenste drempels opwerpt;

spreekt uit dat de budgetpolis dient te worden afgeschaft,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 7 (33 895).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat private zorgverzekeraars op basis van publiek opgebrachte belasting- en premiegelden ieder jaar tientallen miljarden uitgeven voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, waarbij de

laatste jaren ieder jaar meer dan 1 miljard winst is gerealiseerd en de reserves navenant toenemen;

constaterende dat er slechts beperkt publiek inzicht bestaat of de middelen doelmatig worden aangewend conform de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet;

overwegende dat de markt van zorgverzekeraars een oligopolide structuur kent, daar vier verzekeraars circa 90% van de markt beheersen;

overwegende dat het wenselijk is dat de financiële uitgaven van de zorgverzekeraars op publieke wijze worden getoetst en gecontroleerd;

spreekt uit dat deze publieke controle van de uitgaven van de zorgverzekeraars door de Algemene Rekenkamer uit hoofde van zijn functie dient te worden uitgevoerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 8 (33 895).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat vergelijkingssites van zorgverzekeringen provisie ontvangen wanneer verzekerden zich bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekeren;

overwegende dat hierdoor de onafhankelijkheid van een vergelijkingssite in het geding is en discussie ontstaat over de betrouwbaarheid van dergelijke vergelijkingssites;

spreekt zich uit voor een provisieverbod voor vergelijkingssites van zorgverzekeringen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 9 (33 895).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat verzekerden thans slechts eenmaal per jaar van verzekeraar mogen veranderen;

overwegende dat de macht van verzekerden ten opzichte van zorgverzekeraars wordt vergroot als zij gedurende het hele jaar van verzekeraar zouden kunnen wisselen;

spreekt uit dat verzekerden gedurende het hele jaar de mogelijkheid moeten krijgen om van verzekeraar te wisselen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 10 (33 895).

De heer Rutte (VVD):

In zijn algemeenheid denk ik als liberaal dat het alle partijen scherp houdt als mensen heel vaak kunnen overstappen. Daar zou ik dus niet heel erg op tegen zijn. In het verleden hebben we het voorbeeld gezien van de polis van ZEKUR. Deze verzekeraar contracteerde heel beperkt en bood verzekerden de kans om ieder moment van het jaar over te stappen. Dat leidde tot enorm calculerend gedrag. Een verzekerde sloot een heel goedkope polis af en op het moment dat hij echt wat kreeg, trok hij aan de bel bij een andere verzekeraar die vervolgens verplicht was om die persoon te accepteren. Dat is toch volstrekt ongewenst gedrag? Of is de SP daar een voorstander van?

De heer Van Gerven (SP):

Ik denk mee over het stelsel dat de VVD wil. Die wil juist dat er keuzevrijheid is en dat er concurrentie is. De SP wil dat er één systeem komt met één polis waarbij sprake is van maximale dekking, zodat mensen niet hoeven te shoppen van de ene naar de andere verzekeraar en er volledige solidariteit is. Daar is de VVD echter niet voor. Dan denk ik mee over het door haar gewenste stelsel en constateer dat verzekerden geen keuzevrijheid hebben. Die wil ik vergroten. Vandaar ook mijn voorstel om ze van verzekeraar te laten wisselen. Daarmee vergroot je de macht van de verzekerde en dwing je de verzekeraars om heel scherp op te letten.

De heer Rutte (VVD):

Ik kan niet anders dan concluderen dat de heer Van Gerven graag het allerslechtste gedrag van de verzekerden wil belonen. Ik kan daar helemaal niets van begrijpen. Daarnaast is het onbegrijpelijk dat de SP iets vindt van concurrentie op het moment dat zij zelf een stelsel voorstaat waarin geen enkele concurrentie meer mogelijk is.

De heer Van Gerven (SP):

Wij zijn voor keuzevrijheid. Ik constateer dat de VVD dat wel met de mond belijdt, maar dat zij dat in de praktijk gewoon belemmert. Vandaar ook deze motie. De heer Rutte kan daar natuurlijk voorstemmen als hij dat zou willen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het wordt wel een beetje ingewikkeld. Er is een nota van de SP waarin staat: één stelsel, één zorgverzekeraar, niet kiezen. Nu zegt de heer Van Gerven: er moet juist wel heel veel te kiezen zijn, mensen moeten gedurende het jaar kunnen kiezen, maar we willen toch toe naar één zorgverzekeraar. Maar als je dat hebt, conform het plan van mevrouw Leijten, dan valt er niets meer te kiezen.

Ik heb nog een andere vraag. Is het wenselijk dat mensen achteraf ontevreden over kunnen stappen? Als de polisvoorwaarden eenzijdig worden gewijzigd, dan moet dat zeker mogelijk zijn. Daar zijn wij het zeer

mee eens. Maar is het niet belangrijker dat we er met elkaar voor zorgen dat het aan de voorkant netjes is geregeld, zodat mensen niet ontevreden over hoeven te stappen?

De heer **Van Gerven** (SP):

Zeker. Daarom willen wij ook één verzekering waarmee alles gedekt wordt wat medisch noodzakelijk is. Dat stelt de SP voor. Dan hoeft er niet geshopt te worden. De meesten worden hartstikke gek van het vanwege een bepaalde aandoening moeten kiezen van een bepaalde verzekeraar. Zij moeten goed bekijken bij welke verzekeraar ze moeten zijn en hoe het dan zit met de aanvullende polis. Daar moeten we vanaf. Ik constateer dat er nu nog geen meerderheid voor ons voorstel is en dat men dus het huidige stelsel wil. Ik zou dan zeggen dat de verzekerde in dit stelsel moet kunnen stemmen met de voeten. Dat zal de verzekeraars dwingen om heel goed na te denken wanneer zij een bepaalde verslechtering of wat dan ook willen doorvoeren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Als de contractvoorwaarden eenzijdig worden gewijzigd door een zorgverzekeraar, heb je al het recht om over te stappen. Dat geldt overigens gelukkig voor alle verzekeraars die wij hier hebben. Als de heer Van Gerven zegt dat hij het anders wil regelen en dat hij het met de PvdA eens is dat we ervoor moeten zorgen dat het aan de voorkant goed geregeld is en niet mensen aan de achterkant moeten belasten met een beslissing om weg te gaan als zij ontevreden zijn, waarom dient hij daar dan geen voorstel voor in? Hij dient nu een voorstel in dat eigenlijk niet aansluit bij zijn eigen wens.

