

10

Risicoselectie in de basisverzekering

Aan de orde is het **dertigledendebat** over **risicoselectie door zorgverzekeraars in de basisverzekering**.



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

Voorzitter. In december werden wij opgeschrikt door het verhaal van Daniël de Rijke, een 21-jarige ex-kankerpatiënt die op medische gronden een aanvullende verzekering voor de volledige vergoeding van fysiotherapie werd geweigerd. Hij was een "brandend huis". Niets aan de hand, zei de minister, want risicoselectie in de aanvullende verzekering mag. Heeft de minister echter niet toch een verantwoordelijkheid, als zij fysiotherapie uit de basisverzekering schrapt terwijl de aanvullende verzekeringen niet toereikend of niet toegankelijk zijn?

Risicoselectie binnen de basiszorgverzekering is onaanvaardbaar, stelt de minister. We hebben dat geregeld door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor het basispakket, is haar redenering. Daarmee ontkent de minister echter dat zorgverzekeraars via een omweg risicoselectie toepassen en dat risicoselectie binnen de basisverzekering op die manier mogelijk is en wel via de aanvullende verzekering. Bij Achmea betalen ouderen tot wel €286 meer dan jongeren. Bij VGZ kan dat €50 schelen. Ouderen, die vaak afhankelijk zijn van zorg die wordt vergoed via de aanvullende verzekering, worden hiermee zeer bewust weggejaagd.

De heer **Rutte** (VVD):

Hoewel ik het idee had dat wij vandaag over de basisverzekering zouden spreken, begint de heer Van Gerven over de aanvullende verzekering. Dat mag, dat moet hij zelf weten in zijn spreektijd. Ik wil even ingaan op zijn voorbeeld: de premiedifferentiatie in de aanvullende verzekering, lang niet bij elke verzekeraar aanwezig, wel bij Achmea. Wat zal er volgens de heer Van Gerven met de premie voor ouderen gebeuren, als Achmea niet zou differentiëren in prijs bij leeftijd?

De **voorzitter**:

Het klopt dat het vandaag niet over de aanvullende verzekering gaat, maar over de basisverzekering. Ik verzoek iedereen om bij het onderwerp te blijven.

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

Ter correctie: de aanvullende verzekering hangt nadrukkelijk samen met de basisverzekering en is op dit moment dus wel aan de orde. De premiedifferentiatie in de aanvullende verzekering was ook de reden voor het aanvragen van dit debat. Risicoselectie zou via een omweg plaatsvinden via de aanvullende verzekering. Ik wil toch staande houden dat het punt waarmee ik ben begonnen wel degelijk bij dit debat hoort.

De heer Rutte vraagt wat er gaat gebeuren als die premiedifferentiatie zou worden afgeschaft. Het is duidelijk dat door de wijze waarop het systeem zich heeft ontwikkeld,

de aanvullende verzekering een vergaarbak wordt voor heel moeilijk verzekerbare risico's, om het in schadetermen te zeggen. Juist de patiënten die die zorg echt nodig hebben, zijn aangewezen op de aanvullende verzekering. Jongeren en mensen die gezond zijn of veel geld hebben, zeggen: laat maar zitten. Dat tast dus de solidariteit aan. Wij moeten daarvoor een oplossing vinden. Ik kom daar zo dadelijk op.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vind het wel interessant wat de heer Van Gerven zegt. Ik ben het met hem eens dat het de solidariteit aantast als je geen instroom van jongeren meer hebt in een verzekering. Zou het daarom niet verstandig zijn dat Achmea de premie voor jongeren laag houdt, zodat zij zich wel verzekeren en daarmee de verzekering voor die zwaardere groepen nog enigszins betaalbaar blijft?

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

Nee, het zou veel beter zijn dat er een verbod op premiedifferentiatie komt voor de aanvullende verzekering voor medisch noodzakelijke zorg. Ik zou er een groot voorstander van zijn dat wij dat organiseren dan wel dat wij die medisch noodzakelijke zorg, bijvoorbeeld noodzakelijke fysiotherapie, terugbrengen in het basispakket. Dan hebben wij de solidariteit weer hersteld.

Hoewel de minister een heilig geloof heeft in de risicoverevening, zijn er nog steeds voorspelbare negatieve resultaten op groepen verzekerden. Bij mensen die de afgelopen twaalf maanden fysiotherapie hebben gehad, is het voorspelbare negatieve resultaat €358, zo zegt de Erasmus Universiteit. Bij mensen die een langdurige aandoening of ziekte hebben, is het voorspelbare negatieve resultaat zelfs €1.008. Deze risicoselectie wordt aangemoedigd door het basispakket steeds verder uit te kleden. Vooral door het schrappen van grote delen van fysiotherapie is de mogelijkheid tot risicoselectie toegenomen. Dat is zorg die groepen mensen nodig hebben waarop een verlies voorspelbaar is, waardoor het verleidelijk en steeds gemakkelijker wordt voor verzekeraars om mensen te weren. Zij maken hier dan ook gebruik van. Wie niet terecht kan in de aanvullende verzekering bij een bepaalde zorgverzekeraar, zal ook hier niet terecht komen voor de basisverzekering, omdat mensen dat meestal gekoppeld doen. Op die manier bespaart de verzekeraar veel geld. Als klap op de vuurpijl bouwt de minister ook nog eens de risicocompensatie achteraf af, waardoor risicoselectie voor verzekeraars aantrekkelijker wordt.

Daarom de volgende voorstellen. Neem het verbod op risicoselectie in de basisverzekering expliciet op in de wet. Verbeter de risicoverevening en bouw deze uit in plaats van deze af te bouwen. Stel een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie in voor medisch noodzakelijke zorg in de aanvullende verzekering. Immers, selectie op medische gronden voor noodzakelijke zorg moet worden voorkomen.



Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Kern van de Zorgverzekeringswet is dat iedereen recht heeft op goede zorg, of je nu jong, oud, ziek, arm of rijk bent. De zorg is op die solidariteit gebouwd. Daarom mogen zorgverzekeraars ook geen mensen weigeren. Ze

mogen niet aan risicoselectie doen. Hoogleraar Van de Ven van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmusuniversiteit heeft een sterk artikel in Trouw geschreven. Daarin staat dat er wel degelijk risicoselectie plaatsvindt. Dat is een ernstige constatering. Risicoselectie leidt tot een afname van solidariteit en kwaliteit van zorg, en ook kan risicoselectie leiden tot het uitsluiten van chronisch zieken.

De minister zegt dat het niet zo'n vaart loopt. Maar de NZa heeft geconcludeerd dat de zorgverzekeraars iedereen kunnen accepteren. Nogal wiedes. De NZa moet echter ook toezicht houden op vormen van risicoselectie die niet in strijd met de wet zijn, maar wel nadelige gevolgen hebben. Dat doet de NZa echter niet. Het gaat hier namelijk om geniepige achterdeurtjes. Zorgverzekeraars verliezen nog steeds geld op het inkopen van zorg voor chronisch patiënten. In 2012 ging het nog om een paar honderd euro per chronisch patiënt. Dat gaat om gigantische bedragen.

Om het verlies tegen te gaan, kan de verzekeraar twee zaken doen. Ze kunnen kwalitatief slechte zorg inkopen, of chronisch patiënten ontmoedigen om verzekerd bij die zorgverzekeraar te worden. Het CDA vindt dat erg onwenselijk. Dit legt een bom onder de solidariteit van de zorg. De NZa zou deze vormen van indirecte risicoselectie als marktmeester wel moeten monitoren, en hierover jaarlijks moeten rapporteren. Ook moet er een hogere prioriteit worden gegeven aan het tot nul reduceren van die voorspelbare verliezen.

Daarom heb ik de volgende vier vragen aan de minister. In de brief van de minister maakt zij niet duidelijk wat zij onder directe en indirecte risicoselectie verstaat. Graag een uitleg hierover. Is de minister bereid, de NZa te vragen om ook vormen van indirecte risicoselectie en de signalen daarvan te monitoren en hierover jaarlijks te rapporteren? Wil de minister laten berekenen wat de voorspelbare ondercompensatie van de huidige zorgverzekeringskosten in 2014 en 2015 is voor verzekerden die in het voorafgaande jaar gebruik maakten van verpleging en verzorging?

Waarom vraag ik dit? Ik zei net al dat er honderden euro's per chronisch patiënt worden verloren. Het kan niet zo zijn dat straks, als de langdurige verpleging en verzorging overgaan naar de Zorgverzekeringswet, de zorgverzekeraar slechtere zorg gaat leveren omdat ze het eigenlijk niet kan betalen. Is de minister het eens met het CDA dat, zolang de ideale oplossing om de risicoverevening te verbeteren nog niet is gevonden, wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is om tot een second-bestoplossing te komen om dit voorspelbare verlies te reduceren tot nul? Is de minister bereid een dergelijk onderzoek te doen?

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Bruins Slot heeft het over verzekeraars die geniepige trucjes toepassen. Welke verzekeraars zijn dat?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb het over geniepige achterdeurtjes die gebruikt worden. Misschien kunt u zich nog wel herinneren dat een aantal zorgverzekeraars een aanvullende verzekering hadden voor migranten die hier komen werken. Zij leveren een aanvullende verzekering, waarbij het extra vrijwillige risico tot nul wordt gereduceerd en wordt teruggegeven. Dat maakt het voor bepaalde zorgverzekeraars heel aantrekkelijk

om juist veel van dit soort mensen bij elkaar te voegen en een verzekering te geven. Dat noem ik een "geniepige achterdeurtje". Dat soort dingen zou je beter inzichtelijk moeten maken; dat moet de NZa beginnen te doen. Dat lijkt mij een goede start om het systeem nog beter te maken.

