

Vergaderjaar 2021–2022

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1164**

### **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 8 augustus 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 29 juni 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 februari 2022 inzake onderzoek «De zorgverzekeraar als adviseur» (Kamerstuk 29 689, nr. 1141);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 september 2020 inzake definitief risicovereveningsmodel 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1078);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 september 2020 inzake beleidsreactie NZa-monitor zorgverzekeringen 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1080);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake voortgangsrapportage ZE&GG en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 324);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake onderzoeken gemeentepolis en maatregelen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan (Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 1081);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 oktober 2020 inzake onderzoeken naar polissen met beperkende voorwaarden (Kamerstuk 29 689, nr. 1082);**
- **de brief van de president van de Algemene Rekenkamer d.d. 13 oktober 2020 inzake rapport «Verzekerd van Zinnige Zorg; De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014–2019» (Kamerstuk 29 689, nr. 1083);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 oktober 2020 inzake Verzekerdenmonitor 2020 (Kamerstuk 33 077, nr. 24);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 november 2020 inzake «De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars» (Kamerstuk 29 689, nr. 1088);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 december 2020 inzake reactie op het advies van de Neder-**

- landse Zorgautoriteit (NZa) «Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek» (Kamerstuk 29 689, nr. 1089);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 december 2020 inzake reactie op de motie van de leden Van der Staaij en Ploumen over tegengaan van een verdere stapeling van zorgkosten (Kamerstuk 34 104, nr. 261) (Kamerstuk 34 104, nr. 315);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 januari 2021 inzake reactie op verzoek commissie inzake verhoging zorgpremie (Kamerstuk 29 689, nr. 1092);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 april 2021 inzake alternatieve financiering met betrekking tot zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 1100);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 mei 2021 inzake voortgang geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (Kamerstuk 33 578, nr. 85);
  - de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2021 inzake «Controles op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars – Samenvattend rapport 2020» van de Nederlandse Zorgautoriteit (Kamerstuk 32 620, nr. 269);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 juni 2021 inzake «Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2020» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 29 689, nr. 1107);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 juli 2021 inzake risicovereveningsmodel 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1123);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 september 2021 inzake definitieve vormgeving risicovereveningsmodel 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1126);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 oktober 2021 inzake antwoorden op vragen commissie over de verkenning eigen risico naar vaste eigen bijdragen en evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten (Kamerstuk 29 689, nr. 1133);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 oktober 2021 inzake reactie op het verzoek van het lid Wilders, gedaan tijdens de Algemene Politieke Beschuwingen van 23 september 2021, over de mogelijkheden van de introductie van een hardheidsclausule in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor het eigen risico (Kamerstuk 29 689, nr. 1134);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 oktober 2021 inzake Verzekerdenmonitor 2021 (Kamerstuk 33 077, nr. 25);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2021 inzake kabinetsreactie op de NZa-monitor zorgverzekeringsmarkt 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1130);
  - de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 maart 2021 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) «Eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek» (Kamerstuk 29 689, nr. 1098);
  - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2022 inzake reactie op verzoek commissie over het rapport «De keuze voor en ervaringen met een zorgverzekeringspolis met beperkende voorwaarden» (Kamerstuk 29 689, nr. 1149);

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2021 inzake verkenning eigen risico naar vaste eigen bijdragen en evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten (Kamerstuk 29 689, nr. 1109);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2021 inzake monitor maximering eigen bijdragen geneesmiddelen 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 712);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 mei 2021 inzake gevolgen van duurzaam gescheiden leven (DGL) voor de verschuldigde eigen bijdrage aan het CAK (Kamerstuk 26 448, nr. 648);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2021 inzake reactie op verzoek commissie over eigen bijdrage Wlz in ggz (2021D27543);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2021 inzake rapport «Eigen betalingen voor hulpmiddelgebruikers» (Kamerstuk 32 805, nr. 121);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 december 2021 inzake reactie op de motie van het lid Aukje de Vries over dilemma's rondom kosten in de thuissituatie (Kamerstuk 29 689, nr. 1138);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2022 inzake rapport «Verkenning afrekening eigen risico ggz» (Kamerstuk 25 424, nr. 604);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2022 inzake overstapseizoen 2021–2022 en het keuzeproces van verzekerden (Kamerstuk 29 689, nr. 1142);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2022 inzake toezegging gedaan tijdens het debat Wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van 6 april 2022, over onderzoeken naar polissen met beperkende voorwaarden (Kamerstuk 29 689, nr. 1144);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2022 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijzigingen voor de vast te stellen vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1148).

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

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Smals**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Van den Hil, Kuzu, Paulusma en Smals,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.31 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We hebben vandaag een commissiedebat over de Zorgverzekeringswet en de eigen bijdragen in de zorg. Van harte welkom aan de Minister en zijn ondersteuning, aan de mensen op de publieke tribune en aan mijn collega's. We hebben een maximale spreektijd van vijf minuten. Ik wil onderling vier interrupties of woordmeldingen in de eerste termijn voorstellen en vier interrupties bij de beantwoording van de vragen in de eerste termijn van het kabinet. We hebben ook nog een tweede termijn, als het aan mij ligt. Om geen tijd te verspillen wil ik graag het woord geven aan mevrouw Paulusma namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. D66 wil dat iedereen toegang heeft tot goede zorg. Eigen bijdragen mogen er niet voor zorgen dat mensen zorg gaan mijden. Het moet namelijk niet uitmaken wie je bent, wat je doet, wie je ouders zijn of waar je vandaan komt om toegang tot goede zorg te krijgen. Wat mij betreft gaat het debat vandaag daarover, over dat we de zorg ook betaalbaar houden voor mensen met een kleinere portemonnee en dat we inzetten op houdbare zorg voor iedereen.

Voorzitter. Ik ben dan ook blij dat de Minister aan de slag gaat met het spreiden van het verplichte eigen risico. Dat stond ook niet voor niets in het D66-verkiezingsprogramma. Want wie nu naar het ziekenhuis moet, is vaak in één keer het verplichte eigen risico van € 385 per jaar kwijt. € 385 is voor heel veel mensen heel veel geld. Als je dat in één keer moet betalen, kan dat een drempel zijn om zorg te zoeken. Door dit risico te spreiden haal je die drempel weg, maar behoud je tegelijkertijd de prikkel om goed na te blijven denken over het doen van een verantwoord beroep op dure zorg. Kan de Minister verder toelichten welke stappen nodig zijn om tot dit gespreide eigen risico te komen? Wij lazten eerder dat de spreiding vanaf 2025 opgetuigd zal zijn. Kan dit ook eerder?

De heer **Hijink** (SP):

Mevrouw Paulusma zegt dat er ook met de aanpassing van het eigen risico een verantwoordelijkheid blijft bestaan voor mensen om niet onnodig dure zorg te gebruiken. Ik zou mevrouw Paulusma het volgende willen vragen. Als je ziek bent en je bepaalde medicijnen nodig hebt of naar de specialist moet, op welke manier leidt deze aanpassing van het eigen risico dan uiteindelijk tot minder kosten voor deze groep chronisch zieken?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik deel de zorgen om deze groep. Ik heb niet gezegd dat het tot minder kosten gaat leiden. Ik heb gezegd dat de drempel door spreiding en het lager maken van het bedrag lager wordt, waardoor mensen minder zorg mijden. Dat komt mensen met een chronische aandoening uiteindelijk ook ten goede.

De heer **Hijink** (SP):

Het principiële punt is natuurlijk: is het eigen risico een eerlijk middel om mensen voor de zorg te laten betalen? De SP vindt heel duidelijk van niet. Ik vind het moeilijk dat D66 nu heel tevreden is over een kleine aanpassing van het voorstel. Maar als je oud of chronisch ziek bent en die zorgkosten maakt, dan maakt het aan het eind van het jaar onder de streep natuurlijk helemaal geen drol, helemaal niks, uit hoeveel je uiteindelijk aan eigen risico hebt betaald, want dat blijft gewoon € 385. We kunnen het wel gaan uitsmeren, betalingsregelingen gaan treffen of weet ik veel wat, maar onder de streep blijft het gewoon een boete op ziek zijn. Ik snap niet waarom D66 niet de principiële vraag stelt waarom we dit systeem eigenlijk nog hebben, waarin we zieke mensen zwaarder belasten in de zorgkosten dan mensen die het geluk hebben dat ze gezond blijven.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk dat we het daar niet over eens gaan worden. Voor ons is het eigen risico niet een boete op ziek zijn, maar een manier om de zorg met elkaar betaalbaar en toegankelijk te houden. Maar wij zien wel dat dat bedrag in één keer een hele grote stap is voor een heleboel mensen. Die drempel willen we eruit halen. Vandaar dat we blij zijn met het voorstel om het te spreiden. Dat is geen kleine stap, maar best een hele grote stap.

De heer **Kuzu** (DENK):

Aanvullend hierop: het eigen risico is bevroren op € 385 sinds 2017. Tegelijkertijd komt de stijging van de zorgkosten ten laste van de zorgverzekeringspremie. Dat betekent dat mensen onderaan de streep nog steeds meer moeten betalen. D66 erkent het principe dat mensen zorg mijden. Vanuit die stellingname zou je toch de logische conclusie moeten trekken dat je iets fundamenteel anders moet gaan doen met betrekking tot de stijging van de premies en het eigen risico als instrument an sich?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben even kwijt wat de vraag is. U begon over het bevroren en u eindigde met het eigen risico. Ik wil graag een goed antwoord geven.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ik zal het nog een keer herhalen.

De **voorzitter**:

Als u het kort houdt, dan zal ik 'm niet meetellen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Waar het om gaat, is dat het eigen risico € 385 blijft. De stijging daarvan is in de afgelopen vijf jaar bevroren, maar de meerkosten voor de zorgverzekeraars worden verevend in de zorgverzekeringspremies. Mensen hebben dus onderaan de streep te maken met hogere zorgkosten, in de vorm van premies plus het eigen risico van € 385. Als stijgende zorgkosten een reden zijn voor mensen om zorg te mijden, dan zou je toch een fundamenteel andere benadering moeten kiezen en het eigen risico moeten afschaffen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik schrijf driftig mee om het te kunnen volgen. Dat bevroren is gebeurd op basis van een uitspraak van de Kamer. Ik denk dat wij het niet eens gaan worden, net als bij meneer Hijink. Wij kijken anders naar het eigen risico, maar wij vinden het wel belangrijk dat het geen drempel is voor mensen met een kleinere portemonnee. Vandaar dat we blij zijn met het voorstel om het op te knippen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Dat is precies het punt. Het is voor mensen met een kleine portemonnee juist een prikkel om zorg te mijden. Als D66 dat erkent, dan kun je toch niet tot een andere conclusie komen dan dat je het hele stelsel, met een verhoging van de premies en het eigen risico van € 385, fundamenteel moet herzien?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nogmaals, u legt een verband dat er volgens mij niet is. Wij kijken gewoon anders naar het eigen risico. Ik vind het belangrijk dat we het opknippen, zodat de drempel lager wordt om zorg te mijden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik probeer de redenering van mevrouw Paulusma te begrijpen. Als je vier keer € 100 moet betalen en je weinig geld hebt, dan heb je alsnog een heel groot probleem om de zorg te kunnen betalen. Het is inderdaad voor sommige mensen niet te doen om in één klap € 385 neer te leggen, maar vier keer € 100 neerleggen is ook niet te doen. Dus hoe ziet mevrouw Paulusma dat?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik weet niet of we uit moeten komen op vier keer € 100. Ik ben ook heel benieuwd naar de uitwerking van de Minister, want misschien gaat het wel om veel kleinere partjes dan vier keer € 100. Ook € 100 kan inderdaad voor veel mensen nog een groot bedrag zijn. Het gaat ons erom dat we dit instrument inzetten om zorgmijding te voorkomen. Ik denk dat ook wij het niet eens gaan worden over wel of geen eigen risico. Voor ons is het belangrijk dat de kosten geen drempel zijn om van zorg gebruik te maken. Het kan prima een lager bedrag zijn omdat het over het jaar wordt gespreid.