De heer **Van Gerven** (SP):

Wij bekijken de situatie zoals die nu is. Wij hebben nu dit stelsel. Dan zou het een stap voorwaarts zijn als verzekerden zelf die overstap kunnen maken als ze dat willen. Het komt vaak voor dat er een discussie is met een verzekeraar over het vergoeden van een bepaalde behandeling of een bepaald medicijn. Dan zie je dat de ene verzekeraar anders optreedt dan de andere, ook al betreft het het basispakket. Dan zou het goed zijn als verzekerden gewoon het recht hebben om over te stappen, omdat zij ontevreden zijn over hun verzekeraar.

Ik rond af met het volgende punt. Kan de Minister nog even ingaan op het contracteren in de eerste lijn? Dat betreft de relatie tussen de zorgverzekeraar en de hulpverleners. De Minister heeft gesproken met de huisartsen. Hoe zit het eigenlijk met de andere eerstelijnsberoepsgroepen in die onderhandelingen tussen verzekeraars en hulpverleners?

De **voorzitter**:

Mevrouw Bouwmeester heeft nog anderhalve minuut voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Veel dank voor de professionele beantwoording door mevrouw Voortman. De nota's gaan over de onbalans in het stelsel. Als je de balans in het stelsel wilt terugbrengen, zodat het werkt zoals het zou moeten, moet je kwaliteit centraal stellen, samenwerking bevorderen en de positie van de patiënt verbeteren. Dat laat onverlet dat de Partij van de Arbeid liever een ander stelsel ziet. GroenLinks heeft heel terecht gewezen op het belang van open informatie. Als je geen informatie hebt, valt er niks te kiezen. Wat ons opvalt, is dat de voorstellen heel erg lijken te richten op technische uitkomstindicatoren en allerlei meetbare instrumenten, terwijl het in de zorg ook gaat om waarden. Het is een relatie, het is een samenwerking. Wij vragen ons af hoe de indiener dit ziet. Wij hebben een kort interruptiedebatje gehad over de openbaarheid van prijzen, die er

helaas nog niet is. Wat zou de Minister daar volgens de indiener aan moeten doen? Hoe zorg je ervoor dat een patiënt, een verzekerde, hier echt iets mee kan doen? Wij zijn zeer voor openheid, maar het helpt niet om een bak aan informatie de samenleving in te gooien.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber heeft nog twee minuten spreektijd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik begin gelijk met mijn eerste motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er volgens de Consumentenbond 3.500 zorgpolisvarianten zijn en verzekerden door de veelheid het overzicht kwijtraken;

overwegende dat er inmiddels commerciële zorgvergelijksites zijn ontstaan die mensen adviseren, maar niet allemaal geheel transparant zijn;

overwegende dat de NZa een onderzoek doet naar de begrijpelijkheid van het aantal polissen;

overwegende dat de Minister aangeeft dat te veel verschillende zorgpolissen verlamdend werkt;

van mening dat verzekerden goed geïnformeerd dienen te zijn, voordat ze een weloverwogen keuze kunnen maken voor een polis;

verzoekt de regering, de NZa in haar onderzoek mee te laten nemen wat het omslagpunt is qua aantal polissen wil het nog begrijpelijk zijn en op welke manier informatie aan verzekerden ontsloten moet worden om begrijpelijk te zijn;

verzoekt de regering tevens, met zorgverzekeraars in overleg te gaan over vermindering van polissen per 2017,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Dik-Faber en Voortman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 11 (33 895).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de formele rol bij patiënten- en cliëntenorganisaties kan worden versterkt;

verzoekt de regering, met zorgverzekeraars in kaart te brengen welke mogelijkheden zorgverzekeraars hebben om patiënten- en cliëntenorganisaties structureel financieel te ondersteunen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Dik-Faber. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 12 (33 895).

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Excuses, voorzitter. Ik werd daarnet tijdens het antwoord van de Minister afgeleid. Mocht deze motie overbodig blijken te zijn, dan zal ik haar uiteraard intrekken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Mijn collega Dik-Faber heeft een heel sympathieke motie ingediend over het lopende onderzoek van de NZa naar het aantal zorgpolissen. Met de motie voegt zij een aantal vragen aan het onderzoek toe. Dat lijkt ons heel goed. Daarbij vraagt mevrouw Dik-Faber de regering om in de tussentijd met zorgverzekeraars te bekijken of niet al per 2017 tot minder polissen kan worden gekomen. Welke uitkomst van het onderzoek verwacht mevrouw Dik-Faber?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De NZa doet onderzoek dat voor de zomer van volgend jaar gereed moet zijn. Ik hoop dat uit het onderzoek blijkt dat consumenten door de bomen het bos niet meer zien, hetgeen ons door patiëntenorganisaties en de Consumentenbond al is aangereikt. De Minister heeft bevestigd dat de veelheid aan zorgpolissen en vooral de combinaties ervan verlamvend werken. Ik verwacht dat dat een van de uitkomsten zal zijn. Ik weet dat zorgverzekeraars er ook zelf naar kijken. In het manifest met verbetervoorstellen hameren zij echter vooral op transparantie en minder op het verminderen van het aantal zorgpolissen. Volgens mij moeten die twee hand in hand gaan. Ik verwacht eigenlijk niet anders dan dat de uitkomst zo zal zijn en dat zorgverzekeraars hier welwillend aan zullen meedoen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik vind het een sympathieke motie. Ik begrijp dat het eerst aardig aan de zorgverzekeraars wordt gevraagd. De NZa kan indien nodig op basis van haar onderzoek verdere stappen ondernemen. Dank voor deze toelichting.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter, een kleine procedurele opmerking. Ik hoor dat mevrouw Voortman zelf een motie heeft ondertekend. Ik vind dat geen enkel probleem, ware het niet dat zij volgens mij als initiatiefnemer voor dit overleg geen moties zou mogen ondertekenen. Ik weet niet precies hoe het zit, maar tegelijkertijd gun ik het haar dat er ook moties op haar naam staan. Dat klinkt flauw, maar volgens mij kan het niet.