De heer **Rutte** (VVD):

Op het voorbeeld dat mevrouw Bruins Slot gebruikte, ga ik zo meteen zelf nog in. Het voorbeeld op zich is dus interessant. Het is echter wat vreemd om het een "geniepige achterdeurtje" te noemen en het vervolgens te koppelen aan chronisch zieken en gehandicapten, die geen adequate zorg zouden krijgen. Welke verzekeraars leveren geen adequate zorg aan chronisch zieken en gehandicapten? Welke voorbeelden heeft mevrouw Bruins Slot daarvan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Laat ik een ander voorbeeld noemen, van twee jaar geleden, Promovendum. Deze verzekeraar was vooral bezig om hoger opgeleiden te trekken om zo chronisch zieken niet systematisch mee te hoeven nemen. Dat deden ze onder andere door gedurende het jaar een mogelijkheid te bieden om de zorgverzekering op te heffen. Waarom is dat aantrekkelijk? Op het moment dat gezonde mensen ziek worden, geef je subtiel aan dat ze beter naar een andere zorgverzekering kunnen gaan. Dat noem ik ook een geniepige achterdeurtje. Voor voorbeelden van chronisch zieken en de risico's daaromtrent verwijs ik de heer Rutte naar het onderzoek van onder andere de Erasmus Universiteit Rotterdam, dat ten grondslag ligt aan de monitor die de NZa heeft uitgevoerd. Ik kan hem dat onderzoek straks nog wel even geven.

□

Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Vorig jaar stelde de voorzitter van toezichthouder NZa in de krant dat wij de zorgverzekeraars maar gewoon moeten vertrouwen. Dat was op zijn minst een opmerkelijke uitspraak van een onpartijdige instantie die toezicht moet houden op zorgverzekeraars. Ik deel dit vertrouwen dan ook niet. Onderzoek van de Erasmus Universiteit heeft aangetoond dat iemand met een chronische aandoening de zorgverzekeraar een verlies oplevert van €400 per jaar. Een gezond, hoog opgeleid persoon levert daarentegen €140 winst op.

Het is dan ook verrassend dat het reclamebudget van de zorgverzekeraars elk jaar stijgt en zich richt op de gezonde premiebetaler waar zo veel aan te verdienen valt. Dit blijkt ook uit het feit dat de meeste overstappers gezonde mensen zijn, gelokt door kortingen, voordeeltjes en cadeautjes. Zilveren Kruis Achmea gaf bijna 50% meer aan de zorgcampagne uit en biedt studenten de allergegoedkoopste basisverzekering ooit aan. Menzis verdrievoudigde zijn reclamebudget en biedt onder anderen leden van de werknemersvakbond FNV een fikse korting. Kortom, zorgverzekeraars besteden miljoenen om gezonde doelgroepen aan te trekken, zoals studenten, werkenden of sporters, die in de regel weinig zorgkosten maken. Zij hebben hiervoor speciale polissen. Dit is sturen op winst, niet om de zorg goedkoper te maken maar om de eigen zakken te vullen en de rekening bij de zieken en ouderen neer te leggen.

Zo helder als de rekensom is, zo helder is ook de conclusie van het rapport van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg: er vindt risicoselectie plaats. Of het nu via doelgroepen, collectiviteit of de aanvullende verzekering gebeurt, maakt in feite niet uit. De NZa concludeert echter dat ze geen signalen van risicoselectie ontvangen heeft. Of heeft ze deze signalen soms geschrapt? Heeft de minister nog vertrouwen in de NZa, zeker gezien de recente onthullingen over het schrappen van cijfers en het geblunder met medische privacygegevens.

Diverse patiëntenorganisaties zoals de NPCF, de CG-Raad en het Astma Fonds hebben eveneens aan de bel getrokken. Heeft de minister die bel wel gehoord? Zo ja, waar blijven de maatregelen? Niemand wil immers risicoselectie in de basisverzekering. In diverse debatten heeft mijn fractie hier al aandacht voor gevraagd, maar de minister antwoordt telkens dat de NZa het in de gaten houdt. Dat antwoord is nu niet meer voldoende. Er moet een onafhankelijk onderzoek komen naar alle vormen van risicoselectie, die al dan niet in strijd is met de wet. Dan kunnen we aan de hand daarvan bekijken of we de wetten dienen aan te scherpen om risicoselectie volledig uit te bannen. Wat mijn fractie betreft, wordt dat onderzoek niet door de NZa uitgevoerd. Zo nodig dien ik hierover een motie in, maar ik heb natuurlijk liever dat de minister dit verzoek steunt.



De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen gezond en ziek. Iedereen is verplicht om zich te verzekeren voor het basispakket. Risicoselectie kan de solidariteit van ons zorgstelsel aantasten. Om risicoselectie te voorkomen, hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht: zij zijn wettelijk verplicht om iedereen die zich bij hen meldt, zonder medische toelatingstest te accepteren voor het basispakket. Ook is er een wettelijk verbod op premiedifferentiatie. Een gezonde en een ongezonde verzekerde met dezelfde polis betalen daardoor altijd dezelfde premie. Daarnaast is in de Zorgverzekeringswet nog een belangrijke zekerheid ingebouwd, namelijk de verevening. Bij een perfect werkend vereveningssysteem hebben zorgverzekeraars geen enkele financiële prikkel meer om bepaalde groepen verzekerden aan te trekken of te weren. Het vereveningssysteem is een belangrijke hoeksteen van ons stelsel en wordt daarom jaarlijks opnieuw bekeken, aangescherpt en verbeterd.

De Nederlandse Zorgautoriteit, de NZa, heeft in 2013 gerapporteerd over risicoselectie, mede op basis van een onderzoek van de heer Van de Ven, hoogleraar aan de Erasmus Universiteit. De NZa concludeert in haar rapportage dat zij geen signalen heeft ontvangen over schending van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet. De heer Van de Ven noemt deze conclusie "niet onjuist, maar onvolledig", aangezien het door hem uitgevoerde onderzoek aantoont dat er sprake is van bepaalde vormen van risicoselectie. Het is onbekend welke vormen van selectie plaatsvinden door de verzekeraar of door de verzekerde en wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn.

De VVD neemt het onderwerp "risicoselectie" en het signaal van de heer Van de Ven serieus, want solidariteit is de kern van ons zorgstelsel. Het belangrijkste middel om de nadelen van risicoselectie te voorkomen, is een goed verevenings-

systeem. Daarom heb ik dit in het algemeen overleg in december over de Zorgverzekeringswet nadrukkelijk aangekaart, onder andere vanwege de Promovendumpolis voor hoger opgeleiden. Ik heb de minister gevraagd om bij de komende evaluatie van de verevening specifiek aandacht te besteden aan enkele vereveningscategorieën — zwangere vrouwen en inkomen — omdat Promovendum met name naar hoger opgeleiden en mensen met een hoger inkomen kijkt. Het vermoeden bestond — en misschien bestaat dat vermoeden nog — dat de verevening op die punten niet goed genoeg zou werken. De minister heeft toegezegd dat deze categorieën specifiek bekeken zullen worden bij de jaarlijkse evaluatie van de verevening en dat de verevening indien nodig wordt aangepast. Kan de minister aangeven wanneer we de resultaten van de jaarlijkse evaluatie mogen verwachten? Is het wellicht mogelijk om aan de evaluatie een groep toe te voegen? In dat geval zou de VVD-fractie willen weten of de verevening naar behoren werkt voor de groep arbeidsmigranten, waarvoor — zoals mevrouw Bruins Slot zojuist al aangaf — sommige verzekeraars specifieke polissen aanbieden waarin het eigen risico wordt herverzekerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik had zojuist een klein interruptiedebatje met de heer Rutte over de vraag of het risico van indirecte risicoselectie bestond. Ik ben blij dat de heer Rutte mijn betoog ondersteunt. Ik wil graag van hem weten of hij de aannahme deelt dat een situatie waarin het risicovereveningssysteem slecht werkt en de zorgverzekeraars dus eigenlijk te weinig geld ontvangen voor hun verzekerden, het risico van misbruik in zich draagt.

De heer **Rutte** (VVD):

De VVD heeft in het algemeen overleg over de Zorgverzekeringswet, dus al in december, niet voor niets gevraagd om nog eens kritisch naar de verevening te kijken. Wij vinden dat het model goed moet werken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Als in 2012 blijkt dat voor chronisch zieken en gehandicapten verzekeraars nog steeds honderden euro's minder krijgen dan wat zij kwijt zijn voor dezelfde personen, is het dan niet verstandig om te bekijken hoe je dat wel goed kunt berekenen? Anders bestaat het risico van misbruik, zoals ik in mijn betoog aangaf.

De heer **Rutte** (VVD):

Dit zijn twee dingen. We moeten goed kijken naar dat model, op basis van de signalen die er zijn. Daar zijn wij voor. Dat gebeurt jaarlijks. Er zijn ook voorbeelden dat er aanpassingen in het model zijn gedaan. De verevening is aangepast voor studenten, omdat er signalen waren dat deze daar niet goed zou werken. Het is ook goed om naar een categorie als de chronisch zieken en gehandicapten te kijken en om het model aan te passen als dat nodig is. Ik ben het er niet mee eens dat wanneer het vereveningsmodel wellicht nog niet 100% werkt zoals je zou willen, dat betekent dat de zorgverzekeraars daar misbruik van maken en geen goede of adequate zorg leveren aan chronisch zieken en gehandicapten. Ik heb zelf nog geen enkel signaal ontvangen dat chronisch zieken en gehandicapten bij hun

verzekeraar geen goede of adequate zorg krijgen. Die suggestie werp ik dus verre van mij.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Een punt van orde. De heer Rutte legt een directe relatie tussen mijn opmerking over de mogelijkheid van indirecte risicoselectie en eventueel misbruik. Ik heb in mijn inbreng daarover geen conclusie getrokken. Ik denk dat het goed is voor de Handelingen dat ik dat zo even neerleg.

De heer Rutte (VVD):

Dat is een conclusie die ik trek uit de term "geniepigje achterdeurtjes".

De heer Van Gerven (SP):

Een van de grote problemen bij risicoselectie is de vergoeding van noodzakelijke fysiotherapie. Deze is in de afgelopen jaren voor een groot gedeelte uit het basispakket gehaald. Zou een oplossing ter voorkoming van risicoselectie en om te waarborgen dat chronisch zieken en gehandicapten de zorg krijgen die nodig is, kunnen zijn dat wij noodzakelijke fysiotherapie weer terugbrengen in het basispakket?

De heer Rutte (VVD):

Er zit nog steeds fysiotherapie in het basispakket voor vele groepen. Ik denk dat ik wellicht met de heer Van Gerven van mening verschil over de vraag voor wie fysiotherapie noodzakelijk is en voor wie niet. De politiek doet hierover niet zelf uitspraken, maar laat dat objectief beoordelen. Uit die objectieve beoordeling blijkt keer op keer dat de huidige splitsing voor welke groepen er fysiotherapie in de basisverzekering moet zijn en voor welke groepen het een aanvullende verzekering moet zijn, nog steeds klopt.