De **voorzitter**:

Heeft u nog een vraag, mevrouw Ellemeet?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat er bij 7% van alle patiënten sprake is van zorgmijding. Dat zijn ontzettend veel Nederlanders die zorg mijden vanwege de kosten. Ik neem aan dat mevrouw Paulusma het met mij eens is dat een spreiding van het eigen risico niet genoeg zal zijn om die 7% zorgmijding op te lossen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat ben ik eens met mevrouw Ellemeet. Ik denk dat we een heleboel dingen moeten doen voor mensen die het moeilijk hebben. Die groep wordt steeds groter. We moeten ook kijken naar de woning, de huur, de inkomsten en het werk, maar ook naar de zorgkosten. Ik denk dat het spreiden van het eigen risico een onderdeel is in dat grote geheel.

De **voorzitter**:

Dit wordt uw derde vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We moeten inderdaad een heleboel dingen doen, maar we moeten ook kijken wat we binnen de zorg kunnen doen. GroenLinks vindt ook dat we wat moeten doen aan de te hoge huren en aan andere kosten buiten de zorg, maar wij zitten hier nu voor de zorg. We constateren hier dat 7% van de mensen zorg mijdt vanwege de kosten. Ik vind het echt niet genoeg om alleen te kijken naar het anders inzetten van het eigen risico, waarover wij van mening verschillen. Als we dat echt serieus nemen, dan moeten we naar meer oplossingen kijken. We kunnen ofwel de eigen bijdrage terugschroeven ofwel – maar liever nog en-en – iets aan het eigen risico

doen. Mijn zorg is dat het opknippen van het eigen risico echt te weinig gaat doen. Zeker gezien de huidige tijd en omstandigheden, waarin mensen niet meer kunnen rondkomen, vind ik echt dat we een stap extra moeten zetten. Ik zou mevrouw Paulusma willen vragen of zij ook een stap extra wil zetten en waar zij dan aan denkt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Over het eigen risico gaan we het, denk ik, niet eens worden, maar ik ben het wel heel erg eens met mevrouw Ellemeet dat we goed moeten kijken naar waar mensen tegen aanlopen en daar ook het verschil in moeten maken. Ik ben ook heel benieuwd naar uw voorstellen, want ik denk dat we er juist in gezamenlijkheid en in meerderheid in de Kamer uit zouden moeten komen. Want uiteindelijk is het duurkoop als mensen alsnog zorg gaan mijden, waardoor de kosten hoger worden en we uiteindelijk ook meer leed bij mensen achter de voordeur veroorzaken. Ik heb nu geen concreet plan. Ik ben heel benieuwd naar het uwe. Wellicht kunnen we daar samen in optrekken, maar dat hangt zeer zeker van het plan af, mevrouw Ellemeet.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoeg, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter. Dat het niet uit moet maken waar je vandaan komt om een gezond leven te leiden en toegang te krijgen tot zorg, zit niet alleen in het stuk wanneer je ziek bent, maar veel meer in het stuk voordat je ziek wordt. We hadden er net al een kleine discussie over. Iemand die in een schimmelvrij huis woont, geen schulden heeft en zich een gezonde leefstijl kan permitteren, zal veel minder zorg nodig hebben. Wat ons betreft hebben ook zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid en een belang bij een gezonde populatie. Kan de Minister toelichten op welke wijze zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid hierin nemen? Krijgen zij hiervoor ook de juiste handvatten en prikkels?

Voorzitter. Als mensen dan toch via de huisarts bij een zorgaanbieder aankloppen, maar op de wachtlijst komen te staan, vind ik transparantie en inzichtelijkheid enorm belangrijk. Want op die manier kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders adequaat handelen om tijdig passende zorg te leveren, maar weten vooral ook patiënten waar ze aan toe zijn. Ik hoor graag een reactie van de Minister. Daarbij is, zoals ik ook al vaker bepleit heb, de samenwerking in de regio essentieel. Ik ben dan ook benieuwd hoe het staat met de plannen rondom het contracteerproces, maar ik ben vooral heel erg benieuwd hoe het gaat met de ontwikkelingen rondom het Integraal Zorgakkoord.

Als ik het heb over passende zorg, moet mij nog iets van het hart, iets waar ik juist in deze tijd, met de ontwikkelingen in Amerika, heel veel moeite mee heb. In Nederland hebben we het namelijk zo geregeld dat mensen, wanneer zij een andere levensovertuiging hebben, zich kunnen aansluiten bij een zorgverzekering die bepaalde prestaties in de basisverzekering uitsluit. Neem de zorgverzekeraar Pro Life. Pro Life vergoedt geen abortus, euthanasie of hormoonbehandelingen die nodig zijn voor transgenderzorg. Je kunt een bepaalde overtuiging hebben; dat respecteert ik. Maar hoe zit het met kinderen van verzekerden? Kan de Minister iets zeggen over de verzekerdenpopulatie en de knelpunten die ontstaan wanneer minderjarigen op zoek gaan naar zorg? Welke effect heeft differentiatie in de basisverzekering op de solidariteit waar ons zorgstelsel op is gebouwd?

Voorzitter. Ik noem ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma, er is een vraag van mevrouw Ellemeet.



Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Soms zijn we het wel eens en dat is denk ik nu het geval, ten aanzien van de kritiek die mevrouw Paulusma uit op het feit dat volwassenen vrijwillig kunnen kiezen voor Pro Life maar hun kinderen niet. Het kan zomaar zijn dat jij een kind bent in een zeer gereformeerd gezin, maar zelf niet gelooft in geen seks voor het huwelijk, maar ook niet zwanger wilt worden. Een aantal vormen van anticonceptie worden niet vergoed vanuit Pro Life. Of je voelt je een jongen in een meisjeslichaam, maar de transgenderzorg wordt niet vergoed vanuit Pro Life. Ik zou hier wel concrete voorstellen aan de Minister willen doen om juist voor die kinderen een uitzondering te maken op zo'n zorgverzekering waarbij je geen toegang hebt tot alle zorg die je als kind misschien wel wilt hebben, terwijl je ouders daar anders over denken. Vind ik hierbij mevrouw Paulusma aan mijn zijde om dit voorstel te doen aan de Minister?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben het wederom met mevrouw Ellemeet eens. Ik ben ook heel benieuwd naar de reactie van de Minister op mijn vragen, want wat mij betreft is dat ook een uitgangspunt: meer informatie en een duiding op een aantal zaken. Maar ik noemde niet voor niks de ontwikkelingen in Amerika. Daar gebeurt iets. Daar is de toegang tot noodzakelijke zorg, waarvan men heeft gedacht dat die vanzelfsprekend is en zou blijven, in een nacht veranderd. Daar heeft men 40 jaar over gedaan, maar binnen een knip was het weg. Mijn grootste zorg is dat we in Nederland niet alert genoeg zijn om dat vroegtijdig te stoppen. Daarin vindt u mij zeker aan uw zijde, en ik hoop meer mensen in deze Kamercommissie.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik noemde net al de toegang tot abortuszorg. Zoals ik net al zei, doet het mij pijn wat er het afgelopen weekend in de Verenigde Staten is gebeurd. Ik wil via deze weg dan ook mijn steun uitspreken aan vrouwen die niet de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Er zijn ook vrouwen die in Nederland verblijven die niet verzekerd zijn en voor de keuze staan om een zwangerschap af te breken. Denk aan vluchtelingen, ongedocumenteerden of buitenlandse studentes. Zij moeten een eigen bijdrage van gemiddeld € 800 tot € 1.200 betalen. Abortusklinieken krijgen middelen om deze vrouwen financieel te steunen, maar wij krijgen toch nog steeds signalen dat deze middelen onvoldoende zijn. Kan de Minister hier duidelijkheid over geven? Voorzitter, tot slot. Zoals ik aan het begin betoogde, moet het niet uitmaken wie je bent en waar je vandaag komt om toegang te krijgen tot goede zorg. Laten we daar met elkaar onze verantwoordelijkheid in nemen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik doe deze inbreng mede namens de ChristenUnie. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. Het CDA en de ChristenUnie vinden het zeer belangrijk om die solidariteit te behouden, ook voor volgende generaties. Jongeren betalen voor ouderen, gezonde mensen voor zieken, en mensen met een hoger inkomen voor mensen met een lager inkomen. Zorg die beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is en blijft voor iedereen, en niet alleen voor de mensen met een goede portemonnee.



Maar ons stelsel staat onder druk. Ik bespreek vandaag vier punten om dat aan te pakken. Ten eerste. We zijn terechtgekomen in een gezondheidsparadox: we zijn gezonder en zieker dan ooit. Enerzijds leven we langer en hebben we meer gezonde jaren. Maar anderzijds heeft meer dan de helft van de Nederlanders een chronische ziekte. We kunnen steeds beter kleinere afwijkingen meten. Die afwijkingen noemen we steeds sneller een ziekte. Zoals een cardioloog ooit tegen mij zei: iemand die gezond is, daar hebben we gewoon te weinig aan gemeten. De huisartsen hebben recentelijk geadviseerd bepaalde behandelingen niet te doen, omdat dat geen toegevoegde waarde heeft. Deze week stond in het Algemeen Dagblad een artikel waarin stond dat zingeving het beste medicijn is voor goede gezondheid. Zorgverzekeraars geven in hun brief aan dat inzet op de aanpak van sociaal-maatschappelijke problemen belangrijk is, omdat die vaak de oorzaak zijn van medische klachten. Is de Minister het met ons eens dat we minder zorg moeten gaan leveren en meer aandacht voor gezondheid moeten hebben, en dat we dit normatieve debat ook met elkaar moeten gaan voeren? Bijvoorbeeld op de wijze die de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid adviseert, via een burgerforum. Graag een reactie.

Voorzitter. Duurzaamheid is een eenvoudige manier om ook kosten te beperken en dus ons stelsel betaalbaar te houden. Na een polsoperatie van vijftien minuten is er een vuilniszak vol afval, onder andere door de vele disposables, medische hulpmiddelen die eenmalig worden gebruikt. Om dit te kantelen heeft het CDA enkele concrete voorstellen. Via de bode zouden wij die graag aan de Minister willen aanbieden. Is de Minister bereid om daar een schriftelijke reactie op te geven voor de begrotingsbehandeling? Voorzitter, ik heb niet de fout gemaakt van de vorige keer: ik heb natuurlijk ook voor mijn collega's een exemplaar bij me.