De voorzitter:

Ik heb het gecheckt bij de griffier en hij heeft aangegeven dat het tot de mogelijkheden behoort.

De heer **Rutte** (VVD):

Dan is het helemaal prima.

De voorzitter:

Ik ga er dus van uit dat het conform de regels is gegaan. Het gebeurt overigens ook wel dat de naam van mensen onder een motie staat, die niet bij het debat aanwezig zijn.

Ik schors de vergadering voor vijf minuten.

De vergadering wordt van 12.43 uur tot 12.53 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Als ik de aandacht van de Kamerleden heb, geef ik mevrouw Voortman de gelegenheid om te antwoorden in tweede termijn. Zij mag uiteraard iets over de moties zeggen, maar het oordeel over de moties wordt gegeven door de Minister.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Het is toch wel apart om op deze plek te zitten, want dan kun je niet zelf in debat gaan met de Minister. Gelukkig zitten er tegenover mij vijf collega's die dat op heel interessante wijze hebben gedaan. Ze hebben ook punten naar voren gebracht die ik herken uit de nota's die ik vandaag heb verdedigd.

De Minister gaf aan dat de NZa onderzoek heeft gedaan naar de budgetpolis en dat daaruit blijkt dat er geen sprake is van een kwaliteitsverschil. Maar daarin is het aspect «keuze» volgens mij niet meegenomen en wij vinden dat de keuze tussen één goed ziekenhuis en meerdere ziekenhuizen wel degelijk een belangrijk verschil is. Vandaar ook dat wij heel kritisch zijn op de budgetpolissen.

Het CDA vroeg mij om nog eens in te gaan op de vraag hoe wij de positie van kwetsbare groepen willen versterken. Wij hebben daar een aantal voorstellen voor gedaan. Onder andere vinden wij het belangrijk dat patiëntenorganisaties onafhankelijk worden gefinancierd. Wij denken dat zij op die manier hun expertise het beste kunnen ontwikkelen en hun expertise het beste kunnen inzetten voor kwetsbare groepen. Daarnaast vinden wij het ook belangrijk dat de positie van verzekerden binnen de verzekeraar wordt versterkt.

De overheid dient zorg te dragen voor goede en vergelijkbare informatie, bijvoorbeeld door te regelen dat ziekenhuizen goede informatie verstrekken over de nota en de behandeling. Afgelopen weekend stond er volgens mij in de Volkskrant een artikel over het belang van een goed gesprek met de arts. Daarvoor moet inderdaad ook ruimte zijn. Ik denk dat dit soort zaken ertoe leidt dat mensen die wat minder goed zijn in het doorgronden van allerlei ingewikkelde informatie, beter dan vroeger weten waar ze aan toe zijn. Dat is volgens mij heel belangrijk om de positie van mensen die wat kwetsbaarder zijn, te versterken. De onafhankelijke vergelijking is overigens ook een van de voorstellen in onze nota waaraan kwetsbare mensen iets hebben.

Er moet meer duidelijkheid komen over de polissen. Er moet een einde komen aan dat woud aan polissen en dat betekent minder polissen per verzekeraar en minder labels. Verder moet er meer aandacht zijn voor organisaties die doen aan onafhankelijke cliëntenondersteuning. Ik bepleit dat bij bijna elke zorgwet, want het is belangrijk dat iemand die minder mondig is, iemand mee kan nemen als hij bijvoorbeeld een gesprek heeft met de verzekeraar, de zorgaanbieder of de gemeente.

Ik kom bij de vragen en opmerkingen van de VVD. Die gaf aan dat de zorg in evenwicht moet zijn. Volgens de VVD komt GroenLinks vooral op voor de positie van de zorgaanbieders. Onze nota heet echter niet voor niets Zorg in evenwicht. Het is dus niet waar dat wij alleen voor de positie van de zorgaanbieder opkomen, integendeel zelfs. Wij stellen bijvoorbeeld voor dat aanbieders ook kwaliteitsnormen opstellen. Dat doen ze nu niet allemaal. Wij zijn in onze nota ook kritisch op grote zorgaanbieders. Wel hebben wij oog voor kleine zorgaanbieders en zijn wij kritisch op het voornemen van het kabinet met betrekking tot het macrobeheersingsin-

strument. Vooral hebben wij oog voor de positie van de verzekerde, want die delft nu het onderspit in de fusiewedloop tussen aanbieders en verzekeraars, en die raakt verdwaald in het woud van polissen. Als de VVD echt die balans wil herstellen, zou ik willen zeggen: omarm dan onze voorstellen, want die zijn vooral gericht op het versterken van de positie van de verzekerde. Naar onze mening moet er iets gedaan worden aan zorgaanbieders die ervoor zorgen dat de patiënt minder te zeggen heeft of minder duidelijkheid heeft.

De VVD vroeg ook wat je nu opschiet met een contract als er geen onderscheid meer is. Wij zeggen: de basis moet goed zijn. Dat vinden wij vooral een taak van de IGZ. Met contractering kunnen zorgverzekeraars aanbieders nog meer belonen voor het leveren van betere zorgkwaliteit. Contractering moet dus een opwaartse beweging in de kwaliteit van zorg bieden. Wij denken dat het wel degelijk nog steeds in het belang van verzekeraars en zorgaanbieders is om dat contract af te sluiten.

De SP heeft een flink aantal moties ingediend. Daar zal de Minister op ingaan. Ik ben het vooral zeer eens met de moties over de budgetpolis en het provisieverbod. Wat het tussentijds overstappen betreft, was mijn eerste reactie op de heer Van Gerven in principe positief, maar ik ben ook wel gevoelig voor de argumenten van de Minister. Zij meende dat mensen dan toch calculerend gedrag gaan vertonen. Je kunt ook geen andere brandverzekering afsluiten als je huis in brand staat. Ik wil daar nog geen definitief oordeel over geven, maar ik vond dat de Minister argumenten noemde waarvan ik dacht: daar zit ook wat in.