De heer Van Gerven (SP):

Volgens mij klopt er geen hout van deze uitspraken van de heer Rutte. Er is een hele hoop wegbezuinigd, waardoor bijvoorbeeld reumapatiënten zich aanvullend moeten verzekeren en ermee worden geconfronteerd dat zij op jaarbasis honderden euro's extra kwijt zijn, want anders kunnen zij niet de zorg krijgen die nodig is. Omdat zij zo veel kosten, worden zij ook nog eens geweerd bij een aantal verzekeraars. Moet dan niet de oplossing zijn om dat terug te brengen in het basispakket in plaats van 500 miljoen weg te geven aan de rijkste kwart van Nederland, zoals in de afgelopen week is gebeurd? Dat is geplunderd uit de opbrengsten van de zorg in plaats van dat te geven aan de mensen die het nodig hebben, zoals mensen met reuma.

De heer Rutte (VVD):

Ik heb niet de illusie dat ik het vandaag eens wordt met de heer Van Gerven over het criterium "noodzakelijke zorg". Ik concludeer dat ook chronische reumapatiënten gewoon worden verzekerd voor de basisverzekering en overal voor dezelfde prijs en dat zij nog steeds ruimschoots toegang hebben tot aanvullende verzekeringen bij een groot aantal zorgverzekeraars.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. De basisverzekering moet voor iedereen beschikbaar zijn en beschikbaar blijven. Deze solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond, arm en rijk zou moeten worden geborgd door de acceptatieplicht, de risicoverevening en het verbod op premiedifferentiatie. De risicoverevening is echter niet fijnmazig genoeg, waardoor zorgverzekeraars zien bij welke typen zorgvragen zij ondergecompenseerd worden. Doordat dit inzichtelijk is, schijnt er bij de inkoop geselecteerd te worden. Daardoor lopen mensen met bepaalde zorgvragen het risico dat zij minder goede zorg krijgen. Dat ondermijnt dus de solidariteit. Klopt het dat in het iBMG-rapport van de Erasmus Universiteit is aangetoond dat er vormen zijn van ongewenste risicoselectie die gelijke toegang tot de zorg in de weg staan? Deze signalen zijn wel afgegeven door het onderzoek en ook verstuurd naar de NZa, maar ze zijn niet in het rapport verschenen. Dat is zorgelijk. De Partij van de Arbeid wil een toezichthouder met een brede blik op en verslaglegging over de ontwikkelingen in de zorg.

Ik heb daarom vier vragen aan de minister. Welke signalen van indirecte en directe risicoselectie zijn bij de NZa bekend en waarom zijn die nog niet aan de Kamer gerapporteerd? Wil de minister jaarlijks een overzicht van verboden en andere ongewenste vormen van risicoselectie naar de Kamer sturen? Is de minister het met ons eens dat het wenselijk is dat de NZa niet alleen naar de wettelijke verboden kijkt, maar ook rapporteert over de bredere signalen die zij krijgt over ontwikkelingen in de zorg? Nu mijn laatste vraag. Signalen van toezichthouders in de zorg zijn goud waard. Die signalen moeten niet onderbenut blijven. Het bundelen en het analyseren van deze signalen is nog veel belangrijker, omdat dat het toezicht en uiteindelijk ook de handhaving kan versterken. Daarom mijn laatste vraag: wil de minister de IGZ en de NZa vragen om jaarlijks gezamenlijk een stand-van-het-zorgland-verslag te maken, dat niet alleen is gebaseerd op hun wettelijke taken, maar ook ingaat op de belangrijke signalen die zij in hun werk zien en herkennen?

De voorzitter:

Hiermee zijn wij aan het eind gekomen van de eerste termijn van de Kamer. Ik schors de vergadering voor enkele minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ons risicovereveningssysteem is een heel bijzonder systeem, ook internationaal gezien. Wij zijn echt beroemd door dat systeem. Het is een heel geavanceerd, maar het is niet perfect. Een risicovereveningssysteem probeert zaken te compenseren die de markt zelf niet kan regelen. Het gaat namelijk om een eerlijke behandeling van degene die als verzekerde bij jou komt. Dat is altijd lastig en dat kun je nooit 100% doen. Wij kunnen wel streven naar een zo goed mogelijk systeem, maar 100% zal het nooit zijn.

Mijn voorgangers hebben net als ik ontzettend veel aandacht gehad voor het risicovereveningssysteem, omdat het

toch wel de backbone van ons zorgverzekeringsstelsel is. Zo heb ik eind 2011 de commissie-Don ingesteld, die ons advies heeft gegeven over het risicovereveningssysteem. Zij is nagegaan of het risicovereveningssysteem aan het beleidsdoel voldoet, namelijk het compenseren voor gezondheidsverschillen in verzekerdportefeuilles en het creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars. Zij heeft mij daarover halverwege 2012 gerapporteerd. Die rapportage heb ik naar de Kamer gestuurd en daarover hebben wij met elkaar gedebatteerd.

Daarnaast onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit elk jaar voor mij hoe het staat met de risicoselectie. Zij rapporteert daarover en dat rapporteer ik ook weer aan de Kamer. Verder hebben wij ook op het ministerie continu aandacht voor dit systeem en voor verbetering van dit systeem. Er is zo'n beetje om de week overleg op het ministerie tussen allerlei deskundigen en betrokkenen om na te gaan waar hiaten zitten en waar het beter kan.

Tot slot zet VWS over dit systeem ook voortdurend wetenschappelijk onderzoek uit, zo zeg ik tegen mevrouw Klever. Het rapport van iBMG komt natuurlijk niet uit de lucht vallen. Daar vragen wij om, of daar vraagt de NZa om, als onderbouwing van het systeem om zo de vinger aan de pols te houden. iBMG doet dat niet één keer, maar doet dat veel vaker. Het instituut is hierin gespecialiseerd. Er zijn echter ook andere onderzoeksinstituten en -bureaus die dat onderzoek voor ons kunnen doen en ook doen. Er is dus bijzonder veel aandacht voor dit risicovereveningssysteem; en terecht, want wij willen geen risicoselectie. Daarvoor hebben wij bij de basisverzekering maatregelen opgenomen.

De NZa heeft de afgelopen jaren geen indicaties gehad dat zorgverzekeraars zich niet houden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of het verbod op andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet. Zorgverzekeraars kunnen zich via selectieve marketing, de aanvullende verzekering of de collectiviteit op bepaalde doelgroepen richten, maar geen van deze vormen van indirecte risicoselectie is in strijd met de wet. De NZa geeft daarnaast aan dat er weliswaar voor bepaalde groepen verzekerden prikkels voor risicoselectie zijn, maar dat er geen directe risicoselectie plaatsvindt. In de praktijk betekent de prikkel voor indirecte risicoselectie niet dat verzekeraars direct overgaan tot het weren van te verzekeren groepen. Dat doen zij niet, omdat die groepen heel moeilijk te identificeren zijn en de verzekeraar reputatieschade wil voorkomen. Overigens voert de NZa op dit moment een onderzoek uit naar de acceptatieplicht. Ik verwacht dat de resultaten hiervan nog deze maand beschikbaar komen. Ik zal die uiteraard direct naar de Kamer sturen. Op het onderzoek van iBMG dat recentelijk is gepubliceerd, zal ik de Kamer binnenkort nog een reactie geven, evenals op de vragen van onder anderen mevrouw Bruins Slot daarover. Het spijt mij dat het mij in alle hectiek voor dit debat niet is gelukt om dat te doen.

De conclusie van het rapport van iBMG is dat ten aanzien van de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden om het stelsel te laten werken, sinds 2006 flinke vooruitgang is geboekt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Aan het begin van haar betoog had de minister de kern te pakken: dit onderwerp is heel belangrijk voor de Zorgverzekeringswet. De Nederlandse Zorgautoriteit kijkt echter alleen naar de wettelijke norm, terwijl er juist zo veel zaken gebeuren rondom de wettelijke norm. Hoor ik de minister nu zeggen dat de Nederlandse Zorgautoriteit ook indirecte risicoselectie gaat rapporteren?

Minister Schippers:

De NZa publiceert er wel over, want ook in de marktscan staat een hele paragraaf met allerlei activiteiten die op dat terrein gebeuren. Dit is een reactie op vragen die mevrouw Bruins Slot en mevrouw Bouwmeester hebben gesteld. Zij hebben gevraagd of de NZa in de volgende marktscans aandacht zou kunnen geven aan de indirecte vorm. Mijn antwoord daarop zal bevestigend zijn, al ben ik nog niet toegekomen aan de beantwoording van de vragen. Ik ben nog bezig met mijn inleiding. Ik zal de NZa vragen om daar expliciet aandacht aan te geven. De informatie zit er nu ook in, maar die kan veel impliciet worden gegeven.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

We hevelen heel veel langdurige zorg met kwetsbare patiënten over naar de Zorgverzekeringswet. Is de minister het met mij eens dat juist dit soort zaken nu extra goed op orde moet zijn, omdat we anders het risico lopen dat de zorg voor deze kwetsbare patiënten met een vaak chronische en ingewikkelde problematiek niet zo optimaal is als die zou moeten zijn?

Minister Schippers:

Dat is het nadeel van het krijgen van een interruptie terwijl je nog maar een klein deel van je inleiding hebt gegeven. Uiteraard is dat zo. Maar waar zit de crux? Als ik de groepen kon aanwijzen voor wie ik de compensatie naar boven of naar beneden zou moeten bijstellen, dan zou dat heel makkelijk zijn. Die groepen zijn dus moeilijk te identificeren. Ik kom aan het eind van mijn inleiding met een voorstel. Ik weet echter niet of de uitkomst daarvan ons gaat helpen, maar ik wil het wel bekijken, ook met het oog op de overheveling die eraan komt.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Er komt een voorstel aan. Dat is positief. Dat betekent vast veel goeds voor de toekomst. Ik wil nog even een stapje terugzetten, omdat ik de minister hoorde zeggen dat de NZa heeft geschreven dat zij geen signalen heeft van een wettelijke verboden vorm van risicoselectie. Dat klopt. Maar zij heeft wel signalen ontvangen van ongewenste vormen van risicoselectie. Die heeft de NZa dan weer niet opgeschreven. Wat vindt de minister daarvan?