**De voorzitter:**

Namens de collega's: hartelijk dank daarvoor.

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

Voorzitter. Ten derde, een goede risicoverevening. Nu is er voor verzekeraars nog steeds een premie om chronisch zieken te mijden. Het CDA en de ChristenUnie zijn teleurgesteld dat we nog geen brief over de acties voor 2023 hebben ontvangen. Wanneer komt deze? Biedt de ontwikkeling van 2022 voldoende basis om steeds minder te concurreren op gezonde verzekerden? Hoever is de Minister met het nemen van effectieve maatregelen om oneigenlijke vereveningswinsten op overstappende jonge en gezonde verzekerden terug te brengen? Wanneer start de Minister met de voorbereiding voor 2024?

Voorzitter. De Minister komt met een brief om de pakkettoetsing door het Zorginstituut te verbeteren en te verbreden. Ik vind het fijn dat mijn motie van 8 juni zo snel wordt opgepakt. Maar wanneer komt de Minister met de uitwerking van mijn motie van 8 juli vorig jaar? Ik heb toen bepleit dat de regering verschillende scenario's uitwerkt om tot betere voorwaarden voor financiering te komen en daarmee tot meer zinnige zorg. Ook Zorgverzekeraars Nederland pleit voor wetgeving waarmee gecontracteerde zorgaanbieders kunnen worden beloond voor hun inzet. In het debat van februari heeft de Minister mij toegezegd overal minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid te gaan stellen conform het advies van de WRR: dezelfde normen van Stadskanaal tot Sluis. Wanneer komen die voorstellen naar de Tweede Kamer?

Voorzitter. Tot slot twee punten. Het coalitieakkoord spreekt van monitoren en tegengaan van stapeling van eigen bijdragen. Mensen met een chronische beperking hebben vaak te maken met stapeling van kosten via de Wmo en de Wlz, en vanwege hulpmiddelen. Ieder(in) kaart terecht aan dat mensen met een chronische aandoening moeite hebben om rond te komen. Is de Minister bereid om samen met de Minister voor Armoede-

beleid te kijken met welke stapeling mensen met lage inkomens te maken hebben en hoe zij geholpen kunnen worden?

Voorzitter. Dit is de actieweek van de huisartsen. Ze worden bedolven onder administratieve lasten. Dat verhoogt onnodig de werkdruk. Daardoor hebben ze minder tijd voor de patiënt. Het CDA wil de administratieve lasten halveren. Het is goed dat Minister Helder acties onderneemt en ook aandacht vraagt voor de werkwijze. We kijken graag uit naar het vervolg. Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Een vraag van de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Die gaat over het begin van het betoog van mevrouw Van den Berg. Toen had zij het over minder zorg en meer gezondheid. Dat klinkt natuurlijk allemaal heel mooi. Alleen, zoals ik het heb gelezen in een column of een interview ergens met mevrouw Van den Berg, bedoelt zij daar eigenlijk mee dat we nu moeten gaan bezuinigen op de zorg, zodat de premie niet te veel gaat stijgen. Ik vraag me af in welke volgorde zij dit nu precies wil gaan doen. Wil zij eerst de gezondheid bevorderen, bijvoorbeeld door preventie, door de leefstijl van mensen te verbeteren, et cetera? Of wil zij, zoals we in de voorgaande jaren hebben gezien, eerst gaan bezuinigen op de zorg, en dan maar hopen dat mensen hun gezondheid gaan verbeteren?

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

Het CDA wil in de eerste plaats halvering van de administratieve lasten, waardoor er ruimte komt om heel veel extra zorg aan te bieden en in ieder geval de werkdruk bij heel veel zorgverleners weg te nemen. Als we dat voor elkaar krijgen ... Meneer Tunahan – sorry, meneer Kuzu – had het er net over dat je het eigen risico bevriest, maar dat de premie in totaal wel omhooggaat doordat de zorgkosten stijgen. Dat zouden wij willen beperken door die halvering van de administratieve lasten. Waar ik in het begin voor pleitte ... Dat is een punt dat mevrouw Paulusma net ook noemde, denk ik, namelijk: als jij in een huis woont met schimmel, als jij schulden hebt, maak je ook eerder gebruik van de zorg. Dan vinden wij het veel belangrijker dat die oorzaak wordt aangepakt dan dat wij mensen maar in de zorg houden en in die zin pleisters plakken, terwijl wij niet echt de oorzaak aanpakken.

**De voorzitter:**

U wilt toch nog een vraag stellen? Gaat uw gang, meneer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Hoezo, mag dat niet?

**De voorzitter:**

Dat mag zeker. Het is uw vierde. Daarom zeg ik het.

**De heer Hijink (SP):**

De administratieve lasten halveren willen we allemaal natuurlijk wel. Alleen, het punt is natuurlijk ... We hebben het vandaag over de Zorgverzekeringswet. Ons zorgstelsel staat bol van het georganiseerd wantrouwen in zorgverleners. Kijk naar de controles die er moeten zijn, de onderhandelingen die zorgverleners en instellingen aan moeten gaan met de verschillende verzekeraars en de kwaliteitsregistraties. Het staat er bol van. Kijk, halveren klinkt heel erg makkelijk. Maar dan hoor ik ook graag een keer van mevrouw Van den Berg wat zij dan precies gaat veranderen in het stelsel, waarin zorgverzekeraars langs elkaar heen werken en met elkaar concurreren. Instellingen zelf moeten met elkaar concurreren. Wat

gaat zij dan veranderen zodat die lasten omlaaggaan? Roepen dat het gehalveerd moet worden, is mij een beetje te gemakkelijk, als je vervolgens niet met voorstellen komt.

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

Laat ik dan een paar concrete voorbeelden noemen en dan ook aangeven over welke bedragen wij praten. Als wij de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wmo en de Jeugdwet bij elkaar optellen, kom je bij elkaar, pak 'm beet, op 100 miljard euro. In onderzoeken, ook van de WRR, zie je dat twee derde daarvan arbeidsgerelateerde kosten is. Dat is, pak 'm beet, 65 miljard. 30 tot 40% van de arbeidstijd wordt besteed aan administratie. Dat ligt dus rond de 20 tot 26 miljard. Wij zeggen: als je dat weet te halveren ... Dan geef ik even een paar concrete voorbeelden. Minister Helder noemt in de brief bijvoorbeeld het eenduidig maken van de voorwaarden die zorginkopers stellen, en ook de manier waarop de formulieren en de verantwoording moeten worden aangeleverd. Het tweede betreft zorgkantoren. Als jij nu een grote instelling bent en bijvoorbeeld met drie zorgkantoren samenwerkt, moet je soms drie keer op een verschillende manier een jaarverantwoording aanleveren. Ik hoor van ggz-instellingen: ik heb één specialistisch Wmo-geval gedaan voor de ggz en ik moest 30 pagina's papier aanleveren. Ik denk dat er op heel veel terreinen ... De heer Hijink bracht terecht naar voren dat we vertrouwen moeten hebben in de zorgprofessional. Natuurlijk moet je een klein stukje financiële verantwoording afleggen. En waarom zijn die kwaliteitsregistraties een probleem? Omdat het allemaal apart ingeklokt moet worden, in plaats van dat het automatisch gekoppeld is. Het gaat dus om automatisering en dus ook over de Wegiz. Ik kan het woord niet vaak genoeg noemen. Kan die zo snel mogelijk behandeld worden om daar stappen in te maken?

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik graag het woord aan de heer Kuzu namens DENK. O, excuus, er ligt nog een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben het eens met de heer Hijink dat we het er allemaal over eens zijn dat het verminderen van de administratie met stip op één moet staan. Mijn allereerste debat hier in de Kamer ging volgens mij over prenataal huisbezoek. Toen heb ik ook gedebatteerd met u en een aantal anderen en hebben we over de inhoud gesproken. In de tweede termijn kwamen we bijna allemaal nog met eigen toevoegingen: we vinden het een heel belangrijk instrument, maar we vinden dit ook belangrijk. Daardoor werd het pakket waarmee de professional moest werken gewoon in de Kamer al twee keer dikker. Dus ik denk dat er in het veld een heleboel moet gebeuren. Ik zoek, net als meneer Hijink, naar iets meer concrete voorbeelden. Ligt er niet ook een taak bij onszelf, als politiek?

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

Ja, daar heeft mevrouw Paulusma absoluut een terecht punt. Ook wij moeten kijken naar wetgeving. We hebben volgens mij nu al de tweede evaluatie en aanpassing gehad van de Wet verplichte ggz, om maar een voorbeeldje te noemen. In het debat waar mevrouw Paulusma het over had, zijn wat toevoegingen gekomen. Dat ging over prenataal huisbezoek, maar het ging er met name om dat het vrijwillig moest zijn, dus dat je mensen niet iets kon opleggen. Daar was toen volgens mij de meeste discussie over. Als ik het me goed herinner, heb ik daar samen met mevrouw Agema nog een amendement op ingediend. Ik noem een ander voorbeeldje, de Wet toetreding zorgaanbieders. Mevrouw Ellemeet heeft vorige week nog in de Kamer aangegeven dat de

bedoeling van het amendement was dat er sprake was van een stukje publieke verantwoording, maar natuurlijk niet dat de eerste lijn helemaal gek wordt van de administratie. Dus daar kijkt Minister Helder nu ook naar. Daar ben ik erg blij mee. We hebben samen met de VVD vanaf dag één bepleit dat daar een andere uitwerking aan wordt gegeven. Dus er is terdege een taak voor ons.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan kan ik nu denk ik wel over naar meneer Kuzu, namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

**De heer Kuzu (DENK):**

Dank u wel, voorzitter. 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd. We zijn inmiddels zestien jaar verder. Als je de memorie van toelichting van dat wetsvoorstel erop naslaat, zie je dat het een aantal uitgangspunten had. Eén, het verhogen van de kwaliteit. Twee, het vergroten van de bereikbaarheid en de betaalbaarheid. Er werd gesproken over de oplopende wachttijden. Zestien jaar later zien we dat er weinig terecht is gekomen van die beloften. Doordat er marktprikkels werden ingebouwd, zou de kwaliteit stijgen en zou de betaalbaarheid verbeteren. We zien dat van beide beloften weinig terecht is gekomen. We zien dat het eigen risico in de afgelopen jaren van zo'n € 150 naar € 385 is gegaan. We hebben het weliswaar bevroren op € 385, maar toen we vijf jaar geleden het wetsvoorstel bespraken over het bevroren van die € 385, gaf de voorganger van deze Minister aan: ja, maar dat zal dan wel ten laste komen van een stijging van de zorgpremies. Dat is wat we de afgelopen jaren ook met elkaar hebben moeten constateren. Het zijn natuurlijk ook moeilijke tijden voor mensen. We zien een enorme inflatie. We zien stijgende energieprijzen. We zien stijgende voedselprijzen. Alles wordt duurder. Tegelijkertijd zien we ook dat de kosten voor de zorgverzekeringen blijven stijgen.