Mevrouw Bouwmeester gaf namens de Partij van de Arbeid aan dat waarden zoals de transparantie heel erg belangrijk zijn. Dat vind ik ook. Waarom wil je transparantie? Om bijvoorbeeld mensen keuzevrijheid te kunnen bieden, om mensen duidelijk te maken waar ze nu echt voor kiezen. Die waarden delen GroenLinks en de Partij van de Arbeid volgens mij, en daar vloeien concrete voorstellen uit voort. In tegenstelling tot mevrouw Bouwmeester acht ik die allesbehalve technisch. Concreter dan de tarieven openbaar maken en de kosten die per zorgaanbieder gedeclareerd zijn, wordt het volgens mij niet. Het gaat om informatie die er al is en dus niet om informatie die extra moet worden aangepast. Die informatie moet mijns inziens openbaar worden. Ik zal daarover bij het VAO Kwaliteit loont een motie indienen en reken daarvoor op steun van de Partij van de Arbeid.

De ChristenUnie heeft twee moties ingediend over minder polissen, waar mijn handtekening ook onder staat, omdat het een van onze voorstellen uit onze nota is.

Voor patiëntenorganisaties is het belangrijk dat zij onafhankelijker kunnen opereren. Het voorstel uit onze nota is dat zij uit premies worden gefinancierd en dus niet direct door verzekeraar A of B. Ik vind het voorstel van de ChristenUnie beter dan hoe het nu is, maar wat mij betreft mogen we nog een stapje verder gaan.

Ik kan hiermee afronden. De discussie is na vandaag zeker niet voorbij, maar ik vind het waardevol dat wij hier even goed de diepte in hebben kunnen gaan. We zullen hier vast nog menig debat over voeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zag een tweetal vragen. Ik kon niet goed zien wie er als eerste het woord vroeg.

De heer Van Gerven (SP):

Ik wil nog even stilstaan bij dat wisselen. Er wordt een vergelijking gemaakt met een brandverzekering, maar dat is toch echt iets anders. Ik hoop niet dat je huis afbrandt, en al helemaal niet dat dit een paar keer per jaar gebeurt, anders heb je een groot probleem. Als je patiënt bent en een bepaalde aandoening hebt, weet je zeker dat je bijvoorbeeld een jaar lang zorg nodig hebt. Dat is echt wel iets anders. Bovendien gaat het om

je gezondheid, om de zorg voor je eigen lijf en leden. Dat is voor ons ook een reden om dit toch niet helemaal vergelijkbaar met een brandverzekering te vinden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Als je chronisch ziek bent geldt dat natuurlijk, maar je kunt ook in de loop van het jaar ziek worden. Het zou wel een beetje gek zijn als je besluit om een lekker goedkope verzekering te nemen, maar zodra je ziek wordt opeens een verzekering met een ruim aanvullend pakket te nemen. Dat was volgens mij wat de Minister inbracht en daar zat wel wat in. Ik ben gevoelig voor argumenten van beide zijden.

De heer **Van Gerven** (SP):

Je moet verschil maken tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering. Ik had het over de basisverzekering. Met de aanvullende verzekering doe je aan risicoselectie. Dat mag, maar de basisverzekering is in principe voor iedereen gelijk. Daarbij zou je van verzekeraar moeten kunnen veranderen op het moment dat dit je goeddunkt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat maakt de discussie wel weer wat anders. Ik zal goed naar de motie kijken en dit in mijn fractie bespreken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb een vraag over mijn eigen motie en de reactie van GroenLinks daarop. Het gaat om de motie op stuk nr. 12. Mevrouw Voortman zegt dat zij toch heel graag wil dat de patiëntenorganisaties onafhankelijk gefinancierd worden. Dat wil ik natuurlijk ook heel graag, maar is het onderscheid van financiering via de premies en financiering via de zorgverzekeraars niet heel cosmetisch? Uiteindelijk worden de premies toch beheerd door de zorgverzekeraars. Als alle zorgverzekeraars meedoen, is het wat mij betreft ook onafhankelijk. Graag krijg ik daar een reactie op.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het gaat mij erom dat het niet direct herleidbaar is, zodat je als patiëntenorganisatie niet bang bent om kritisch te zijn op een bepaalde verzekeraar omdat je door die verzekeraar gefinancierd wordt. Dat verschil lijkt technischer dan ik aanvankelijk uit de motie begrepen had.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. De motie op stuk nr. 6 constateert dat er 1.400 poliscombinaties voor 2016 worden aangeboden. Zij vraagt om voor 2017 tot 25% vermindering van het aantal polissen en poliscombinaties te komen. Ik heb de NZa in december 2014 gevraagd om eens naar de hoeveelheid polissen te kijken. Dat heeft zij gedaan. Zij heeft mij geadviseerd om er niet aan te beginnen, om het aantal niet terug te brengen. Stel dat iedere verzekeraar twee polissen zou aanbieden, dan komen wij op 48 polissen. Voor dit jaar zijn er ongeveer 60. Iedere zorgverzekeraar biedt nu dus tweeënhalve polis aan. Dat is voor een zorgverzekeraar niet heel erg veel. Dit is ook nog eens een reductie van 15%, dus de verzekeraars hebben het aantal polissen al gereduceerd. Hoe komt het dan dat je toch heel veel polissen hebt? Dat zit met name in collectiviteit en vooral ook de volmachten. Ik heb mevrouw Bouwmeester in het vorige AO over «Kwaliteit loont» toegezegd dat ik naar die volmachten ga kijken, want daar zitten die 1.400 combinaties. Daar worden ze verpakt en herpakt. Het zijn overigens geen 3.500 combinaties, zoals mevrouw Dik-Faber zegt, maar het getal van 1.400 uit de motie van mevrouw Bruins Slot klopt. Daar moeten wij dus naar kijken. Dat is veel belangrijker dan dat wij hier het aantal met 25% terugbrengen. Dan zou je nog geen twee polisaanbiedingen per verze-

keren hebben. Dan gaat het echt schuren bij de zorgverzekeraar en bij de keuzevrijheid die je mensen wilt bieden. Ik wil overigens wel aanmerken dat we ook meer polissen krijgen als er meer verzekeraars bij komen, wat ik best een goed idee vind. Als die verzekeraars er weer twee aanbieden, krijg je ook meer polissen. Ik wil deze motie dus echt ontraden.