Minister Schippers:

De NZa gaat over haar eigen teksten. Mevrouw Bouwmeester heeft verwezen naar een uitspraak van de heer Van de Ven. Hij heeft bijvoorbeeld gesteld dat iedere verzekerde die is overgestapt, potentieel door risicoselectie is gelokt. Over dergelijke vragen vinden nu disputen plaats. Ik vind dat een vrij boude veronderstelling. Het is niet achtergehouden, want het hele rapport, inclusief alle stellingen en

onderbouwingen van de heer Van de Ven, staat gewoon op de website van de NZa. Alleen kijkt de NZa er zelf anders naar. Zij beslist natuurlijk zelf wat zij in haar rapport overneemt. Als je om onderbouwend onderzoek vraagt, hoef je niet alles over te nemen. Ik vind wel dat je transparant moet zijn over je input. Dat is de NZa door te publiceren op de website. De NZa bepaalt zelf wat zij daarvan overneemt. Zij vond deze stelling te boud en te slecht onderbouwd. Ik heb de Kamer zojuist al even toegezegd dat ik de NZa zal vragen of zij in haar volgende marktscans de indirecte vormen zou willen meenemen, zodat wij dat zelf ook wat meer zouden kunnen volgen. Met "we" bedoel ik dan de Kamer, en daarmee het publiek.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is een mooie toezegging. Dank u wel.

Minister Schippers:

Ik wil nog wel even zeggen dat de conclusie van datzelfde onderzoek van Van de Ven c.s. is dat de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden om het stelsel te laten werken, sinds 2006 flinke vooruitgang heeft geboekt.

Ook ten opzichte van de evaluatie van de Zorgverzekeringswet in 2009 is substantiële progressie geboekt. Diverse aanbevelingen die naar aanleiding van deze evaluatie zijn gedaan, zijn inmiddels geïmplementeerd. De onderzoekers stellen dat ondanks de nog bestaande knelpunten, de progressie in het realiseren van de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie tot optimisme stemt over de vooruitzichten voor het ordeningsmodel. De onderzoekers stellen bovendien ook dat er nog geen realistisch alternatief is. Een terugkeer naar een zorgstelsel met vergaande aanbod- en prijsregulering is, gelet op de negatieve ervaringen daarmee, niet aantrekkelijk. Landen met een grotendeels door de staat georganiseerde gezondheidszorg zijn al jaren bezig om een interne markt te organiseren om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Daarom is consistent verder bouwen aan een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie volgens de onderzoeker de beste optie voor het zo goed mogelijk realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

Als stelselverantwoordelijke ben ik verheugd te vernemen dat onderzoekers van iBMG positief zijn over de progressie in het systeem. Dat bevestigt dat in het verleden de juiste keuzes zijn gemaakt en dat er op de ingeslagen weg moet worden voortgegaan. We zijn er nog niet. Ik vraag me af of we er ooit komen, maar wij moeten wel de voortgang erin houden.

Zoals ik al zei, zal ik binnenkort met een reactie komen op dit rapport. Maar ik kan wel zeggen wat ik in het verleden al heb gezegd. Waakzaamheid ten aanzien van risicoselectie en continue aandacht voor verbetering van het vereveningsstelsel zijn essentieel voor een goede werking van de markt.

Ik laat dan ook jaarlijks onderzoek doen naar de mogelijke verbetering van ex-ante vereveningsmodellen. Zo zorg ik ervoor dat de verzekeraars adequaat worden gecompenseerd voor kostenverschillen die voortvloeien uit gezondheidsverschillen tussen de diverse portefeuilles. Hierdoor wordt het gelijke speelveld voor verzekeraars steeds beter

geborgd en worden prikkels tot risicoselectie verkleind of weggenomen.

Ook voor de over te hevelen zorg vanuit de AWBZ zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd en er zullen nog vele volgen. Ik heb er alle vertrouwen in dat wij deze zorg adequaat kunnen accommoderen, maar wij moeten wel werken aan een doorgaande verbetering van het systeem.

Onlangs heb ik, op basis van signalen die ik vanuit de samenleving kreeg, van wetenschappers, patiëntenorganisaties en verzekeraars, gezegd dat je groepen moeten kunnen identificeren. Bijvoorbeeld voor de groep die mevrouw Bruins Slot noemde, heb je bepaalde gegevens nodig waar verzekeraars niet de beschikking over hebben.

Bij de identificatie van groepen zit een beetje de crux. Omdat dat zo moeilijk kan, heb ik gevraagd om op basis van marktgedrag van verzekeraars, die zich in hun advertenties en hun reclamecampagnes richten op de jonge, gezonde verzekerde, nu eens expliciet te bekijken wat een hogere compensatie van ouderen met één of meer chronische ziekten zou betekenen. Natuurlijk komen er als ik dat vraag meteen ingewikkelde vragen op: kijk nu uit voor overcompensatie, want dan is er sprake van staatssteun. Natuurlijk moeten wij daarop letten, maar misschien is er nu wel sprake van ondercompensatie. Dat weet je nooit precies, want je kunt dat zo niet meten. Maar ik zou toch wel eens willen kijken wat er zou gebeuren als je die compensatie nu verhoogt. Het is ook interessant om te bekijken hoe verzekeraars meer te interesseren zijn voor de doelgroep van die ouderen met een of meerdere chronische ziekten, omdat juist zij gebruikmaken van de zorg. Als je het aantrekkelijk kunt maken om die doelgroep naar je toe te halen, omdat je de zorg efficiënt en kwalitatief goed organiseert, dan heb je een heel belangrijke prikkel voor het systeem, niet om jouw verzekerden binnen te halen die toch al jong en gezond zijn en dus geen ziekenhuis van binnen zien, maar juist de chronisch zieken die die zorg gebruiken.

Ook is het deze groep die gebruikmaakt van de zorg die volgend jaar naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld, zoals mevrouw Bruins Slot al zei. De resultaten heb ik na de zomer en zal ik dan ook aan de Kamer doen toekomen.

De heer Van Gerven (SP):

De minister schetst terecht het probleem of er wel voldoende wordt gecompenseerd als verzekerden bepaalde gezondheidsrisico's hebben, dus bepaalde ziekten onder de leden hebben. Dat heeft Van de Ven in zijn rapport ook laten zien. Op blz. 46 staat een aantal ziektebeelden, zoals mensen die langer fysiotherapie krijgen of een bepaalde aandoening hebben, waarop verzekeraars stelselmatig toelagen, terwijl zij heel begrijpelijk aan gezonde mensen verdienen in het vereveningsmodel.

Is dan niet de conclusie dat dat risicomodel moet verbeteren en dat wij dat moeten koesteren en eerder moeten uitbreiden in plaats van het af te schaffen, waar de minister zo'n voorstander van is?

Minister Schippers:

Er lopen twee dingen door elkaar. Natuurlijk moet je het risicovereveningssysteem verbeteren en met name door de ex-antericoverevening te verbeteren, omdat je als je vooraf gecompenseerd wordt, concurreert op de beste zorg en op de inhoud van de zorg, wat wij nu juist zo graag willen. Ex-postrisicoverevening zorgt ervoor dat je de rekening gedeeltelijk over de schutting, naar je buurman kan gooien. Ex-postrisicoverevening moeten wij dus afschaffen als we willen dat de zorgverzekeraars zich inspannen om de beste zorg te leveren.

Ondercompensatie is niet goed en overcompensatie is ook niet goed. Overcompensatie mag niet, want dat is staatssteun. Ondercompensatie mag ook niet. Deskundigen bekijken voortdurend wat er geïdentificeerd kan worden en wat er gedaan zou kunnen worden. Dat wordt ook gedaan bij mijn ministerie. Ze hebben tweewekelijks zo'n overleg. Ieder jaar worden verbeteringen doorgevoerd, maar we moeten dat wel zorgvuldig doen. Als je dat niet zorgvuldig doet, gaat, voordat je het weet, zo'n heel systeem scheef en dan krijg je enorme marktverstoringen. We zijn er hartstikke serieus mee bezig. Niet alleen ik, maar ook mijn voorgangers hebben dat gedaan. Het gevolg hiervan is dat wij het beste systeem van de wereld hebben. Het is echter niet perfect. Het moet inderdaad worden verbeterd. Daar werken we dag in, dag uit aan.

De heer Van Gerven (SP):

Je kunt die ex post pas afschaffen als ex ante goed functioneert. Theoretisch zou het 100% goed moeten zijn. Dan heb je niet meer die achtervang nodig.

De heer Van de Ven heeft het over mensen met een hardnekkige rugaandoening. Een en ander kost €386 in de min. Bij een langdurige aandoening zijn de kosten €436. Als je langdurig fysiotherapie nodig hebt, is het bedrag €328 in de min. Bij alle chronische aandoeningen legt de verzekeraar er gemiddeld honderden euro's op toe. Dan is het systeem kennelijk niet op orde. Dan kun je toch niet het ex-poststelsel afschaffen, want dan bevordert je toch juist de risicoselectie en het weren van mensen die allerlei ziekten hebben en veel zorgkosten met zich meebrengen?

Minister Schippers:

Ik weet nog dat de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 in de Kamer werd behandeld. Toen heb ik samen met de heer Omtzigt van het CDA een motie ingediend waarin stond dat we zo snel mogelijk de ex post moesten afbouwen. Dat heeft nog jaren geduurd. In 2012 ging eindelijk de macro-nacalculatie eraf. Toen we dat deden, zagen we ineens dat verzekeraars veel meer op het geld gingen letten. Het is heel belangrijk dat een zorgverzekeraar heel goed en scherp inkoopt. Dat doet hij alleen als hij de rekening die overblijft niet over de schuttingen van zijn burens kan gooien. Het is dus allemaal een kwestie van balans. 100% goed krijgen we het niet. Daarom moet je bekijken wanneer het goed genoeg is om het af te bouwen. Dat gebeurt heel zorgvuldig, stapje voor stapje. Wij doen dat niet in één keer. Wij doen dat steeds stapje voor stapje.