Onder deze met elkaar verweven problemen ligt een falend zorgverzekeringsstelsel dat steeds minder gericht lijkt te zijn op gezondheid, functioneren en kwaliteit, en steeds meer wordt gedreven door financiële overwegingen. Zorgverzekeraars beschouwen mensen als schadelast. Het is net als auto's of een huis, maar een mens is geen opstal of een auto. Dus het hele principe waar we van uitgaan, is eigenlijk al verkeerd. Zo zien we dus ook in de Verzekerdenmonitor 2020 dat er ontwikkelingen zijn die erop duiden dat het voor zorgverzekeraars lonend is zich te richten op bepaalde groepen winstgevende verzekerden. Mevrouw Van den Berg kaartte het al aan: uit een aantal publicaties blijkt zelfs dat er indicaties zijn dat risicoverevening, compensatie, voor bepaalde groepen mensen, zoals chronisch zieken, onvoldoende plaatsvindt. Dit zouden we toch niet met elkaar moeten willen, ongeacht de situatie? Het is gewoonweg niet logisch dat een zorgverzekering, die haar bestaansrecht dankt aan het geven van financiële zekerheid, juist degenen die het heel hard nodig hebben, ontziet in het bieden van deze zekerheid? Is de Minister het met mij eens dat wij dat niet zouden moeten willen? Zo ja, hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat het voor zorgverzekeraars niet loont om te selecteren op structureel en voorspelbaar meer en minder winstgevende verzekerden?

Voorzitter. Dan mijn tweede punt. We zien dat zich een zorgcrisis voltrekt in de schaduw. Steeds meer mensen hebben te maken met een stapeling van zorgkosten. Voor een zwangerschap ben je bijna € 1.000 aan eigen bijdrage kwijt. Denk aan een eigen bijdrage voor hulp- en zelfzorgmiddelen, hoortoestellen, orthopedische schoenen, mondzorg, zittend ziekenvervoer, geneesmiddelen: tel het allemaal bij elkaar op. Mensen krijgen gewoon zorg. Zo blijft een grote groep Nederlanders rondlopen met klachten die erger worden, terwijl zij wel gewoonweg de zorgverzekering betalen. Wat gaat de Minister doen om meer zicht te krijgen op

deze groep, die zorgt mijdt uit financiële overwegingen? Is er eigenlijk wel ruimte om het aantal eigen bijdragen dat we nu hebben, het eigen risico en de stijging van de zorgpremies, echt structureel in te dammen? Voorzitter. Mijn derde punt richt zich op de complexiteit van de wereld der zorgverzekeringen. Het aantal polissen neemt al jaren toe en de verschillen tussen de polissen zijn amper zichtbaar. We hebben zo veel vergoedingsregeltjes, betaalregeltjes of bijbetaalregeltjes. De burger heeft geen flauw idee waar hij recht op heeft, wat vergoed wordt en wat uit eigen zak betaald moet worden. Het polisaanbod van zorgverzekeringen is voor veel mensen simpelweg niet te volgen. Ik wil de Minister vragen of het mogelijk is om ervoor te zorgen dat we overzicht en structuur terugbrengen in het landschap der zorgverzekeringen. Voorzitter, afrondend.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma heeft een vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoor wat u zegt. Wij hebben daar ook eerder aandacht voor gevraagd. Wij noemden het steeds «de polisjungle». Volgens mij hebben meer fracties dat zo genoemd. Pleit u dan ook voor minder keuze in het aanbod? Daar ben ik wel benieuwd naar. Ik hoor u spreken over overzicht. Maar als het dezelfde hoeveelheid blijft, kun je wel overzicht creëren, maar dan wordt uw eerdere punt wellicht tenietgedaan.

De heer **Kuzu** (DENK):

Het gaat erom dat polisnemers aan het begin van het verzekeringsjaar van de verzekeraar een brief opgestuurd krijgen met een heel pak papier waarin staat aangegeven: hier heeft u recht op. Dan is het voor mensen vaak zelf uitzoeken waar ze zelf voor moeten bijbetalen en waar ze een bijdrage voor kunnen krijgen. Ik vind dat het echt onoverzichtelijk is geworden. Dat hoor je van heel veel mensen. Je zou echt veel meer overzicht moeten krijgen in wat een zorgverzekeraar biedt. Voor de basisverzekering zou dat uniform moeten zijn. Voor de aanvullende verzekeringen, waar dus echt heel veel verschillende soorten en varianten van zijn, is dat op dit moment onoverzichtelijk. U stelt een goede vraag: zou dat moeten betekenen dat er minder aanbod zou moeten zijn? Ik denk niet dat het ten koste moet gaan van het aanbod, maar ik denk dat verzekerden, premiebetalers, er echt bij gebaat zouden zijn als er veel meer overzicht zou komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Rondt u af? O, nee, mevrouw Van den Berg heeft eerst nog een vraag.

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

Dit triggert mij even. Meneer Kuzu had het ook over de aanvullende verzekeringen. Daar gaan wij niet over, maar het is wel een probleem. Ik hoor meneer Kuzu zeggen dat je daar wat kaders voor zou moeten stellen. Hij zegt ook: het basisaanbod hoeft niet zozeer aangepast te worden. We hebben als CDA eerder een strijd geleverd tegen tweelingpolissen. Dat zijn polissen die exact hetzelfde zijn, maar die met net een andere branding en prijs in de markt worden gezet. Daardoor worden mensen op het verkeerde been gezet. Die zijn toen verboden. Nu zitten we met kloonpolissen. Dan is het nét een beetje anders, namelijk iets van 2% of zo. Die worden toch heel anders qua prijs en systematiek in de markt gezet. Is meneer Kuzu het met het CDA eens dat, als we praten over overzichtelijkheid, het wegdoen van kloonpolissen zou helpen?

De heer **Kuzu** (DENK):

De heer Kuzu van DENK is het héél erg eens met mevrouw Van den Berg van het CDA over het afschaffen van kloonpolissen. Ik denk echter wel dat we fundamenteel verschillen in de manier waarop we een oplossing zouden moeten bieden voor het probleem. Dat zat eigenlijk al in de eerste zin van mevrouw Van den Berg. Zij gaf namelijk aan: daar gaan wij niet over. Dat is volgens mij precies het probleem. Ik vind dat wij daar wél over moeten gaan. Als wij daar wel over zouden gaan, dan zouden we dit soort zaken met veel meer gemak kunnen regelen. Ik besprak aan het begin van mijn bijdrage ook waar het fout gaat in het hele stelsel. We hebben het in 2006 overgelaten aan de markt. We zien dat een aantal zorgverzekeraars steeds meer een monopolie krijgt. De Minister is verantwoordelijk voor sturing in het systeem. Als volksvertegenwoordiging, als Tweede Kamer, krijgen we steeds minder invloed op wat de zorgverzekeraars allemaal uitspoken. Daar zit volgens mij een fundamenteel verschil in benadering.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, heeft u nog een vervolgvraag?

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

Ja, ik heb nog een vervolgvraag, want ik wil toch even duidelijkheid hebben. Ik begreep net van meneer Kuzu dat hij zegt: ik wil op de aanvullende verzekeringen kaders stellen en meer zeggenschap voor de Tweede Kamer. Heb ik dat goed begrepen? Dat gaat niet zozeer om de basisverzekering, maar met name over de aanvullende zorgverzekeringen. Ik ben dan zeer geïnteresseerd in wat het antwoord van de Minister is.

**De heer Kuzu** (DENK):

Ik zou heel graag willen – daar pleit mijn partij al vanaf het begin voor – dat wij veel meer zeggenschap over en invloed krijgen op de hele Zorgverzekeringswet. Het gaat dan dus niet alleen over de aanvullende verzekeringen. Ik vind dat we het in de afgelopen zestien jaar te veel hebben overgelaten aan de markt. Een aantal zorgverzekeraars bepaalt eigenlijk wat er gebeurt. Het Ministerie van VWS heeft met de directie van de zorgverzekeringen een enigszins sturend vermogen, maar wat mij betreft is dat veel te weinig. We kunnen uiteindelijk vrij weinig doen aan alle problemen die we constateren, omdat we er maar een keer per zes maanden een commissiedebat over hebben. Dat leidt uiteindelijk tot een tweeminutendebat. We zouden een fundamenteel andere benadering moeten kiezen voor het stelsel. Ik heb van de bewindspersonen de afgelopen tien jaar alleen maar gehoord: we willen geen stelseldiscussie. Ik denk dat we die juist met elkaar moeten voeren.

**De voorzitter:**

Volgens mij was u aan het afronden?

**De heer Kuzu** (DENK):

Ja. Hoeveel tijd heb ik eigenlijk nog?

**De voorzitter:**

U heeft nog een kleine minuut.

**De heer Kuzu** (DENK):

Voorzitter, afrondend. Er is op dit moment een schuldenproblematiek in Nederland. Ruim 8% van de Nederlandse huishoudens heeft problematische schulden. Slechts een tiende daarvan is in beeld bij de schuldhulpverlening. Deze data heb ik van het CBS van eind 2020. Er zijn dus mensen die in een benarde financiële positie verkeren. Zij kunnen de zorgverzekering vaak niet betalen. Ze mogen misschien wel iets langer doen over de afbetaling, maar uiteindelijk zullen ze moeten betalen. Ik heb laatst een



voorbeeld gezien van de wanbetalersregeling van het CAK. Een factuur van € 140 ging naar de deurwaarder. Die werd uiteindelijk € 640. Dat zijn precies de voorbeelden die je zou moeten voorkomen. Als mensen een zorgverzekeringspremie moeten betalen – dat moeten ze wat mijn fractie betreft ook – dan zou het echt niet zo moeten zijn dat je dat vervolgens naar een incassobureau brengt dat er honderden euro's meer voor vraagt en dat er een deurwaarder komt die er veel meer voor vraagt. Dat betekent uiteindelijk ook loonbeslag. Volgens mij komt iemand zo nooit meer van de schulden af. Dat is hetgeen we niet zouden moeten willen. Is de Minister het met mij eens? Wat gaat hij eraan doen? Dank u.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Kuzu. U zit net wat over de tijd heen. Het woord is aan de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Dank u wel, voorzitter. Ik ben eigenlijk heel blij met de prachtige introductie net van de heer Kuzu over hoe hij terugkeek op de invoering van de Zorgverzekeringswet en hoe de beloften niet zijn waargemaakt. Ik denk dat hij daar de spijker op de kop heeft geslagen. Het valt mij op dat je een stelsel invoert waarin alles aan de markt wordt overgelaten. De zorgverzekeraars mogen alles organiseren. Vervolgens ben je jaren later de schade daarvan nog aan het inperken. Kijk naar het hele idee van de risico-verevening. Kijk naar de discussies. Zolang als ik hier zit, gaat het over de kloonpolissen, de tweelingpolissen, de restitutiepolissen, de jungle en de aanvullende verzekeringen die geen verzekering meer zijn. Het is een barre ellende geworden.