De motie op stuk nr. 7 spreekt uit dat de budgetpolis dient te worden afgeschaft. Het is van groot belang dat degene die voor de budgetpolis kiest, beter geïnformeerd wordt. Met de bijsluiter, die er dit jaar voor het eerst bij zit, is een enorme stap gemaakt. De bijsluiter wijst heel nadrukkelijk op de risico's. De verzekeraar moet verzekerden die hiervoor kiezen, deze bijsluiter geven. Recent heeft de NZa op mijn verzoek een onderzoek afgerond. Zij stelt dat de budgetpolissen aan de zorgplicht voldoen. Sterker nog, er zijn veel budgetpolissen die heel breed controleren. Op de kwaliteit wordt toezicht gehouden door de inspectie. Ik zou deze motie dus echt willen ontraden.

De voorzitter:

De heer Van Gerven heeft hierover een vraag.

De heer Van Gerven (SP):

Het standpunt van de Minister is uiteraard bekend. Hoe denkt zij over het feit dat mensen vanwege de budgetpolis soms duizenden euro's moeten betalen omdat ze zorg hebben gekregen van een niet-gecontracteerde aanbieder?

Minister Schippers:

Voordat je naar een zorgaanbieder gaat, is het van belang dat je weet of die voor jouw polis is gecontracteerd. Daarvoor ontwikkelen ziekenhuizen en zorgverzekeraars momenteel een polischek. Die is van cruciaal belang, maar bestaat nog niet. Dat is echt een manco, maar een dergelijke check komt dus. Je krijgt een polischek zodra je zorg aan een zorgaanbieder vraagt. Dan weet je vooraf of die in je polis zit of niet. Bovendien kun je het in je polis lezen. Hoe dan ook, dit is een extra check. Ik vind het van belang dat mensen voor een budgetpolis kunnen kiezen als bijvoorbeeld het ziekenhuis dat zij willen, erin zit. Een dergelijke polis is kwalitatief niet minder dan een andere polis, dus als zij het verder prima vinden, vind ik dat belangrijk. Volgens de NZa ontlopen zij elkaar kwalitatief niet zo. Ik vind dus dat mensen prima kunnen kiezen voor dit alternatief.

De heer Van Gerven (SP):

Ik constateer dat een aantal mensen om financiële redenen voor een budgetpolis kiest, dus om een zo goedkoop mogelijke polis te hebben. Ik vind het een heel wrange conclusie dat de Minister bewust het risico neemt dat mensen met pech in de basisverzekering geconfronteerd worden met eigen bijdragen van soms wel duizenden euro's.

Minister Schippers:

Die conclusie laat ik graag voor de heer Van Gerven. We zien dat in de budgetpolis over het algemeen redelijk breed wordt gecontracteerd, dus daarin zit alle zorg. Er ontbreken geen onderdelen van zorg waardoor je, als je een bepaalde ziekte hebt of iets oploopt, duizenden euro's moet betalen. Nee, er is een selectief gecontracteerd zorgaanbod. Als je daarbinnen je keuzes maakt en dat prima vindt, ondervind je geen enkel financieel gevolg van die budgetpolis. En dankzij de volgend jaar te introduceren polischek, weet je bij het ziekenhuis of dat gecontracteerd is, als je dat niet zelf al in je polis bent nagegaan. Ik ontraad de motie dus. De motie op stuk nr. 8 gaat over publieke controle op de uitgaven van zorgverzekeraars. Ons systeem is anders opgezet. Dat wisten we toen we er in 2006 voor kozen. Ik ben voorstander van voortzetting van dit

systeem. De rechtmatigheid van de uitgaven wordt door de NZa gecontroleerd, de solvabiliteit door de Nederlandsche Bank en de doelmatigheid niet alleen door de accountant, maar ook door de concurrentie. Als je niet doelmatig genoeg bent, stijgt je premie en kiezen mensen voor een ander.

De voorzitter:

Er is een korte vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister zegt dat het niet binnen het stelsel past. Dat weet ik. Is het wel mogelijk dat de politiek daartoe beslist zonder het stelsel te wijzigen?

Minister Schippers:

Je kunt zelfs naar één zorgverzekeraar gaan. Alles heeft zijn prijs, zijn baten en zijn kosten. Ik hoor in ieder geval dat we nu verschillende toezichthouders op de zorgverzekeraars hebben gezet. Een nieuwe Algemene Rekenkamer voegt niets toe aan de prijsconcurrentie die er is. De heer Van Gerven heeft zelf aangegeven hoe gevoelig mensen voor prijs zijn. Aan de hand daarvan maken zij hun keuze. Dat moedigt zorgverzekeraars aan tot het zo laag mogelijk houden van hun overhead. We moeten ook constateren dat de beheerskosten als percentage van de zorgkosten lager zijn dan in 2004. Dat heeft alles te maken met de concurrentie.

De voorzitter:

Kort, afrondend.

De heer Van Gerven (SP):

Ten opzicht van 2005 is dat niet het geval, dus de Minister pakt er een mooi getal uit, dat van een jaar eerder. Het gaat mij erom dat de doelmatigheid niet gecontroleerd wordt door de Algemene Rekenkamer, terwijl er toch 45 miljard aan premiegelden en collectief opgebrachte middelen in omgaan. Bij de Wet langdurige zorg gebeurt dat wel. Waarom is het dan raar om het instituut dat we daarvoor hebben, de Algemene Rekenkamer, die taak te geven?