De heer Van de Ven maakt gebruik van gegevens die niet voor de risicoverevening beschikbaar zijn. Die gegevens kunnen we echter niet toepassen in het systeem. Konden

we dat wel, dan zouden we die gegevens natuurlijk ook toepassen. Uiteindelijk gaat het er dus om dat je de gegevens die je kunt toepassen, ook hebt. Steeds weer maken we gebruik van criteria voor hulpmiddelen of geneesmiddelen. Ieder jaar ziet de Kamer die ook verschijnen. Het gaat erom dat we die criteria in het vereveningsmodel ex ante toepassen. Als het goed is, gaat het model daardoor stap voor stap vooruit. Dat wordt overigens ook erkend door iBMG. Alleen de vraag is wanneer het goed genoeg is. De crux van de discussie tussen de heer Van de Ven en tussen mij, het ministerie — wij worden vaak in één naam genoemd — heeft inderdaad betrekking op ex post. Maar ex post afbouwen is ook nodig voor concurrentie.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister maakte zojuist de opmerking — die vond ik interessant — dat zij onderzoek laat doen naar het marktgedrag van zorgverzekeraars en hun reclames, die voorname-lijk gericht zijn op gezonde mensen, jonge mensen en op studenten. Gaat de minister dat ook naast het overstapgedrag van verzekerden leggen? Is zij bereid om daar conclusies uit te trekken?

Minister Schippers:

Nu lopen er twee dingen door elkaar. Ik heb net gezegd dat ik de indirecte dingen, zoals reclame-uitingen en campagnes om bepaalde groepen verzekerden naar je toe te trekken, in de marktscan zal meenemen. Dat gebeurt nu niet. Deskundigen zeggen alsmaar tegen mij dat je bepaalde groepen niet kunt identificeren. Waar richt de verzekeraar zich op in al die campagnes? Op de jonge, gezonde hoogopgeleide. Daarom bedacht ik het volgende. Laten wij dan eens onderzoek doen naar het marktgedrag dat ik zelf constateer, niet wetenschappelijk of zo. Laten wij eens bezien of wij de ouderen met een paar chronische ziekten niet hoger moeten compenseren om het systeem beter te laten werken. Ik laat dus geen onderzoek uitvoeren naar de reclame-uitingen. Ik heb toegezegd dat ik dit aan de NZa ga vragen. Het onderzoek richt zich op mijn gevoel en de signalen die ik uit veld krijg.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik vond de suggestie juist interessant omdat de minister dan een onderzoek doet naar chronisch zieken en gehandicapten en overcompensatie. Dan is het aan de andere kant ook interessant, als je kijkt naar gezonde mensen en de reclame die op hen is gericht, dat je een en ander verbindt met een aantal andere zaken, zoals de compensatie en het overstapgedrag, om te bezien welke invloed dat nu eigenlijk heeft op het zorgverzekeringsstelsel. Volgens mij moet je beide kanten zorgvuldig onderzoeken, om te bezien welke bewegingen er precies zijn. Het zou een gemiste kans zijn om dat niet te doen. Daarom vraag ik dit expliciet aan de minister.

Minister Schippers:

Ik heb gezegd dat ik de NZa zal vragen naar die indirecte vormen. Ik zal vragen of zij deze verbanden kan leggen. Ik weet niet of men daar extern input voor nodig heeft, maar ik zal het vragen. Wij zijn er eigenlijk allemaal naar op zoek. Wij krijgen allemaal dezelfde signalen, maar het is heel erg lastig om het daadwerkelijk in die formules een plekje te

geven. De heer Omtzigt kent ze allemaal uit zijn hoofd, maar ik niet.

Dan ga ik nu over tot het beantwoorden van de vragen. De heer Van Gerven heeft eigenlijk als basisgedachte: doordat de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht en geen premiedifferentiatie kent, krijg je indirecte risicoselectie. Het feit dat je misschien graag bij één verzekeraar die twee gekoppeld wilt hebben, is inderdaad iets wat indirect zou kunnen. Wat de heer Van Gerven echter steeds vergeet, is dat in de aanvullende verzekering de dingen zitten waarvan wij vinden dat we ze niet in de basisverzekering hoeven op te nemen. Om een aantal redenen — ik noem ze maar even de criteria van Dunning — gaan bepaalde behandelwijzen eruit. De heer Van Gerven verwees naar fysiotherapie. Ik bedenk dat nooit zelf. Het besluit over fysiotherapie heb ik genomen op advies van het CVZ. Men zei daar: dit hoort niet in de basisverzekering. Dus haal ik het eruit. Dan heb je dus een aanvullende verzekering. Die valt onder de Derde Schaderichtlijn in Europa.

De heer Van Gerven vroeg: kunt u niet een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie voor de aanvullende verzekering invoeren? Nee, dat kan niet, want dat mag niet. Op Europees niveau mag dat al helemaal niet. De aanvullende verzekering is een vrije verzekering. Iedereen mag zijn eigen premie bepalen en bepalen welke pakketten hij maakt. Als men wil dat er geen premiedifferentiatie is en een acceptatieplicht, moet de zorg waarover het gaat in de basisverzekering worden opgenomen. Het is een terugkerend iets. Zo lang ik in de politiek zit, hebben wij dit debat al. Het is gewoon zo dat de aanvullende verzekering onder andere regels valt. Als u zegt dat u dit niet accepteert, is dat onmogelijk. Maar als zegt dat u het anders wilt, moet u het anders regelen.

De heer Van Gerven (SP):

De minister zegt: het ligt eigenlijk niet aan mij, ik krijg een advies van het CVZ en dan neem ik dat gewoon over. Nee, de minister is verantwoordelijk. Laten wij dus geen verstoptertje spelen. Zij neemt een advies wel of niet over. De politiek, dus ook de minister, besluit.

Het gaat mij erom, dat fysiotherapie noodzakelijke zorg is. Wijlen de heer Dunning, of wie dan ook, kan vinden of gevonden hebben dat iets in het pakket moet of niet, voor de mensen zelf betekent het dat het voor eigen rekening komt. De noodzakelijke fysiotherapie is voor een groot deel uit het pakket, tot de eerste twintig behandelingen. De groep die het weer krijgt, is heel erg teruggedrongen. Wij zien dat dit ook een middel is voor risicoselectie. Is het dan toch niet verstandig om dit terug te brengen in het basispakket dan wel om er een constructie voor te bedenken? Ik snap het probleem wel van de minister als zij het heeft over de Schaderichtlijn en zegt dat het wettelijk allemaal niet kan. Maar je kunt er met verzekeraars toch afspraken over maken dat het op vrijwillige basis gebeurt? Dat is in 2006 ook gebeurd.

Minister Schippers:

Ik ben zelf verantwoordelijk voor wat er in het basispakket zit. Ik doe voorstellen aan de Kamer en die worden al dan niet geaccepteerd. Ik verschuil mij nergens achter. Het CVZ adviseert mij. Het CVZ geeft aan of de werking van zorg

evidencebased of niet evidencebased is. De heer Van Gerven noemt het noodzakelijke zorg. Als het CVZ tegen mij zegt dat het niet wetenschappelijk is onderbouwd dat de zorg werkt, dat de zorg therapeutische meerwaarde heeft, dan luister ik naar het advies van het CVZ. Ik onderzoek dat niet persoonlijk. We hebben een heel college van deskundigen dat mij adviseert. Als het CVZ zegt dat de werking van zorg niet evidencebased is, is het voor mij een argument dat middel uit het basispakket te halen. Ik ben verantwoordelijk, maar daarop baseer ik mijn argumentatie om een middel uit het pakket te halen.

De vraag is dus: wat is noodzakelijke zorg? Dan moet de zorg op z'n minst werken. Zorg die niet werkt, moet je eruit halen. Als het CVZ erop terugkomt met de mededeling dat uit nader onderzoek blijkt dat het wel evidencebased is, ben ik bereid om te overwegen of dit middel weer terug in het pakket moet.

Een ander argument voor de overweging of iets in de basisverzekering moet, is of het voor eigen risico en rekening genomen kan worden. Dat geldt voor die twintig behandelingen fysiotherapie. Het is een politiek besluit geweest om die behandelingen niet in de basisverzekering op te nemen. Zo liggen de feiten.

De voorzitter:

Tot slot een korte interruptie, mijnheer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De maagzuurremmers werken wel, maar die haalt de minister toch uit het pakket. Zij geeft liever 500 miljoen van de medicijnopbrengsten aan het rijkste kwart van Nederland. Goed, dat is ook een politiek besluit. Mijn punt met betrekking tot noodzakelijke fysiotherapie en de afspraken met de verzekeraars is het volgende. Kunnen wij niet voor bewezen effectieve zorg die in het aanvullend pakket is ondergebracht omdat die voor eigen rekening kan komen, afspraken maken om die zorg te borgen voor degenen die het echt nodig hebben, zoals reumapatiënten en mensen met chronisch orthopedische klachten?

Minister Schippers:

Ik verzet mij echt tegen het een beetje badinerend doen over het bedrag dat wij aan zorg uitgeven. 25% van het budget van een gezin met een middeninkomen gaat naar de zorg. Dat is dus een kwart. Als wij niks doen, groeit dat tot boven de 40%. Dat zijn enorme bedragen. De heer Van Gerven zegt dat de zorg goedkoper kan omdat er scherper wordt ingekocht. Dat is de verdienste van het systeem en van het scherper inkopen. Dat geld wordt niet zomaar aan de zorg onttrokken. De uitgaven voor zorg groeien nog steeds ieder jaar. Dit jaar is die groei sowieso al 1,5% netto. Het brutopercentage is, zoals bekend, nog veel hoger. Wij versralen de zorg niet. Jaar op jaar op jaar geven wij er juist meer geld aan uit. Dus moeten wij goed kijken hoe wij dat geld besteden. Als het CVZ tegen mij zegt dat iets geen therapeutische meerwaarde heeft of dat het niet werkt, dan komt het niet in de basisverzekering. Als het college er later anders over denkt, wil ik die beslissing heroverwegen.