Dit is natuurlijk wel het resultaat van een stelsel dat moedwillig op deze manier is ingevoerd. Dus ik ben in die zin wel verbaasd dat bij D66 en het CDA iedere keer weer die verbazing over dit type polissen oppopt. Tja, dit is wat jullie zelf hebben bedacht. Dit is wat er gebeurt als je het aan de markt laat en het aan zorgverzekeraars overlaat om een vechtmakert te maken van de verzekeringen. Terwijl je dan tegelijkertijd zegt: we willen niet dat de verschillen te groot worden en dat mensen geselecteerd worden op gezondheid. Dat willen we allemaal niet, maar misschien is het dan niet zo'n heel goed idee om het aan de markt te laten, zou ik zeggen. Voorzitter. Ik kan er vandaag natuurlijk niet omheen om de huisartsen te benoemen. Vandaag was ik bij Daisy Pors. Zij stond de hele dag voor de Tweede Kamer. Ik heb haar ook beloofd dat ik de Minister vandaag zou vragen wat precies zijn visie is op de huisarts binnen het stelsel van de zorgverzekeringen en binnen deze manier van werken. De indruk die de huisartsen nu hebben, is dat die belangrijke rol die zij in de buurt horen te hebben – het bekende gezicht voor de eigen patiënten – steeds minder wordt en dat ze mede door de zorgverzekeraars gedwongen worden om in steeds grotere verbanden te gaan samenwerken: «Ga maar met een stel artsen bij elkaar zitten. Neem nog maar eens wat extra mensen aan. Word een miniziekenhuisje.» Daarmee verlies je niet alleen de belangrijke rol die je hebt in de buurt, maar ook de redenen waarom deze huisartsen voor dit mooie vak hebben gekozen, namelijk niet om in een kolos te werken met andere huisartsen, maar voor dat hele kleinschalige, in de eigen buurt, bij je eigen patiënten. Ik wil de Minister vragen om daar nog eens op vooruit te blikken: hoe ziet hij de rol van de huisarts in de toekomst?

Voorzitter. Dan de stijgende zorgpremie. Die dreigt de komende jaren met wel € 50 per maand hoger te worden. Dat is onhoudbaar, wat de SP betreft. Dat kunnen wij niet laten gebeuren. Mensen hebben nu al enorm hoge lasten, bijvoorbeeld als het gaat om de energie, de huur, de benzineprijs, en noem het allemaal maar op. De inflatie is enorm. Die stijgende zorgkosten kan een grote groep Nederlanders er echt niet bij hebben. Mijn vraag aan de Minister is: wat gaat hij daar nou aan doen? De



zorgtoeslag compenseert natuurlijk een deel van de mensen, maar als jij als echtpaar of als koppel € 40.000 per jaar verdient, houdt de zorgtoeslag al op. Dus een hele grote groep Nederlanders krijgt helemaal geen zorgtoeslag, maar krijgt wel met die stijgende kosten te maken en komt daardoor in de problemen. De SP stelt voor om die zorgpremie te stoppen, om op termijn de hele zorgpremie uit de belastingen te gaan financieren. Dat lijkt ons een heel stuk eerlijker en ook een heel stuk minder bureaucratisch. De volgende vraag wil ik aan de Minister voorleggen: zouden we de stijging die voor volgend jaar voorzien is, kunnen bevriezen, tegenhouden, en kunnen we dat deel dan uit de belastingen financieren? Daarmee zet je dus een rem op de stijgende zorgkosten voor mensen via die maandelijkse premie en kun je het vervolgens op een eerlijke manier gaan betalen. Dan gaan bedrijven, vermogens en andere zaken waar belastingen over worden geheven, ook bijdragen aan de kosten van de zorg. Dat lijkt de SP een heel stuk eerlijker. Dan moeten we het natuurlijk ook hebben over het eigen risico. Daar is de SP helemaal geen fan van. Wij zien daarin een boete op ziek zijn. Het is net ook al besproken: mensen gaan zorg mijden. Dus je gaat zelfs niet naar de huisarts, ondanks dat die niet onder het eigen risico valt. Mensen gaan daar niet naartoe, omdat ze vrezen dat ze daarna tot hogere kosten komen, bijvoorbeeld bij een specialist of als bepaalde geneesmiddelen worden voorgeschreven. Dus het zet een rem erop. Dat is natuurlijk ook de bedoeling van het eigen risico: een rem erop zetten. Maar het is wel een rem die ten koste gaat van de gezondheid van mensen en ook ten koste gaat van de solidariteit die we juist moeten hebben in ons zorgstelsel.

Ik wil ook van de Minister weten wat hij gaat doen aan het vrijwillige eigen risico. We zagen het voorbeeld van dat stel dat in januari opeens € 1.700 moest aftikken, omdat ze allebei het maximale vrijwillige eigen risico hadden. De grap is dat dit stel nog steeds zegt: «We hebben er geen spijt van en we vinden het eigenlijk wel goed. We doen het nog steeds. We kiezen nog steeds voor dat maximale eigen risico.» Dat betekent dus wel dat die premie opgehoest moet worden door andere mensen, door mensen die niet de luxe hebben, niet het inkomen hebben om dat soort risico's te kunnen lopen.

**De voorzitter:**

Rondt u langzamerhand af?

De heer **Hijink** (SP):

Ik rond heel langzaam af, voorzitter.

**De voorzitter:**

Nee, nee, nee. U weet wat ik bedoel.

De heer **Hijink** (SP):

U zei «langzaam». Ik wil nog vragen naar de zak-en-kleedgeldregeling die geldt in de langdurige zorg. Op dit moment hebben mensen iets van € 350 over per maand om daar alle leuke dingen in het leven van te kunnen betalen. Wij zien gewoon dat dat tot problemen leidt, dat het eigenlijk te weinig is. Ik wil de Minister vragen of hij ruimte ziet, met alle stijgende kosten, om daar een verhoging in door te voeren. Dat lijkt ons heel reëel.

Tot slot, voorzitter. Wat is nu precies het plan met het abonnementstarief in de Wmo?

**De voorzitter:**

Dat is een duidelijke vraag.

De heer **Hijink** (SP):

We hebben nu een heel makkelijk systeem en ik ben benieuwd hoe ingewikkeld de Minister het wil gaan maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Hijink. Ik geef graag het woord aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wilde beginnen bij de eigen bijdrage. Wij gaan het volgende week natuurlijk hebben over het eigen risico en het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dat zijn belangrijke vormen van eigen bijdrage. Ik wil nu al wel iets zeggen over dat eigen risico. Waarvoor was dat nou bedoeld? Volgens mij is dat bedoeld om een rem te creëren op onnodige zorg. Dat lijkt me de kern van het eigen risico. Alleen de vraag is – ik zeg het maar even retorisch – of dat z'n werk doet. Als je het mij vraagt, is de beste rem op onnodige zorg een stevige positie van de huisarts. Want de huisarts is de poortwachter. Die voorkomt dat mensen onnodig naar het ziekenhuis gaan, zeker als de huisarts voldoende tijd heeft om goed met de patiënt te praten en te kijken wat nu de vraag achter de vraag is. Vaak is dat eenzaamheid. Het kunnen allerlei andere zaken zijn. Volgens mij is de beste rem op onnodige zorg dus een stevige positie van de huisarts. Ik vraag de Minister of hij dat met mij eens is, en zo ja, wat hij dan wil doen aan het beter positioneren van die huisarts. Want die huisartsen laten van zich horen. En terecht. Zij redden het niet meer. Ze maken zich zorgen over het vinden van opvolgers, mensen die hun pand ook kunnen overnemen, die de lange werkweken willen overnemen. Dus ik vraag de Minister wat hij wil doen aan het steviger positioneren van die huisarts.

Dan wilde ik het ook nog hebben over pruiken. Het lijkt een klein puntje te zijn in die eigen bijdrage, maar het is een onderwerp dat ik al vaker ter sprake heb gebracht. Het gaat over pruiken voor mensen die chemo hebben gehad en die een pruik nodig hebben. Ik vind het heel schrijnend dat de vergoeding is gemaximeerd op € 450, om precies te zijn € 457, terwijl we weten dat de kosten kunnen oplopen tot € 1.600. Ik vind dit oneerlijk. Als je al zo'n vreselijke behandeling moet ondergaan, dan moet je niet ook nog eens opdraaien voor extra kosten. We weten dat de helft van de mensen die een pruik nodig hebben boven die vergoeding zit. Dit is dus ook een antwoord op de vraag van mevrouw Paulusma over wat ik nou concreet wil voorstellen. Het zijn vaak vrouwen, die al meer kosten maken dan mannen. Ik vind dat we die niet kunnen opzadelen met extra kosten. Ik vraag de Minister of hij dit met mij eens is.

Voorzitter. De Zorgverzekeringswet. Een van de belangrijkste beloften hiervan – de heer Kuzu zei het ook al – was het oplossen van de wachtlijsten. Als we nu kijken waar we staan met de zorg, dan zien we enorme wachtlijsten voor de ggz, we zien enorme wachtlijsten voor de jeugdzorg, we zien dat die inhaalzorg niet geregeld wordt. Kortom, we zien dat de zorgverzekeraars hun rol in het oplossen van die wachtlijsten niet kunnen waarmaken. Ik vraag de Minister: ziet hij dit ook? Wil hij nou eens reflecteren op hoe het stelsel te maken heeft met dit probleem? Staat hij open voor noodzakelijke wijzigingen in dat zorgstelsel om tot betere zorg te komen? Ik ben niet van de school «met een ander stelsel zijn alle problemen opgelost»; dat is mij te makkelijk. Aan de andere kant vind ik dat er ook vaak dogmatisch gezegd wordt dat het niet aan het stelsel ligt en dat we andere oplossingen moeten zoeken. Dus graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Dan nog de modelovereenkomsten. Verzekeraars mogen ervoor kiezen om bepaalde zorg niet te vergoeden. Welke garantie kan de Minister geven dat besparingen niet worden doorgerekend in de premie? Wat betekent het voor het financiële plaatje dat je ervoor kiest om bepaalde zorg niet te laten vergoeden? Mevrouw Paulusma had het ook al

over Pro Life, om het ietsje concreter te maken. We hebben eerder vragen gesteld over misleidende informatie van Pro Life. De informatie op die website is ook aangepast, maar we zien nog steeds dat er een probleem is met jongeren. Het gaat om jongeren die gedwongen geen toegang hebben tot zorg die zij misschien wel willen, of het nou anticonceptie is of transgenderzorg. Ik vind, mijn partij vindt, dat jongeren moeten kunnen kiezen en toegang moeten hebben tot alle zorg die in principe in de basisverzekering zit. Ik vraag aan de Minister of hij dit met GroenLinks eens is. Zo ja, wil hij dan meedenken over een oplossing? Want dit moeten we wat GroenLinks betreft aanpakken.

Voorzitter. Ten slotte solidariteit, een van de vertrekpunten van dit stelsel. De Minister geeft aan dat we voorzichtig moeten zijn met die solidariteit en dat die met de eigen bijdrage onder druk kan komen te staan. Het interessante is dat uit het Nivel-onderzoek blijkt dat de solidariteit toeneemt, dus dat gezonde mensen bereid zijn om voor ongezonde mensen te betalen. Die solidariteit past nou ook precies in de visie van GroenLinks op een goed zorgstelsel. Er is dus geen enkele reden om die eigen bijdrage te verhogen. Sterker nog, we kunnen op basis van de cijfers van het Nivel ook best inzetten op het verder inperken van de eigen bijdrage, want die solidariteit is er in onze samenleving. Daar wil ik graag een reactie op van de Minister. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Hil namens de VVD.