Minister Schippers:

We hebben hierover al vele malen van gedachten gewisseld. We hebben een systeem met private instellingen en zorgverzekeraars die met elkaar concurreren op kwaliteit en prijs binnen publieke randvoorwaarden. Binnen dat systeem past de rol van de Algemene Rekenkamer niet. Dat is de reden waarom die er nooit in is geschreven. Dat is namelijk een onlogische stap in het systeem dat we hebben gekozen. Dat betekent alleen maar nog meer lijstjes inleveren, nog meer formulieren invullen, nog meer controles, nog een toezichthouder erbij. Of het daar allemaal nou beter van wordt ... Ik heb weleens gezegd: negen keer controleren is niet beter dan één keer controleren. Ik ben daar dus helemaal geen voorstander van.

Dan kom ik bij de motie op stuk nr. 9 over het provisieverbod. Daar hebben we al meerdere malen over van gedachten gewisseld. Het is van belang dat wij ons richten op de uitkomsten; de toezichthouder heeft aangescherpte normen aangegeven. Ook heb ik voor de zomer aangegeven om bij de Tweede Kamer terug te komen op wat het gesprek en het overleg met ACM hebben opgeleverd. Ik ben dus niet voor een provisieverbod, omdat je daarvoor een ander verdienmodel moet hebben, waarbij je een prijs moet vragen aan de patiënt, de verzekerde, die op zo'n site kijkt. Dat lijkt mij geen systeem dat ik wil. Ik ontraad deze motie dus. Dan kom ik bij de motie op stuk nr. 10, waarin de heer Van Gerven de regering oproept om mensen de mogelijkheid te geven het hele jaar van verzekeraar te wisselen. Ik weet dat de SP geen voorstander is van dit

systeem, maar dit blaast het systeem op. Ik ben het ermee eens dat we dan sneller bij het systeem zijn dat de heer Van Gerven voorstaat. Niet vanuit het idee van de keuzevrijheid, maar vanuit het idee van de bescherming van mensen met hoge ziektekosten hebben wij een systeem van risicoverevening. Als je niet goed kunt uitrekenen wat de risicoverevening is – nu doen we dat op basis van jaren – omdat je het systeem dusdanig overhoop gaat gooien, krijgen we dus een heel ander systeem waarin je deze waarborgen niet kunt hebben. Ik zou dit dus ten stelligste willen ontraden. Het is overigens ook niet te vergelijken met een brandverzekering, want een brandverzekering kent geen risicoverevening tussen huis één en huis twee. Dan betaal je gewoon een hogere premie als je een object bezit dat een hoger brandgevaar heeft. Dat willen we bij zorgverzekeringen juist niet. We willen niet dat een chronisch zieke een hogere premie moet betalen. Ik zou dat dus echt willen ontraden.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik bestrijd dat dat het systeem zou opblazen. De SP is voor een ander systeem; dat is duidelijk. Het systeem wordt hiermee echter niet opgeblazen, alleen de keuzevrijheid van verzekerden wordt vergroot. Want waaraan ontleent de Minister de gedachte dat mensen dan massaal van de ene naar de andere verzekeraar zouden overstappen?

Minister **Schippers**:

Nu verzeker je je omdat je niet weet wat je het komende jaar zult hebben. Het is voor jezelf een risico-inschatting welke verzekering je wilt nemen, waar je waarde aan hecht. Als je zegt dat het je niet uitmaakt wat je het volgende jaar zou kunnen hebben, als je te allen tijde kunt overstappen naar de allerduurste verzekering, kun je nu met een gerust hart ieder risico uitsluiten en een goedkope verzekering nemen. Als je ieder moment van het jaar kunt overstappen, kies je nu voor een budgetpolis met een hoogste vrijwillig eigen risico. Als je het hele jaar niets mankeert, heb je dus een lage premie betaald, maar als je wel iets mankeert, stap je halverwege het jaar over naar die duurdere polis zonder vrijwillig eigen risico. Als je nu dus uitsluit dat je de risico's ook moet dragen die je neemt, als je van tevoren weet dat je altijd kunt overstappen naar die duurdere verzekering, krijg je een situatie waarin mensen zich zelf gaan selecteren. Via zelfselectie kiezen ze dan voor het allergeoedkoopste model totdat ze zorg nodig hebben.

De **voorzitter**:

Afrondend, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik constateer dus dat de keuzevrijheid wordt beperkt in dit stelsel. De conclusie van de Minister is dat, als je zou overstappen in dit wisselstelsel, je het systeem zou opblazen en dat mensen dan alleen maar calculerend zouden gaan denken. Als het vrijwillig eigen risico zo'n risico is, waarom schaffen we dat dan niet af? Als het eigen risico tot calculerend gedrag leidt, waarom schaffen we dat dan niet af in plaats van dat wij de keuzevrijheid van mensen beperken in dit stelsel?

Minister **Schippers**:

Ieder jaar kunnen mensen kiezen. Het is niet dat mensen niet kunnen kiezen. In het systeem dat de heer Van Gerven voorstelt, kunnen mensen niet kiezen. Daarin heb je slechts één verzekeraar. Als die het slecht doet, zijn we allemaal de klos. Dat dit geen onuitgemaakte zaak is, kun je bij de NHS zien. Ik zou echt voor geen goud ons systeem daarvoor willen ruilen. Ieder jaar kun je hier weer kiezen en kun je de balans opmaken. Op basis daarvan zetten we de risicoverevening vast. Als we voortdurend wisselingen krijgen, moeten we ook voortdurend die risicovereveningen

aanpassen. Dat geeft een enorme onzekerheid in het systeem, die we nu niet hebben. Als verzekeraars een heel dure patiënt krijgen met heel hoge zorgkosten, weten zij nu dat ze via de risicoverevening gecompenseerd worden. Daar hebben wij het hele model op vastgesteld. Als we dat gaan wisselen, moeten we het model zo drastisch aanpassen, dat je je kunt afvragen of we het niet opblazen. Ik vind het een ongewenste actie. Ik vind het opmerkelijk dat de heer Van Gerven, die zelf tegen enige keuze tussen zorgverzekeraars is, hier ineens een groot punt van maakt. Ik blijf bij mijn constatering dat je op deze manier het systeem zo snel mogelijk opblaast. Ik ben daar dus tegen en ontraad de motie.