Het feit dat iets voor eigen risico en rekening te dragen is, is ook een argument. De meerderheid van de Kamer heeft

op mijn voorstel geoordeeld dat de maagzuurremmers voor eigen risico en rekening te dragen zijn. Bij een goedkope variant gaat het om €3 per maand. Wij vinden dat mensen dat zelf kunnen betalen, zodat wij in de collectieve verzekering dure medicijnen voor mensen die heel ziek zijn — die medicijnen kosten tonnen — met z'n allen wel kunnen opbrengen. De heer Van Gerven en ik denken daar verschillend over. Dit debat hebben wij al vaak gevoerd. Er is een basisverzekering die wij met z'n allen betalen. Daar zit enorm veel zorg in, ook gelet op internationale vergelijkingen. Ik vind dat wij daar trots op moeten zijn, in plaats van te doen alsof wij alles in de aanvullende verzekering hebben gekieperd. Dat is maar een heel klein beetje.

De voorzitter:

De minister vervolgt haar betoog.

Minister Schippers:

Het verbod op risicoselectie staat niet in de wet. Er staat echter wel in de wet dat wij geen risicoselectie willen. Dus is er een acceptatieplicht en dus is er een verbod op premie-differentiatie in de basisverzekering. Zo is dat geregeld.

De heer Van Gerven wil dat de afbouw van de risicocompensatie ex post niet doorgaat. Er is wel concurrentie nodig om de zorg betaalbaar te houden. Ook op dit punt verschillen wij van mening.

Mevrouw Bruins Slot sprak over het verschil tussen directe en indirecte risicoselectie. Dat is evident. Bij directe risicoselectie weiger je iemand en handel je in strijd met de acceptatieplicht. Onder indirecte risicoselectie valt het loken van hoogopgeleide gezonde mensen. Ik heb al toegezegd dat dit de volgende keer in de scan van de NZa zal worden meegenomen. Ik zal daarover rapporteren.

Hoe hoog is de voorspelbare ondercompensatie van patiënten die gebruikmaken van verpleegkundigen en verzorging? De vraag is of zij ondergecompenseerd worden. Daarop is heel moeilijk een vinger te leggen, want de ene oudere is de andere niet. Ook maakt het verschil of iemand meerdere chronische ziektes heeft of een enkele. Dat is nu juist het lastige. Om die reden ga ik niet wachten tot wij dat helemaal precies met een schaarje kunnen knippen. Ik vraag alvast om onderzoek naar de groep die ik net heb omschreven.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De minister heeft al toegezegd dat de ongewenste vormen van risicoselectie worden meegenomen in de marktscan. Zij legde een link naar acceptatieplicht. Er zijn echter ook ongewenste vormen van risicoselectie op het punt van het inkoopbeleid. Wordt dat ook meegenomen of legt de minister alleen een link met de acceptatieplicht? Dat zou dan weer te smal zijn.

Minister Schippers:

Het kan zijn dat ik moe ben, maar ik had het over directe en indirecte risicoselectie. Directe risicoselectie is dat iemand geweigerd wordt. Dan wordt gehandeld in strijd met de acceptatieplicht en in strijd met de wet. Indirecte risicoselectie is terug te vinden in het inkoopbeleid, reclame

enzovoort. Dat neem ik mee in de NZa-scan. In die scan zit natuurlijk al besloten hoeveel directe risicoselectie er plaatsvindt. Dat is verboden en als dat gesignaleerd wordt, moet de NZa daarover niet alleen rapporteren maar daarop ook ingrijpen onder het mom van "ho, ho, ho, u bent in strijd met de wet".

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ten opzichte van de beantwoording van de laatste vraag, zeg ik het volgende. Ik vind het goed dat de minister het onderzoek doet, maar ik vraag haar om op basis van het huidige, geldende model de ondercompensatie van de huidige Zvw-kosten te extrapoleren naar 2014 en 2015. Het gaat om een specifieke groep mensen, die goed te onderscheiden is. Het gaat om mensen die in het voorafgaande jaar van verpleging en verzorging gebruik hebben gemaakt. Eigenlijk stel ik een heel feitelijke rekenvraag. Ik verzoek haar om de uitwerking daarvan naar de Kamer te sturen.

Minister Schippers:

Dat maakt onderdeel uit van dat onderzoek. Ik heb toegezegd dat ik dat in september naar de Kamer stuur.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat is natuurlijk mooi, maar met het oog op de discussie over de langdurige zorg die omstreeks mei zal plaatsvinden, vraag ik de minister om deze specifieke vraag — ik kan die in tweede termijn nog eens herhalen — te beantwoorden en de gegevens voor 1 juni naar de Kamer te sturen.

Minister Schippers:

Dat wordt heel moeilijk, want het moet wel goed uitgezocht worden. Wij vragen om iets wat lastig is om uit te zoeken. In september beslissen wij over de ex post. Daarvoor hebt u de informatie nodig. U hebt die nodig om de besluiten daaromtrent te nemen. Die afbouw vindt plaats over de komende jaren. Ik weet niet hoe snel het kan, maar ik wil wel dat het even goed wordt uitgezocht. Ik krijg van alles en iedereen die signalen, maar het is niet de bedoeling dat ik nu met iets kom dat gemankeerd is, omdat het heel snel geleverd moest worden. Het is van belang dat u het hebt als u moet beslissen. Daarop ga ik mij richten. Wanneer wij een AO hebben over die beslissingen moet u die informatie hebben. Dan kunt u ook zeggen: u moet plussen of minnen, daar moet wat bij, daar moet wat af. Ik weet niet of het heel verstandig is om twee maanden voordat daarover besloten moet worden veel druk erop te zetten.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd of ik het eens ben met het CDA dat een ideale oplossing nog niet is gevonden. Daarmee ben ik het eens. Sterker nog, ik denk dat we de ideale oplossing nooit zullen vinden. Wel moeten we streven naar continue verbetering van dit ingewikkelde systeem.

Wil ik wetenschappelijk onderzoek doen? Dat vindt volcontinu plaats. Het is niet zo dat echt altijd een wetenschappelijk onderzoek loopt, maar het iBMG is onderdeel van de Erasmus Universiteit, dus een onderzoek wordt uitgevoerd door wetenschappers. Zij worden door ons gevraagd om ernaar te kijken. Wij doen dat met enige regelmaat. Als wij een probleem hebben waarvan de oplossing een wetenschap-

pelijke onderbouwing vergt, dan vragen we de wetenschappers om ons weer een stukje verder te helpen.

Mevrouw Klever vroeg of ik vertrouwen heb in de NZa. De NZa is mijn toezichthouder en geen onbelangrijke. Zij is een heel belangrijke toezichthouder. De NZa rapport al jaren over risicoselectie in de marktscan over de zorgverzekeringsmarkt. Ik heb geen reden om aan haar deskundigheid te twifelen. Binnenkort komt de NZa ook met een onderzoek naar de acceptatieplicht. Zoals gezegd, wil ik dat deze maand naar de Kamer sturen als dat mogelijk is. Ik heb er vertrouwen in dat de NZa dat goed doet. Wij zijn met elkaar tot een goed systeem gekomen.

Er werd verwezen naar passages uit de marktscan over de medisch-specialistische zorg. Ik heb net in de regeling van werkzaamheden gehoord dat ik de Kamer een brief moet sturen daarover en over de informatieveiligheid bij de NZa. De Kamer weet dat ik een commissie zal instellen. Ik wacht eerst af waar die commissie mee komt. Het lijkt mij belangrijk om op basis van feiten te discussiëren met elkaar.

Er werd gevraagd naar zwangere vrouwen. Afgelopen december heeft de heer Arno Rutte mij gevraagd om dit criterium in het model 2015 op te nemen, en het criterium "sociaaleconomische status". Het is niet haalbaar deze twee criteria in het model 2015 op te nemen. Verzekeraars krijgen voor vrouwen in de vruchtbare periode een hogere vereveningsbijdrage. Ik blijf ook van mening dat het argument dat ik in dat algemeen overleg heb genoemd nog steeds geldt, namelijk dat je uiteindelijk niet kunt voorspellen of een vrouw zwanger wordt. Je kunt wel voor alle vrouwen in die groep een hogere vereveningsbijdrage vaststellen en dat doen wij ook.

In het vereveningsmodel wordt expliciet aandacht besteed aan de sociaaleconomische status naar inkomen en aard van het inkomen. Daar is ook naar gevraagd. Wij zijn daar nog mee bezig, dus daar kom ik nog op terug. Er zitten al allerlei aspecten in het model, maar het blijft natuurlijk een aandachtspunt. Mevrouw Bruins Slot noemde zelf Promovendum, dat zich specifiek op hogere inkomens richt. Dat is dus al een indirect signaal.

De kwestie van de arbeidsmigranten speelt in een bredere context. Ook arbeidsmarktgerelateerde zaken spelen een rol. Het signaal van de CNV neemt het kabinet serieus, namelijk dat er polissen worden aangeboden voor deze groep en dat daar mogelijk winst op wordt gemaakt door de werkgever en/of de zorgverzekeraar. In de Kamervragen hierover die de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en ik vorige week hebben beantwoord, schrijft de minister van SZW dat hij een gesprek zal aangaan met relevante partijen over de vraag hoe wordt omgegaan met het aanbieden van zorgverzekeringen aan arbeidsmigranten en aan welke regels men zich nu eigenlijk moet houden. Het lijkt mij heel verstandig om eerst in dat kader te kijken naar een oplossing van het probleem. Wij gaan praten met de werkgevers en met de verzekeraars die hier een rol bij hebben. Een apart vereveningskenmerk voor arbeidsmigranten ligt wat mij betreft niet voor de hand. Het is immers ook maar een heel beperkte groep en zo verfijnd is ons vereveningssysteem nu ook weer niet.

De voorzitter:

Echt heel kort, mevrouw Bruins Slot. Er wordt nu echt op alles ingegaan en dat is niet helemaal de bedoeling. Bovendien is er ook nog een tweede termijn.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ken de antwoorden op die schriftelijke vragen, want die heb ik zelf gesteld. Daarin staat niet dat de Kamer wordt geïnformeerd over de uitkomsten van dat overleg. Ik zou het zeer op prijs stellen om te weten hoe het verder gaat met dit onderwerp.

Minister Schippers:

Ik zal die vraag doorgeleiden naar de minister van SZW, die de gesprekken voert. Ik zal hem vragen of hij na afronding daarvan de Kamer wil informeren over wat ze hebben opgeleverd.

De voorzitter:

Hoeveel tijd hebt u nog nodig, minister?