**Mevrouw Van den Hil (VVD):**

Voorzitter, dank u wel. Vandaag is de geboortedag van Antoine de Saint-Exupéry, de schrijver van het boek De kleine prins. Dit lijkt een kinderboek, maar wij als volwassenen kunnen er veel van leren. In dit boek vertelt een piloot over zijn ontmoeting met de kleine prins, die betoverende verhalen vertelt over de planeet waar hij woont. Grote mensen zijn toch wel heel wonderlijk, zei hij tegen zichzelf.

Voorzitter. Denken wij volwassenen niet vaak te moeilijk? Zouden we in de politiek niet ook iets vaker simpeler moeten gaan denken, zoals kinderen dat doen? Zouden we niet iets vaker moeten inzetten op het logische, en zo mogelijk preventieve maatregelen moeten stimuleren? Enige jaren geleden bleek ik diabetes type 2 te hebben. Toen lagen er twee keuzes voor: een paar kilo erbij eten en een maagverkleining vergoed krijgen, of op eigen kracht 40 kilo afvallen en zo de diabetes te lijf gaan. Ik koos voor dat laatste. Zou het dan niet logisch zijn dat niet alleen jijzelf maar ook je verzekeraar hier een rol in pakt? Zo zijn er verzekeraars die klanten met speciale programma's stimuleren om gezonder te leven en meer te bewegen in ruil voor weekbeloningen. Ik vind dit bij uitstek een voorbeeld waarbij een verzekeraar niet alleen om de hoek komt kijken als er sprake is van ziekte, maar ook bij het voorkomen ervan: eenvoudig en doeltreffend. Ik wil van de Minister weten hoeveel van dit soort voorbeelden er in Nederland zijn, maar ook hoeveel er internationaal bekend zijn. Kan de Minister toezeggen hier een overzicht van te sturen? Hoe kunnen we bevorderen dat meer verzekeraars hiermee aan de slag gaan?

Voorzitter. De VVD zou graag zien dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit blijft. Dat klinkt heel makkelijk, maar dat vraagt soms om ingewikkelde keuzes, juist omdat de meeste betalingen aan zorgpremies voor het grootste deel van de Nederlanders redelijk onzichtbaar zijn. Die gaan namelijk via de loonstrook. In totaal werd via de overheid, verzekeringen en eigen betalingen in 2019 per persoon gemiddeld € 6.120 uitgegeven aan zorg. Voorspellingen geven aan dat elk huishouden in 2030 zo'n 40% van het jaarinkomen aan zorg moet betalen, ook weer onafhankelijk van het gebruik. Dit legt druk op de houdbaarheid, zoals de WRR ook schrijft in het

rapport Kiezen voor houdbare zorg. Het CBS heeft in mei jongstleden de publicatie «Hoe betalen wij voor de zorg?» gepubliceerd, met daarin cijfers over de financieringsbronnen tot en met 2019. Ik ben benieuwd wat de actuele cijfers zijn omtrent de betalingen in de zorg. Wanneer komen deze beschikbaar? Zou de Minister het CBS of het CPB willen verzoeken om een analyse te maken van de betalingen aan de zorg en de te ontvangen tegemoetkomingen per type huishouden over recentere jaren? Voorzitter. Ik ben ook benieuwd naar de stand van zaken rond het monitoren van eigen betalingen in de zorg, een afspraak uit het regeerakkoord. Kan de Minister daar duidelijkheid over geven? De Minister heeft de Kamer laatst een brief gestuurd over de verzachtende maatregelen ten aanzien van de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel, het GVS. Kan de Minister aangeven wanneer we de eerste monitor kunnen verwachten? Ik zou tevens graag van de Minister horen wat de stand van zaken is met betrekking tot het anders vormgeven van de eigenrisicosystematiek. Wat is de reactie van de Minister op de adviezen van de voormalige Minister van VWS aan hem, naar aanleiding van de reactie op de motie-De Vries, waarin ze de regering oproept om aan de hand van casuïstiek in kaart te brengen welke dilemma's er komen kijken bij de kosten van zorg in de thuissituatie ten opzichte van zorg in een ziekenhuis? Neemt hij deze adviezen over? Zo ja, wat is dan de stand van zaken?

Voorzitter. Tot slot wil ik net als een aantal van mijn collega's – dat is heel mooi – aandacht vragen voor de huisartsen die actievoeren, onder andere tegen overtollige administratieve lasten. Ik heb hier de Verscheurkalender. Ik heb beloofd om daar iedere keer aandacht voor te vragen. Ze geven aan dat ze elk jaar een nieuw briefje moeten invullen voor zaken als een prothese. Het is niet alsof die amputatie er vanzelf weer aan gaat groeien, zoals ze hier ook zelf zeggen. De VVD heeft de Minister al eerder bevraagd over het regelmatig aanvragen van een hulpmiddel als dat voor een lange termijn gebruikt wordt. De Minister gaf aan dat er afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars om die administratie eenmalig te doen als er sprake is van een chronische diagnose. Er bereiken mij echter signalen dat het nog steeds niet opgelost is. Het daadwerkelijk schrappen van onnodige administratie vraagt iets van alle partijen in het veld. Hoe zorgen we ervoor dat we daarvoor nu echt alle handen op elkaar krijgen?

Voorzitter. Ik ben bijna door mijn tijd heen. Ik sluit graag af met nog een quote uit De kleine prins. «'Ik wil heel graag», antwoorde de kleine prins. «Maar ik heb niet veel tijd. Ik moet vrienden ontdekken en heel veel dingen begrijpen.»«

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Hil. Als eerste is er een vraag van de heer Kuzu, daarna van mevrouw Paulusma en daarna van mevrouw Agema.

**De heer Kuzu (DENK):**

De VVD heeft aangegeven dat ze de eigen bijdrage wil gaan monitoren. Dat is in het regeerakkoord afgesproken. Je zou dan denken: wauw, wat goed, monitoren. Het is volgens mij niet nieuw. In 2018 hebben we het onderwerp al gehad. Het is talloze keren voorbijgekomen. De stapeling van zorgkosten is een groot probleem. In 2018 zijn er een aantal pleistertjes geplakt om de stapeling van zorgkosten te voorkomen. Wanneer is voor de VVD het moment aangebroken om daar eens fundamentele veranderingen in aan te brengen? Wat moet er in de monitor komen te staan, zodat de VVD eindelijk eens een keertje in actie komt om al die mensen te ontzien die een enorme stapeling van zorgkosten hebben?

**Mevrouw Van den Hil (VVD):**

Dank voor deze vraag. Het feit dat het al zo lang speelt, geeft ook aan dat het niet eenvoudig is. In die zin snap ik de vraag van de heer Kuzu ook. Wij zoeken daar ook wel een beetje naar. Ik denk dat het wel goed is om te kijken naar een andere wijze om het eigen risico te vergoeden, zoals meerdere mensen al hebben gezegd. Dat zou wel schelen. Mensen krijgen dingen terug vanuit de toeslagen die er zijn, de zorgtoeslag die ze krijgen, maar het totaal maken van alles bij elkaar blijft lastig, want je hebt de Wmo, de Wlz of Zorgverzekeringswet. Het loopt dus bij elkaar. Daarom vragen wij de Minister ook naar de stand van zaken en wanneer we er nou echt wat mee kunnen doen.

De heer **Kuzu** (DENK):

Ik hoop inderdaad dat er een moment komt waarop de VVD in actie gaat komen en ervoor gaat zorgen dat de mensen worden ontzien die te maken hebben met een enorme stapeling. Het punt is ook wel dat we wetten en regels met elkaar hebben opgetuigd waarvan de grote meerderheid van de Kamer destijds dacht dat het goed was. Vervolgens werden de systemen, de wetten en de regels zo complex dat we zestien jaar later met elkaar aangeven: ja, het is eigenlijk best wel complex geworden. Het is niet eenvoudig. Zit het 'm volgens de VVD dan niet – ik waag een poging – in het hele systeem, waarin marktprikkels eigenlijk het hele zorglandschap domineren?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank u wel voor deze marktprikkelvraag. Die prikkelt mij natuurlijk ook. Ik denk altijd: wat als we het niet hadden gehad? Wij zeggen dat het niet gaat om het ter discussie stellen van het stelsel, maar om hoe je de excessen die het stelsel heeft, daar weer uit kunt halen. Ik heb ook anders meegemaakt, toen het op een andere manier gefinancierd werd. Dat gaf ook weer andere perverse prikkels. Daar zitten we dus naar te kijken: kunnen we uiteindelijk komen tot een gemiddelde van die twee systemen, waarin van alle twee het beste naar boven wordt gehaald?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik was vanochtend ook bij een huisarts. Ze doen goed hun werk. Ze zijn heel zichtbaar in hun zorgen, en terecht. Zij geven terug het gevoel te hebben niet vertrouwd te worden. Ik denk dat we dat op een heleboel thema's terugzien. Ik ken u – niet u persoonlijk, maar uw partij – heel vaak als iemand die zegt: controle, er moet geen fraude plaatsvinden, we moeten het een beetje dichttimmeren. Ik merk in het veld dat dat zijn grenzen bereikt heeft en dat we moeten uitgaan van vertrouwen. Ik ben eigenlijk wel benieuwd hoe u tegen dat vraagstuk aankijkt in het licht van alles wat u net gezegd hebt.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik ben de VVD hier vandaag. De VVD, ook ik, is echt voor goede professionele zeggenschap. Daarom is die wet laatst ook aangenomen. Als je huisartsen en professionals veel meer hun eigen ding laat doen ... Voor de huisartsen is er in het regeerakkoord geld vrijgemaakt. Dat is overigens nog wel een goede vraag voor de Minister. Er is geld vrijgemaakt om extra tijd voor de huisarts in te ruimen om juist die professionele zeggenschap naar voren te laten komen en de band met de patiënt op te bouwen. Ik denk dat we er heel goed naar moeten kijken om daar het evenwicht in te vinden. Ik ben het eens met mevrouw Paulusma dat we meer moeten gaan werken vanuit vertrouwen in plaats vanuit wantrouwen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Een korte vervolgvraag. Is mevrouw Van den Hil dan ook bereid om naar de regels te kijken die eigenlijk niks doen voor de kwaliteit en de uitkomst