Voor de motie op stuk nr. 11 van de leden Dik-Faber en Voortman refereer ik aan de analyse die ik gaf bij de motie op stuk nr. 6.

Naar de volmachten krijgen we een onderzoek, zoals ik in het vorige overleg aan mevrouw Bouwmeester heb toegezegd. Dat vind ik een heel belangrijk onderzoek, omdat je daarin ziet of een aantal polissen over de kop gaat. Dat vind ik een veel essentiëlere stap.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Het is uiteraard uitstekend dat de Minister daar onderzoek naar laat doen. Mijn motie sluit dat echter niet uit. Ik vraag in de motie om de NZa te laten onderzoeken bij welk aantal polissen het omslagpunt ligt om nog begrijpelijk te zijn. Hoe moeten mensen informatie aangereikt krijgen om goed te doorgronden welke polis zij het beste kunnen kiezen? Dat zijn twee cruciale vraagstukken die wat mij betreft onderzocht moeten worden, ook omdat de Minister zelf aangeeft dat een te groot aanbod verlamdend werkt. Er zit ergens een omslagpunt. Zou het niet de moeite waard zijn om de NZa daar onderzoek naar te laten doen?

Minister **Schippers**:

Dat heb ik ook gevraagd, vorig jaar december. De NZa heeft in september het onderzoek opgeleverd. Dat onderzoek heb ik de Kamer toegestuurd. In het rapport staan de conclusies van de NZa. De NZa is er geen voorstander van. Als wij alles zouden beperken tot twee polissen dan hebben we er 50, stelt de NZa. Mijn constatering is dat we er met 60 niet zo ver vanaf zitten. We zitten op tweeënhalve: de ene verzekeraar zal er twee hebben, de andere drie. Daar ligt dus die enorme hoeveelheid niet. We hebben in het vorige algemeen overleg Kwaliteit loont besproken waar het wel aan ligt. Dan moet je echt kijken naar collectiviteiten, volmachten et cetera. Daar gaan we de tweede stap in het onderzoek voor doen. Dat is veel nuttiger dan de NZa te vragen om het onderzoek over te doen. De NZa heeft immers heel helder aangegeven wat ze ervan vindt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De NZa doet nu wel een onderzoek naar de begrijpelijkheid van het aantal polissen. Volgens mij is dat het onderzoek dat medio 2016 gereed is. De Minister erkent zelf dat de hoeveelheid verlamdend werkt. Ik heb het letterlijk opgenomen in mijn motie: «overwegende dat de Minister aangeeft dat te veel verschillende zorgpolissen verlamdend werken». Het zit «m niet alleen in de basispolis, maar vooral in de combinatie met de aanvullende verzekeringen. De Minister zegt vanuit haar liberale standpunt dat ze daar niet over gaat, maar dat de zorgverzekeraars dat zelf moeten weten. Dat is correct: de overheid gaat er niet over. Tegelijkertijd dient het echter wel een publiek belang, waardoor ik vind dat we met de zorgverzekeraars in gesprek kunnen gaan om te horen welke stappen zij wel kunnen zetten. Met het onderzoek van de NZa in de hand kunnen we kijken welke stappen de zorgverzekeraars kunnen zetten om het aantal van 1.400 verder omlaag te brengen. Dat is immers het aantal waarover we het hebben.

Minister **Schippers**:

Ik heb de NZa gevraagd om onderzoek te doen. De NZa staat hier echter heel anders in dan mevrouw Dik-Faber. Dat kun je helder uit de conclusies opmaken. Dat wij niet over de aanvullende verzekering gaan, zeg ik niet vanuit mijn liberale achtergrond: dat is de wet. Zo hebben we het wettelijk vastgelegd als dienaar van de Kroon. Als we dat willen veranderen, moeten we de wet aanpassen. In de praktijk constateren wij echter dat het niet zozeer de aanvullende verzekering of de basisverzekering is, maar dat je via de volmachten een soort accelerator hebt, waardoor je een enorme hoeveelheid polissen krijgt. Om te kunnen concluderen wat je er eventueel aan kunt doen, moet je bekijken wat daar gebeurt. Het is niet zo dat ik daar helemaal geen oog voor heb. Ik heb de NZa niet voor niets om advies gevraagd. Ik heb het advies goed gelezen, ik ben verder gaan zoeken en ik heb gezegd: wij zouden eens naar die volmachten moeten kijken. Het gesprek hierover is dus helemaal niet afgerond. Ik zie echter niet in wat de motie van mevrouw Dik-Faber daaraan toevoegt. Een en ander zou er slechts toe leiden dat ik een gelijksoortig advies zou ontvangen. Ik ontraad de motie dus toch.

In de motie op stuk nr. 12 wordt de regering verzocht om samen met de zorgverzekeraars in kaart te brengen welke mogelijkheden zij hebben om patiënten- en cliëntenorganisaties structureel financieel te ondersteunen. Zoals ik in de eerste termijn heb gezegd, loopt er op dit moment al een beleidsdoorlichting. In die beleidsdoorlichting komt een aantal vragen aan de orde. Hoe functioneren patiënten- en cliëntenorganisaties? Vinden wij dat goed genoeg? Moeten daarin dingen veranderen en zo ja, hoe worden wij daarover geadviseerd? Het resultaat hiervan verschijnt in januari. Dat is heel erg snel. Ik wil dat dus echt afwachten. Ik wil mevrouw Dik-Faber – en mevrouw Voortman, want ik geloof dat zij de motie medeondertekend heeft – dus in overweging geven om de motie aan te houden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dat zal ik doen.