Minister Schippers:

Ik ben bij de laatste spreker, mevrouw Bouwmeester. Zij heeft mij een aantal vragen gesteld. Die over de directe en indirecte signalen hebben we al besproken.

De signalen van de toezichthouders in de zorg zijn goud waard, dat ben ik helemaal met mevrouw Bouwmeester eens. Het bundelen ervan is waardevol omdat je dan trends kunt onderscheiden. Ik ben bereid om te kijken welke signalen van welke partijen voor een dergelijke bundeling in de rede liggen. Ik kom bij de Kamer terug op de vraag hoe wij dat nu het beste zouden kunnen doen. Ik kan mij ook voorstellen dat de inspectie niet wil dat men een signaal hier en een signaal daar krijgt. We moeten dan wel een systeem vinden om dat te bundelen.

Mevrouw Bouwmeester vraagt ook of ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de NZa gezamenlijk een soort "stand van het zorgland"-verslag wil laten maken dat ze aan de Kamer kunnen presenteren. Ik vind dat een heel aardige vraag, omdat ik hiermee zelf al een tijdje bezig ben. Het RIVM publiceert eens in de paar jaar een enorm rapport, waaraan heel hard wordt gewerkt. Daarin staat allerlei informatie. Aan de hand van dat rapport krijg je best een aardig beeld van de zorg. Het valt mij steeds op dat we met dit rapport vaak zo weinig doen. De inspectie geeft eigenlijk ook periodiek zo'n soort rapport uit. Het lijkt mij aardig om die rapporten van de NZa, de IGZ en het RIVM te bundelen. Dat idee heb ik intern al in de week gelegd. Op die manier zouden we een document in handen krijgen waarin de stand van het zorgland is weergegeven. Op die manier zou je daarvoor niet meer in allerlei verschillende rapporten hoeven te zoeken. Ik ben hiermee dus bezig.

Juist omdat ik ermee bezig ben, weet ik dat dit heel lastig is. Het is heel lastig omdat de cadans van al die verschillende organisaties gericht is op de eigen termijnen van de eigen onderzoeken. De ene is vierjaarlijks, de andere tweejaarlijks en bij weer een ander is het weer iets anders. En vaak wil men het wel zo houden of zaken niet loslaten. Als je dan een en ander wilt bundelen, wordt het moeilijk. Toch

spreekt het idee mij zeer aan. Dit is echter taaie kost. Maar ik ga toezeggen dat de Kamer voor de zomer van mij te horen krijgt wat de stand van zaken op dit punt is en hoever we hiermee zijn gevorderd. Dat toezeggen helpt mij ook, want daardoor ontstaat er wat druk.

De voorzitter:

U doelt op de zomer van 2014?

Minister Schippers:

Ja, want 2015 zou te lang duren, voorzitter.

De voorzitter:

De heer Van Gerven wil nog interrumpen. Houdt u het kort, want eigenlijk antwoordde de minister op een vraag van mevrouw Bouwmeester.

De heer Van Gerven (SP):

Zeker, maar ik wil de minister nog een casus voorleggen. Die gaat over onbedoelde effecten. De groep van mensen die veel vrijwillig eigen risico nemen tegen een lagere premie, wordt overgecompenseerd.

De voorzitter:

Wat is uw vraag, mijnheer Van Gerven?

De heer Van Gerven (SP):

De verzekeraar die goede zorg inkoop voor chronisch zieken, trekt daarmee heel veel mensen aan die chronisch ziek zijn. Die mensen worden echter ondergecompenseerd.

De voorzitter:

Wat is uw vraag, mijnheer Van Gerven?

De heer Van Gerven (SP):

Mijn vraag is hoe de minister deze effecten gaat monitoren en laat meewegen. Dit leidt tot onbedoelde selectie. Er wordt immers niet bewust risicoselectie toegepast, maar dit leidt mogelijk wel tot die selectie.

Minister Schippers:

We hebben het nu juist over het feit dat die groepen zo moeilijk te identificeren zijn. Als dat niet zo was, zou je hieraan direct iets kunnen doen. Als er een groep was waarbij direct duidelijk zou zijn dat die veel te veel geld krijgt in de risicoverevening, dan zou het bedrag voor die groep worden verlaagd. Als er een groep was waarvan duidelijk zou zijn dat er te weinig geld naartoe ging, dan zou je die meer geld kunnen geven. Maar dit is nu juist het ingewikkelde van het risicovereveningssysteem, waar al die batterijen deskundigen nu aan werken. Ik krijg ook signalen over wat de heer Van Gerven hier nu schetst. Ik heb daarom besloten om dit te laten onderzoeken. Hoe kunnen wij een hoger bedrag meegeven aan ouderen met een of meer chronische ziekten, zodat juist die ouderen aantrekkelijk worden voor verzekeraars? Misschien gaan verzekeraars dan wel campagnes houden om juist die verzekerden naar

zich toe te trekken. Ik kom na de zomer bij de Kamer terug met de resultaten van dat onderzoek.

De voorzitter:

Tot slot, mijnheer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Zouden we ook niet kunnen concluderen dat het vrijwillig eigen risico ertoe leidt dat gezonde mensen vooral bij een bepaalde verzekeraar terecht komen, terwijl alle groepen eigenlijk gelijkelijk over alle verzekeraars verdeeld zouden moeten zijn? Zouden we dus niet het systeem met het vrijwillig eigen risico moeten aanpassen, als dat risicovereveningssysteem kennelijk niet goed werkt?

Minister Schippers:

Die conclusie trekt de heer Van Gerven te snel. Je kunt echter wel concluderen dat de gezonde verzekerde eerder de neiging heeft om te kiezen voor een hoog eigen risico dan iemand die chronische ziekten heeft. De laatste zal immers uiteraard het eigen risico volmaken. We weten dat dit effect in het systeem zit. Dit heeft ook te maken met solidariteit. Hierover hebben we vaker gesproken. Je vraagt van jonge mensen om een hoge premie te betalen, terwijl ze nooit gebruikmaken van de zorg. Er moet daarbij een balans gevonden worden. De premie moet niet té hoog worden, want anders verliezen deze gezonde mensen de bereidheid om die hoge premies te betalen. Dat is een ander debat, maar dat ligt hier natuurlijk wel onder.

De voorzitter:

Hiermee zijn we aan het eind gekomen van de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn.



De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Ik begin met het indienen van een tweetal moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat ondanks het vereveningsmodel er groepen verzekerden zijn die een voorspelbaar positief of negatief resultaat opleveren;

overwegende dat een verbod op risicoselectie niet expliciet is opgenomen in de wet;

overwegende dat dit risicoselectie door zorgverzekeraars mogelijk maakt;

overwegende dat zorgverzekeraars indirect risicoselectie toepassen op de basisverzekering, bijvoorbeeld door de aanvullende verzekering onaantrekkelijk te maken voor groepen verzekerden;

verzoekt de regering, een formeel verbod op risicoselectie op te nemen in de wet en een voorstel hiertoe naar de Tweede Kamer te zenden,

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. 507 (29689).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het wenselijk is dat mensen met chronische ziekten of aandoeningen niet kunnen worden uitgesloten voor de aanvullende verzekering;

overwegende dat risicoselectie in de aanvullende verzekering van medisch noodzakelijke zorg via een omweg kan leiden tot risicoselectie in de basiszorg;

overwegende dat verzekerden in grote meerderheid een aanvullende verzekering afsluiten bij die verzekeraar waarbij ze ook de basisverzekering afsluiten;

spreekt uit dat indirecte risicoselectie op de basisverzekering via de aanvullende verzekering ongewenst is;

verzoekt de regering, maatregelen uit te werken om dit te voorkomen,

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. 508 (29689).

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

Voorzitter. Ik heb tot slot nog één opmerking. De minister zegt keer op keer dat er veel te veel geld naar de zorg gaat. Ik begrijp dan niet dat ze er toch in slaagt om 500 miljoen van het beoogde zorgbudget door te sluisen naar de rijkste kwart van Nederland.

De voorzitter:

Volgens mij hebt u dat eerder ook al gezegd. U ging hiermee wel ruim over uw spreektijd heen.



Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. De kern van de zorgverzekeringswetten is dat iedereen recht heeft op goede zorg, of je nu jong, oud, ziek, rijk of arm bent. Die zorg is echt op het principe van solidariteit gebouwd. De minister heeft hier in het debat goed kunnen aangeven dat risicoselectie en indirecte risicoselectie moet worden tegengegaan. Ik ben blij met haar toezeg-

ging dat de Nederlandse Zorgautoriteit signalen van indirecte risicoselectie en indirecte risicoselectie zelf in de monitor gaat meenemen. Mijn vraag aan de minister is dan nog wel of de Nederlandse Zorgautoriteit dat al voor de monitor van 2013 kan doen, zodat wij hier voor het eerst in het najaar, als wij het rapport krijgen, inzicht in hebben.

Mijn tweede punt betreft het onderzoek dat de minister doet naar overcompensatie. Ik vraag eigenlijk iets anders van de minister. Ik zal dat zorgvuldig formuleren en doe dat in de vorm van een motie. Ik heb het idee dat we er wel uit komen, maar ik hoor wel van de minister of zij ermee kan leven.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat een goede risicoverevening cruciaal is voor het waarborgen van de solidariteit in de zorg;

constaterende dat in 2012 voor de specifieke zorg verzekerden met een indicatie verpleging en verzorging de ondercompensatie honderden euro's was;

verzoekt de regering om voor verzekerden die in het voorafgaande jaar gebruikmaakten van verpleging en verzorging de precieze omvang van de ondercompensatie voor de risicoverevening 2015 uit te rekenen en de Kamer voor 1 september 2014 hierover 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. 509 (29689).



Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen. Zij heeft toegezegd dat de directe en indirecte vormen van risicoselectie worden meegenomen en onderzocht en dat zij het risicovereveningssysteem vrijwel continu zal laten onderzoeken. Ik dank de minister voor deze toezegging en ik zal de motie die ik hierover klaar had liggen dan ook niet indienen. Wel wil ik de minister vragen om de resultaten voor 1 november 2014 naar de Kamer te sturen. Dat is namelijk het moment waarop mensen een nieuwe polis gaan afsluiten. Het is dan fijn om te weten wat er allemaal gebeurt.