en die veel meer gebaseerd zijn op ons wantrouwen, en om daar dan ook mee op te houden?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Daar is mevrouw Van den Hil zeer zeker toe bereid. Ik zou daar zelfs graag samen in willen optrekken, maar ik denk dat wij dat allemaal wel zo zien. Dus: ja.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Als huisartsen meer tijd krijgen voor een consult, leidt dat aantoonbaar tot minder verwijzingen en ook aantoonbaar tot lagere zorgkosten, waarvan de VVD altijd een warm voorstander is. Er zijn ook pilots geweest die dat hebben bevestigd. Hoe kan het nou dat die langere consulten niet van de grond komen? Zou de VVD dit kunnen ondersteunen?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank voor deze vraag. Niet alleen de VVD wil die lagere zorgkosten. Ik denk dat het goed zou zijn voor heel Nederland. Dan uw vraag over de huisartsen. We hebben om die reden in het regeerakkoord juist geld vrijgemaakt om de consulten te verlengen. Daar is echt een substantieel bedrag voor vrijgemaakt. Ik denk dus dat ik deze vraag doorspeel aan de Minister. Dat doe ik niet om flauw te doen. Ik ben het met u eens – pilots wijzen daar ook op – dat de verlenging van het consult leidt tot minder doorverwijzingen en lagere kosten, maar waarschijnlijk ook tot een kwalitatief betere zorg en een tevredener patiënt. Ik sta dus helemaal aan uw zijde.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Uiteindelijk zijn natuurlijk de mensen die ziek zijn degenen die het meeste betalen, hè. Als er iemand voor lagere zorgkosten is, ben ik het wel, en al helemaal als het gaat om die stapeling van alle kosten waar meneer Kuzu het al over had. Je wordt er soms helemaal gek van als je ziet wat mensen die ziek zijn, allemaal moeten betalen voor hun incontinentiemateriaal, klisma's, allerhande hulpmiddelen en medicijnen. Ze gaan echt finaal door de bodem heen. Ik vroeg me af hoe de VVD daarover denkt, over mensen die qua inkomen momenteel echt door de bodem gaan vanwege de stapeling van zorgkosten.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Het gaat dan natuurlijk niet alleen over de zorgkosten. We hebben het hier al eerder over gehad: je gaat door de bodem heen door alles wat er nu speelt. Ik denk niet dat we dat hier kunnen oplossen. Ik ben het wel met mevrouw Agema eens dat we goed moeten kijken welke stapeling er is. Natuurlijk krijgen mensen ook zorgtoeslag. We moeten kijken of dat wel voldoende is. De verhoging van het minimumloon komt eraan, net als de energietoeslag en andere maatregelen. Er zal een overzicht moeten zijn van het totaalplaatje. Ze krijgen bijvoorbeeld ook aftrek van speciale zorgkosten in de belasting. Er zit dus zeker een totaal iets, maar ik ben het wel met mevrouw Agema eens dat we goed moeten kijken naar al die stapelingen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat «heel goed kijken naar» is natuurlijk al gedaan. Ik beschrijf ook al een aantal casussen in mijn boek, dat in 2015 is gepubliceerd. Je ziet mensen dan gewoon keihard door de bodem gaan, ondanks dat ze de zorgtoeslag krijgen, de terechte compensatie van het eigen risico, en ondanks dat ze een beroep kunnen doen op bijzondere bijstand of wat voor regelingen dan ook. Je ziet gewoon dat er een heel laag inkomen overblijft en dat het besteedbaar inkomen op nul uitkomt. Dan gaat er maar gesneden worden in het aantal inco's, het incontinentiemateriaal, of worden er maar wat



minder noodzakelijke medicijnen genomen waarvoor een eigen bijdrage geldt. Mijn vraag is eigenlijk hoelang de VVD nog gaat accepteren dat een deel van de bevolking gewoon door de voegen gaat vanwege de stapeling van de eigen bijdragen, de hoge eigen bijdragen. Hoelang gaat de VVD dat nog accepteren?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Hoelang we dat nog gaan accepteren, is een lastige vraag. Wij kijken naar wat er nu wél kan, de zorgtoeslag maar ook de aftrek van belasting. Als de mensen echt een dusdanig laag inkomen hebben, zijn er al die regels daaromheen die hen stutten. Ik denk dat juist de middengroep, waar we ook naar moeten kijken, daar nu ook wel last van heeft. We moeten dus wel een totaaloverzicht hebben en kijken wat we voor iedereen kunnen doen. Juist die laagste groep krijgt specifiek aftrek van zorgkosten, bijzondere bijstand als dat nodig is, zorgtoeslag en betalingsregelingen. Ik denk dus dat daar wel een hoop voor geregeld is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Er is echt niet genoeg geregeld. Ik vind het ook wel jammer dat mevrouw Van den Hil er steeds op terugkomt dat het goed in kaart moet worden gebracht. Het is al in kaart gebracht. Er zijn gewoon mensen die ondanks alle regelingen die er zijn, door hun voegen gaan en vervolgens besluiten om door de arts voorgeschreven medicijnen, waarvoor een eigen bijdrage geldt, maar niet meer te slikken, en uiteindelijk ook geen cadeautje meer kunnen kopen voor hun kleinkind omdat het incontinentiemateriaal ook aangeschaft moet worden. Ja, zo gaat dat dus. Die mensen blijven maar door de bodem gaan.

Wat ik nu zie – dat is nog even een ander punt, voorzitter – met de lange wachtlijsten, de 120.000 operaties en de inhaalzorg, is dat een deel van de mensen, de mensen met geld, die zorg gewoon ergens anders vandaan gaat halen. Die gaan wel de buitenlandroute nemen. Dat is dan niet gecontracteerd door de verzekeraar, maar dan betalen ze het lekker zelf wel, want ze hebben toch geld. Je ziet dat de tweedeling tussen de mensen met geld en de mensen zonder geld steeds groter wordt. Soms halen mensen hun inhaalzorg bij privéklinieken en betalen dan een eigen bijdrage. Hoelang gaat de VVD eigenlijk nog accepteren dat die tweedeling steeds groter wordt, ook recentelijk door die inhaalzorg?

De **voorzitter**:

U mag ook op de bel wachten, mevrouw Van den Hil. O, die is al klaar.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Mevrouw Agema heeft het over de inhaalzorg en zegt dat mensen die het kunnen betalen, naar privéklinieken gaan. Voor mij is het misschien heel simplistisch gedacht. Ik ken het ook vanuit mijn vorige werkgever dat mensen die het kunnen betalen, naar het buitenland gaan of naar privéklinieken. Aan de andere kant blijft er dan ook meer tijd over om hier zorg te verlenen aan de andere mensen. Als zij het zelf kunnen betalen en dat ook doen, helpt dat ook andere mensen die minder te besteden hebben en gewoon in de reguliere zorg komen. Het helpt juist om daar plaatsen voor vrij te maken. Hoe gek het ook klinkt, ik zie dat dus juist als een voordeel voor die andere mensen. Vermijdbare gezondheidsverschillen willen we wel aanpakken, zoals ook in het coalitieakkoord staat. Maar ik denk dat er door de inhaalzorg die elders wordt gehaald door mensen die dat kunnen betalen, meer plaats vrij is voor de mensen die hier de zorg willen hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Van den Hil. O, mevrouw Ellemeet.



Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Even kort. Ik heb geen interruptie meer, maar ik wil alleen even zeggen dat ik vergeten ben te zeggen dat ik ook namens de Partij van de Arbeid sprak. Dat wil ik wel even rechtzetten, anders wordt mij dat nagedragen!

De **voorzitter**:

We zullen opnemen in de Handelingen dat mevrouw Ellemeet ook namens de Partij van de Arbeid heeft gesproken.

Mevrouw Den Haan, mag ik u het woord geven voor uw eerste termijn?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dat mag, voorzitter, dank u wel. Om allemaal goed oud te kunnen worden in Nederland, hebben wij goede, toegankelijke en betaalbare zorg nodig. Alles wordt helaas steeds duurder en ook de zorgpremies gaan weer flink stijgen. Voor mensen met een chronische aandoening of een kwetsbare gezondheid en ouderen die al veel zorgkosten hebben, was het al heel moeilijk om rond te komen, maar het wordt voor steeds meer mensen lastig om de eindjes aan elkaar te knopen. Heeft de Minister in beeld om welke mensen het gaat die hierdoor zorg dreigen te gaan mijden? Worden mensen die met hoge zorgkosten kampen en dit niet kunnen betalen, voldoende bereikt met de maatregelen die nu al genomen kunnen worden? Wat kan de Minister nog meer doen om te voorkomen dat mensen zorg gaan mijden, alleen omdat ze de zorg die ze nodig hebben niet kunnen betalen? Het spreiden van het verplichte eigen risico kan bijvoorbeeld helpen, maar liever zou ik zien dat het eigen risico verlaagd wordt. Kunnen we bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor hulpmiddelen die door de arts worden voorgeschreven, naar beneden brengen of maximeren?

Voorzitter. Onlangs concludeerde de NZa dat mensen op een wachtlijst voor een behandeling nog niet genoeg gebruikmaken van zorgbemiddeling door hun zorgverzekeraar, zodat ze bijvoorbeeld sneller kunnen worden behandeld in een ander ziekenhuis. Veel mensen weten ook niet dat dit een mogelijkheid is, maar zorgbemiddeling kan ervoor zorgen dat een patiënt soms maanden eerder geholpen kan worden. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten mensen ook actief wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Tegelijkertijd lees ik dat de NZa samen met de Patiëntenfederatie gaat proberen om patiënten die wachten, te wijzen op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling. Dat is op zich een mooi initiatief, maar de verantwoordelijkheid moet eigenlijk daar blijven waar die hoort. Ik vraag mij af waar dit misgaat. Kan de Minister aangeven of en hoe zorgverzekeraars wachtenden benaderen, hoe dat in z'n werk gaat en waarom ze dat niet allemaal consequent doen? Ziekenhuizen kunnen hier bijvoorbeeld ook een rol in spelen. Ik snap dat ziekenhuizen niet op die mogelijkheid zitten te wachten, maar het zou wel waardevol zijn als ze dat toch zouden doen, want we willen toch allemaal dat iedere patiënt zo snel mogelijk een goede behandeling krijgt. Zeker nu er weer een coronagolf lijkt te ontstaan, lijkt het me van belang dat we zo veel mogelijk patiënten zo spoedig mogelijk helpen.

Voorzitter. We zien dat zorgverzekeraars op het gebied van preventie ook weinig investeren in hun klanten. Op zich kan ik dat ook nog wel begrijpen, want klanten kunnen tenslotte elk jaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar. De winst die een gezonde klant oplevert, komt dan ten goede aan de andere verzekeraar. Ik heb het al eens eerder gevraagd aan de Minister, maar waarom zouden we niet beginnen met de mogelijkheid om een meerjarige zorgpolis aan te bieden aan verzekerden, zodat het voor de zorgverzekeraars aantrekkelijker wordt om toch meer te investeren in preventie? Ik heb op de sites van de verzekeraars gekeken en ik zie er niet één die dit aanbiedt. Is de Minister het met me eens dat dit wellicht een prikkel voor verzekeraars kan zijn om te investeren in preventie? Ik ben het eerlijk gezegd heel erg eens met het CDA dat we veel

meer moeten investeren in gezondheid in plaats van alleen maar te focussen op het leveren van zorg.