De **voorzitter**:

Op verzoek van mevrouw Dik-Faber stel ik voor, haar motie (33 895, nr. 12) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister **Schippers**:

Ik ben nog iets vergeten te zeggen toen ik zojuist inging op de motie op stuk nr. 11. Mevrouw Dik-Faber wees op een onderzoek dat de NZa momenteel doet. De NZa doet momenteel onderzoek naar informatieverschaffing. Zoals ik vorige week heb gezegd, verwacht ik vandaag of morgen een reactie. De NZa doet dat onderzoek op basis van de toezichthoudende functie die zij heeft. Als toezichthouder kijkt zij naar de informatievoorziening van de verzekeraars. Belangrijke vragen voor de NZa zijn: klopt die informatievoorziening en zo niet, spreek ik de verzekeraars daar dan op aan en hoe doe ik dat dan? Ik weet daar niets van. Ik wacht dat even af.

Er zijn nog een paar vragen gesteld door de leden. Mevrouw Bruins Slot vroeg bijvoorbeeld naar een fusietoets. De Mededingingswet is het toetsingsinstrument van de ACM. Voor het proces bij aanbidders hebben wij een aparte toets ingesteld. Dat hebben we vanuit twee invalshoeken gedaan. Ten eerste wordt gekeken naar de vraag of de mensen die bij een zorgaanbieder werken en de mensen die er gebruik van maken voldoende bij het proces betrokken worden. Ten tweede wordt gekeken naar de continuïteit van zorg. Bij verzekeraars hebben wij die toetsing niet. Daar is de toetsing echt gebaseerd op de Mededingingswet. Ik heb wel aangegeven dat we het komend halfjaar een beleidskader willen maken voor de ACM. Daarin willen we meer beleidsmatig inkaderen wat we verwachten,

natuurlijk met inachtneming van de Zorgverzekeringswet en de Mededingingswet.

We hebben gesproken over de contracten in de eerste lijn met de zorgverzekeraars en de huisartsen. De heer Van Gerven vroeg hoe dat nu met andere eerstelijnsaanbieders en -beroepsbeoefenaren gaat. Wij zijn momenteel met hen in gesprek om te bekijken of eenzelfde traject ook voor hen aangewezen is. Op die manier kunnen we een en ander ook met hen formulier voor formulier doorwerken. Dat gebeurt dan dus niet meer door de directeuren maar door de mensen die het werk doen. Zij weten wat de daadwerkelijke administratieve lasten zijn. We kijken steeds naar de administratieve lasten in het algemeen, maar de werkvloer merkt er eigenlijk te weinig van. Met iedereen die daar interesse voor heeft, willen wij dat traject doorlopen en bekijken hoe wij daar een flinke opruiming in kunnen houden. Een aantal vragen komt daarbij aan de orde. (1) Welke modellen stellen je in staat om beter te onderhandelen, waardoor het gesprek meer over kwaliteit gaat? (2) Hoe kun je de bureaucratie opruimen? (3) Hoe kun je de kwaliteit borgen? In dat kader heb ik zelf gevraagd of er niet veel meer naar visitatie kan worden gekeken. Dan zet je de beroepsgroep zelf in en gebruik je zijn deskundigheid om antwoord te kunnen geven op de vraag of iets aan de kwaliteit voldoet of niet.

De voorzitter:

Een laatste vraag van de heer Van Gerven, schat ik zo in.

De heer Van Gerven (SP):

Ik kom nog even terug op dat laatste punt. Stel dat 200 huisartsen in een groep zijn verenigd en dat zij bijvoorbeeld ketenzorg organiseren. Als ik het goed begrijp, is het nu mogelijk dat zo'n groep met een verzekeraar onderhandelt. Die ontwikkeling zie je bijvoorbeeld ook bij fysiotherapeuten. Het komt voor dat een fysiotherapeut ergens bij betrokken wordt. In hoeverre kunnen groepen fysiotherapeuten gaan onderhandelen over bepaalde aspecten op basis van kwaliteit – dat is vanzelfsprekend – maar wellicht ook op basis van prijs, om te voorkomen dat iedereen afzonderlijk met die verzekeraar aan de slag moet?

Minister Schippers:

De ACM heeft deze zomer haar beleid toegelicht en nader ingevuld. Zij heeft aangegeven wat wel en niet kan en waar er verlichting is ten aanzien van wat wel kan. Er is veel meer mogelijk dan voorheen werd gedacht. Die weg volgt de ACM nu. Zij heeft daarbij ook iets heel belangrijks gezegd. Als iets conflicteert, wat alleen het geval is als patiënten er nadeel van hebben, gaat zij niet meteen een boete opleggen. Zij gaat eerst in gesprek over de vraag hoe het dan wel kan. Mensen kunnen hun contractering veranderen zonder dat er meteen een boete op de mat ligt. Dat is heel belangrijk voor het veiligheidsgevoel van eerstelijns beroepsbeoefenaren. Wij zitten aan tafel om binnen dat kader, dat echt nieuwe perspectieven biedt, manieren te vinden om veel meer het gesprek met elkaar aan te gaan over kwaliteit en wat er nodig is, in plaats van dat we hen laten tekenen bij het kruisje.

Er lag nog een vraag van mevrouw Bouwmeester over het provisieverbod. Dat is tussentijds uitgezocht. Alle financiële adviseurs vallen onder het provisieverbod, ook de vergelijkingsites. Advertentiesites vallen er echter niet onder. Je krijgt dus een verschuiving naar advertentiesites. Daarmee is de burger niet beter af, dus we moeten bekijken hoe we dat kunnen aanscherpen.

De voorzitter:

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit notaoverleg. Ik heb mevrouw Voortman gevraagd wat zij wil, en zij stelt voor om deze week

nog te stemmen over de ingediende moties. Dat betekent dat ze donderdag in de stemmingronde langs zullen komen. Ik dank mevrouw Voortman als indiener en mevrouw Ellemeet als mede-indiener zeer voor hun werk en de beantwoording. Dat geldt uiteraard ook voor mevrouw Dolfing als ondersteuner. Ik dank de Minister en haar ondersteuning voor de beantwoording, en de Kamerleden voor hun inbreng. Tot slot bedank ik de mensen in de zaal en de mensen die het debat op een andere manier gevolgd hebben voor hun belangstelling.

Sluiting 13.27 uur.