De PVV maakt zich wel grote zorgen over het functioneren van de NZa. De minister zegt dat zij daarin nog het volste vertrouwen heeft, maar gezien de recente onthullingen hebben wij dat niet. Ik wacht met spanning de brief van de minister hierover af die wij dinsdag voor 12.00 uur ontvangen.



Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Risicoselectie ondermijnt de solidariteit in de zorg. Dat is niet alleen de zorg van de Partij van de Arbeid. De minister heeft duidelijk aangegeven dat het ook haar zorg is. Ik wil haar danken voor haar toezeggingen. Ze heeft onder andere toegezegd om directe en indirecte vormen van risicoselectie mee te nemen in de marktscan van de NZa. Ik heb dezelfde vraag als de CDA-fractie: kan men al beginnen voor de marktscan van 2013?

De minister gaat aan de slag met de prikkel tot risicoselectie door de verfijning van de risicoverevening. Wij blijven dat net als de minister op de voet volgen.

Ik heb de minister gevraagd of het interessant is om de signalen van de NZa te bundelen en naar buiten te brengen. Zij heeft dat toegezegd, maar ik heb nog niet gehoord wanneer ze dat wil doen.

Mijn volgende vraag gaat over een toezegging die ik zeer belangrijk vind, namelijk om één keer per jaar te spreken met elkaar over de stand van het zorgland. Je laat de toezichthouders dan gezamenlijk een signalenrapport sturen. De minister was daar al mee bezig; dank daarvoor. Volgens mij kun je dit goed gebruiken als input voor het risico-gestuurd toezicht, maar ook voor de jaarlijkse "verantwoordingsdag" over de zorg: welke kant gaan we op, gaan we de gewenste kant op, welke ontwikkelingen moeten we bijsturen? Daarover krijgen we een brief en daar ben ik zeer tevreden over.

De voorzitter:

De minister heeft een minuut nodig om haar beantwoording voor te bereiden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Minister Schippers:

Voorzitter. In de motie-Van Gerven op stuk nr. 507 wordt de regering verzocht, een formeel verbod op risicoselectie op te nemen in de wet. Ik ben niet voornemens om dat te doen. Ik heb al aangegeven dat er een acceptatieplicht is en een verbod op premiedifferentiatie. We hebben dat via die weg geregeld.

In de motie-Van Gerven op stuk nr. 508 wordt de regering verzocht, maatregelen uit te werken om risicoselectie via de aanvullende verzekering te voorkomen. Ik ontraad deze motie. We hebben heel vaak discussies over de aanvullende verzekeringen. Die hebben echt andere regels. Daarom is het ook een aparte verzekering. Anders zou een aanvullende verzekering onderdeel zijn van de basisverzekering.

De heer Van Gerven (SP):

Ik heb nog een vraag over mijn motie op stuk nr. 507. De minister ontraad haar omdat het al geregeld is. Waarom hebben we dan vandaag dit debat?

Minister Schippers:

Omdat u er graag met mij over wilt spreken. Daartoe ben ik altijd bereid, want dit is een belangrijk onderwerp. Niets staat u in de weg om het zelf te doen. Ik vind dat prima. Dat is aan de Kamer. Ik zeg alleen dat ik tegen risicoselectie ben. Ik heb toegelicht hoe we dat hebben geregeld in de basisverzekering: een acceptatieplicht en geen premiedifferentiatie. Dat zijn onze garanties daarvoor. Als u zegt dat graag op een andere manier te willen regelen, dan staat u dat vrij. Ik ben dat alleen niet met u eens. Daarom ontraad ik de motie.

De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven, we gaan geen nieuwe discussie voeren. U mag een vraag stellen die gericht is op de motie.

De heer Van Gerven (SP):

Ik kan de redenering van de minister niet volgen. Zij zegt dat het goed geregeld is en dat we eigenlijk niet hadden hoeven debatteren. In dit debat zien we echter dat er heel veel haken en ogen zitten aan dit systeem. Waarom regelen we het gewoon niet? Wij willen met z'n allen geen risicoselectie. Waarom nemen we dat niet gewoon op in de wet? Dat lijkt mij de meest rechte weg daarnaartoe.

Minister Schippers:

Ik debatteer heel graag met de Kamer over dit onderwerp omdat ik het heel belangrijk vind dat we het goed doen. Als er suggesties uit de Kamer komen, zoals vandaag, is het belangrijk dat we daar een interactie over hebben zodat ik die suggesties weer kan meenemen. U zegt dat dit systeem niet deugt, maar wat we in het iBMG-rapport hebben kunnen lezen, is dat alternatieve systemen nog minder deugen. Dat we moeten roeien met de riemen die we hebben, is waar. Dat we ons uiterste best doen om dat te verbeteren, is ook waar. Dat het niet ideaal is, is ook waar.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter ...

De voorzitter:

Nee, mevrouw Bouwmeester. Dit gaat over een motie van de heer Van Gerven.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Om te weten of ik die motie kan steunen, heb ik een technische vraag aan de minister. Daar is niets politieks aan.

De voorzitter:

Goed, gaat u verder.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

In de motie-Van Gerven op stuk nr. 508 ...

De voorzitter:

Op die motie moet de minister nog reageren.

Minister Schippers:
Dat heb ik al gedaan.

De voorzitter:
O, dat hebt u al gedaan. Gaat uw gang, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
In die motie staat dat er een kans op risicoselectie bestaat via de aanvullende verzekering. Dat leek mij een onderwerp dat naar voren komt in het onderzoek dat de minister heeft toegezegd, namelijk een indirecte ongewenste vorm van risicoselectie. Als dat gewoon wordt meegenomen in het onderzoek, lijkt mij de motie overbodig en hoef ik haar niet te steunen. Voor de zekerheid vraag ik het nog even na.

Minister Schippers:
Het is natuurlijk onderdeel van die indirecte risicoselectie. In deze motie wordt gevraagd om maatregelen uit te werken om die te voorkomen, terwijl ik heb toegezegd dat we nagaan welke methodes we hebben en dat we dat punt opnemen in de marktscan. De motie gaat veel verder. Daar staat in dat we er al op moeten acteren.

Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd of we in de marktscan 2013 al kunnen kijken naar indirecte risicoselectie. De marktscan loopt al, dus dat wordt heel erg moeilijk, maar in de eerstvolgende marktscan, die van 2014, zal ik dit meenemen. Het zal niet lukken om dit nog mee te nemen in de marktscan over 2013, aangezien die al meer dan halverwege is.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
De NZa krijgt wel altijd signalen binnen via haar meldpunt. Ik begrijp dat zij het nog niet volledig kan doen, maar u kunt de NZa wellicht wel verzoeken om het materiaal dat zij heeft, erin mee te nemen.

Minister Schippers:
Ik zal vragen of zij het materiaal dat zij heeft, erin mee kan nemen. Onderdeel van de vraag was namelijk of ik het kan monitoren en of ik inzicht kan geven in, maar als iets al over een halfjaar loopt, is dat lastig. Dan krijg je een gemankeerd onderzoek. Ik kan altijd vragen of zij signalen en dergelijke kan bundelen, maar het zal niet voldoen aan uw vraag voor het jaar daarop.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Eens, maar het geeft in ieder geval wel een start aan de discussie die wij daarna met elkaar gaan voeren over indirecte risicoselectie. Wellicht kan er in het rapport worden ingegaan op de vraag op welke manier het volgend jaar wel intensief en zorgvuldig wordt gemonitord.

Minister Schippers:
De motie van mevrouw Bruins Slot kan ik toezeggen bij de besluitvorming ex post in september 2014. Ik weet niet of 1 september echt lukt, maar in ieder geval voor de besluitvorming in september.

De voorzitter:
Is dit een technische vraag?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Nee, als ik het goed begrijp kan de minister precies uitvoeren wat in het dictum van de motie staat. Toch?

Minister Schippers:
Ja.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Dan trek ik de motie in.

De voorzitter:
Aangezien de motie-Bruins Slot (29689, nr. 509) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister Schippers:
Mevrouw Klever stelde eigenlijk dezelfde vraag, namelijk of ik dit al kan meenemen. Voor zover er signalen zijn, zullen wij deze meenemen, maar het wordt pas echt in het jaar daarop.

Het is heel vervelend, maar ik heb de eerste vraag van mevrouw Bouwmeester niet helemaal meegekregen. De tweede vraag, om een keer per jaar in te gaan op de stand van het zorgland, kan ik wel beantwoorden. Ik vind het een heel aardige suggestie om dat voor verantwoordingsdag te proberen. Ik ga ook vragen of we ons daarop kunnen richten. In de brief die ik voor de zomer heb toegezegd, neem ik die suggestie mee en zal ik daarop reflecteren.

De voorzitter:
Dan nog even de eerste vraag.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
Dank voor deze heel mooie toezegging. De eerste vraag ging over het signalenrapport van de NZa. De minister zei dat zij ging bekijken wat je kunt bundelen, en hoe, en hoe kan het dan naar buiten. We willen natuurlijk geen overzicht hebben van elk telefoontje. De vraag is wanneer de minister dat naar de Kamer kan sturen.

Minister Schippers:
Ik heb toegezegd dat ik die signalen indirect meeneem in de al lopende scan. Daar zal de NZa in het rapport aandacht aan besteden.

De voorzitter:
Het lijkt mij goed om dit even voor de Handelingen te herhalen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
Ik had vier vragen. Mijn derde vraag ging er heel specifiek over dat de toezichthouder goud in handen heeft met brede

signalen, ook over alles wat niet verboden is, nog los van risicoselectie. Het zou mooi zijn als je dat kunt bundelen in een trendrapportage die aan de Kamer wordt gestuurd, zodat we wat meer te horen krijgen over wat zij allemaal in het zorgland zien, behalve de vier wettelijke verboden waarop zij toezien.

Minister Schippers:

Dat wil ik echt meenemen in die brief over de stand van het zorgland. Dat lijkt mij een onderdeel daarvan. Dan is het toch NZa, inspectie en RIVM, wat mij betreft. Misschien vergeet ik nog een adviseur, maar die neem ik graag mee. Dat laat ik daarvan een onderdeel zijn.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Over de ingediende moties zullen we volgende week stemmen. Ik dank de minister, de Kamerleden en de mensen die op de publieke tribune of via internet dit debat volgen.