Voorzitter. In ons land vergrijzen we in een rap tempo. Dat is mooi, want dat betekent dat we allemaal ouder worden, maar we leven ook allemaal langer met een chronische ziekte. Zorgkosten gaan dus ook mede hierdoor door het dak. Ik ben van mening dat daar waar zorg nodig is, er ook passende zorg moet zijn. Daarom had ik ook hoge verwachtingen van het programma Zinnige Zorg. Het rapport van de Algemene Rekenkamer hierover is alweer anderhalf jaar oud, maar laat zien dat Zinnige Zorg niet heeft bijgedragen aan het beheersen van de zorguitgaven. Wat gaat de Minister doen om met partijen die vanuit hun eigen verantwoordelijkheid een rol hebben in het zorgstelsel, toch ervoor te zorgen dat passende en zinnige zorg behouden blijft voor eenieder die dat nodig heeft? Ik ga ervan uit dat Onze Minister het ook belangrijk vindt om niet-gepast gebruik van zorg te verminderen. Kan de Minister bijvoorbeeld aangeven of hij tevreden is over hoe het programma ZE&GG op dit moment verloopt? Het terugdringen van niet-gepast gebruik in de zorg draagt bij aan het financieel houdbaar houden van ons zorgstelsel, maar het terugdringen van niet-gepast gebruik van zorg draagt ook bij aan de verbetering van de kwaliteit van zorg voor de mensen die het echt nodig hebben. Daar gaat het tenslotte toch om.

Voorzitter. Net als een aantal collega's wil ik aandacht vragen voor onze huisartsenzorg. Het water staat hen aan de lippen. Net als andere collega's ben ik deze week op bezoek geweest bij een huisarts. Onze huisarts speelt een hele belangrijke rol. Zij vangen de meeste zorg af, maar hun toegankelijkheid staat enorm onder druk. Het toegankelijk en betaalbaar houden van onze zorg, het bieden van kwaliteit en passende zorg; het is voor ons allemaal belangrijk, want ziek worden en ziek zijn is geen keuze.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. De Zorgverzekeringswet bestaat zestien jaar; meneer Kuzu zei het al. Het heeft ons van alles gebracht, maar wat als we toen hadden geweten dat 40% tot 50% van het totale zorgbudget niet uitgegeven zou worden aan directe patiëntenzorg? Wat als we hadden geweten dat verpleegkundigen uren bezig zijn met registratie? Iedereen heeft het er altijd over, maar uit niets blijkt dat dit kabinet daar nu echt werk van gaat maken. De verantwoordingsdruk, het verzamelen van data op last van zorgverzekeraars, inspectie en toezichhouders: er verandert helemaal niets. Op de agenda staan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, alles omkleed met holle frasen, dogma's en hysterische overdrijvingen. De zorg is betaalbaar. Welke rampscenario's er ook ieder jaar weer geschetst worden, de zorg is betaalbaar. De zorguitgaven waren tien jaar geleden nog zo'n 10% van het bbp en de afgelopen jaren zelfs nog veel minder, 8% tot 9%. Er is geen koekoeksjong. Het koekoeksjong dat alle andere kosten eruit zou drukken, het onderwijs, defensie? Er is geen koekoeksjong.

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

Dan ben ik toch heel erg benieuwd. Ik denk dat mevrouw Agema misschien het percentage van de Zorgverzekeringswet neemt, maar we praten ook over de Wet langdurige zorg. Daar is het in een paar jaar gewoon verdubbeld. We zitten nu volgens mij rond de 27 miljard, terwijl het ooit 10 miljard was. We hebben daarnaast nog de Wmo en de Jeugdwet. Ik zou dan toch graag de reactie van mevrouw Agema willen

hebben op – ik weet het haast uit mijn hoofd – figuur 3 in het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, waarin evident en duidelijk staat dat de zorg van een paar procent intussen bijna 25% is van de rijksbegroting.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik probeer het iedere keer weer uit te leggen. Het gaat om het onderdeel dat de zorg uitmaakt van het bbp. Als dat wat we met z'n allen verdienen ongeveer net hard groeit als de zorg, is er dus niks aan de hand. En de zorg groeit niet alleen; het onderwijs groeit ook en defensie groeit ook. Al die zorgposten groeien. Misschien zou het goed zijn als u gewoon eens tot u laat doordringen dat we in 2012 een bbp hadden van 653 miljard euro.

De **voorzitter**:

Via de voorzitter.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Inmiddels hebben wij een bbp van 859 miljard euro. De zorgkosten zijn geen koekoeksjong dat alle andere kosten uit het nest drukt. Het is niet waar. Het is niet waar! In 2012 is oud-Minister Schippers begonnen met dat koekoeksjongverhaal in haar HJ Schoo-lezing. Het is niet waar. Het is gewoon niet waar. 2012, 2013 en 2014: 10% bbp. 2015 en 2016: 9% van het bbp. 2017 en 2018: 8% van het bbp. 2019, 2020 en 2021: 9% van het bbp. Het is gewoon niet waar. Het is geen koekoeksjong.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Nog een vraag, mevrouw Van den Berg?

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

Ja, even wel. We moeten twee dingen onderscheiden. Ik heb 'm hier intussen trouwens op mijn iPad staan. Mevrouw Agema zegt dat als de zorg even hard groeit als het nationaal inkomen, de zorg gewoon ook in kosten kan blijven groeien. Daar heeft mevrouw Agema helemaal gelijk in. Dat bestrijden wij ook helemaal niet. Het punt is juist dat de zorg al die jaren harder is gegroeid dan het nationaal inkomen. Dan moet je dus naar alle aspecten van de zorgkosten kijken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, nee, nee.

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

Voorzitter, ik weet dan niet hoe mevrouw Agema naar deze figuur kijkt, maar dat doen we dan misschien wel in de schorsing.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is volstrekt onwaar wat mevrouw Van den Berg hier ziet. Het zijn ook gewoon cijfers. De groei van het bbp fluctueert een beetje. Het ene jaar groeit het bbp wat harder en het andere jaar groeien de zorgkosten wat harder. We hebben die tabellen ook uitgevraagd in de feitelijke vragenronde. Dan zie je 'm er iedere keer weer tussen staan. Als je het langjarig neemt, als je het over tien jaar neemt, fluctueert het allemaal een beetje heen en weer en blijft het allemaal ongeveer in de pas. En ik zou nog wel wat willen zeggen. Ik verwacht dat de zorgkosten de komende jaren flink gaan stijgen, want wij mogen toch wel hopen dat de 1,5 miljoen mensen die in de zorg werken, gecompenseerd gaan worden voor de hyperinflatie die inmiddels aan het ontstaan is. Maar voor de voorbije periode is het allemaal onwaar geweest. Voor de periode 2021–2021 is het onwaar. Het zijn leugens. Het zijn klinkklare leugens. De zorg groeit binnen bbp. De zorg is nu, in 2021, afgesloten op 9% bbp. Het is geen koekoeksjong. De

zorgkosten zijn met 12,3 miljard euro minder gestegen in tien jaar tijd dan geraamd. Minder gestegen dan geraamd!

**De voorzitter:**

Ik denk dat het antwoord helder is. Gaat u verder met uw betoog, stel ik voor. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Goed. Die hysterische doemscenario's die sinds 2012 dominant zijn geworden op het zorgdossier, zijn onwaar, maar ze zorgen wel voor verlamming. Niemand steunde mijn debatverzoek over het grootschalige eindrapport van de inspectie over de kwaliteit van de verpleeghuizen, waaruit blijkt dat bij een derde van de instellingen te weinig en te weinig geschoold personeel werkt. Vroeger zouden we daar een gierend debat over hebben gehad en zou er geld geregeld worden. Nu niet.

Voorzitter. De onderschrijdingen zijn het werkelijke probleem. Ondanks dat er 80.000 verzorgingshuisplekken werden weggesaneerd en onze alleroudsten dementerend thuis moesten blijven wonen, is er nu 0,5 miljard euro over op de thuiszorg, de wijkverpleging en de wijkziekenverzorging, omdat er te weinig mensen zijn om die zorg te geven. Idem dito bij de ggz. Er zijn onacceptabel hoge wachtlijsten, maar er blijft geld over. De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk, met name door de zorg die ingehaald moet worden sinds de coronacrisis. Daardoor lopen de wachtlijsten op. Aangezien de Minister niet van plan is om hulp uit Duitsland te accepteren of op een andere manier extra capaciteit te regelen, vrees ik dat dit jaren gaat duren. Ik zei het al in de richting van mevrouw Van den Hil: ik denk ook dat mensen met geld hulp uit het buitenland gaan regelen of naar privéklinieken stappen, waardoor er een tweedeling ontstaat tussen patiënten.

Ondertussen zitten de zorgverzekeraars er nog steeds warmpjes bij. In de coronajaren maakten ze gezamenlijk zo'n 1,5 miljard euro winst. Hun reserves groeiden tot bijna 10 miljard euro, terwijl de eis een kleine 7 miljard euro is. Oftewel: 3 miljard euro is overtollig. Waarom verhogen ze dan eigenlijk de zorgpremie? Wat kan de Minister eraan doen om te voorkomen dat dat gebeurt? Waarom worden de kosten voor de inhaalzorg niet gewoon toegevoegd aan de staatsschuld? Er is 95 miljard euro aan coronakosten toegevoegd aan de staatsschuld, behalve de zorgkosten. Nee, die vinden we straks terug in een premieverhoging. Dan nog even over de kwaliteit van de zorg. Volgens mij loopt mijn tijd heel hard. Ik zou de leden de tip willen geven om de documentaire Remco vs. Pharma te kijken, die vanaf 6 april beschikbaar is op Videoland. Remco ging, net als veel andere MS-patiënten, naar Mexico voor stamceltherapie. Hier wordt de behandeling besmeurd met klinkklare leugens, maar daar is het de gouden standaard, evenals in veel andere landen. Datzelfde geldt voor PTED, dat al 30 jaar wordt uitgevoerd bij duizenden herniapatiënten door dokter Ipreburg in Veenhuizen. Zij moesten dat zelf betalen. Er wordt voortdurend getraineed door de beroepsgroep, die de sterk innovatieve operatiemethode besmeurde, terwijl die in het buitenland allang de gouden standaard is. Bereikbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid bestaan in ons land alleen maar als botte doodoener van een parlementariër die geen idee heeft hoe ontoegankelijk onze zorg is, mevrouw Van den Berg.

Ten slotte nog de eigen bijdrage. Ik heb daar al een hoop over gezegd. Mensen met weinig geld gaan gewoon door de bodem. Ze hebben geen geld meer voor een verjaardagscadeautje voor hun kleinkind omdat de zorg betaald moet worden. Ze hebben niet alleen het eigen risico of de eigen bijdrage. Ze moeten voor van alles bijbetalen, voor het hoortoestel, voor de tandzorg, voor de medicijnen, voor alles en nog wat. Ze gaan door de bodem. Het gaat gewoon niet meer, ook niet met de energiekosten, die maar omhoog blijven gaan, en met alle andere kosten. Het

gaat niet meer. Dan krijg je zorgmijding en wordt de ontoegankelijkheid bezegeld. Ik zou graag van de Minister willen weten hoe hij ervoor gaat zorgen dat de allerarmsten niet meer door de bodem gaan.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Ik wil graag schorsen tot 16.25 uur. Dat is 35 à 40 minuten. Laten we afspreken dat we hier om 16.25 uur zijn, zodat we om 16.30 uur kunnen starten. Ik schors de vergadering tot 16.25 uur. Als u terug bent, gaan we door met de beantwoording.

De vergadering wordt van 15.51 uur tot 16.29 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Ik heropen de vergadering voor de eerste termijn van de zijde van de regering, voor de beantwoording van de vragen. Ik geef graag het woord aan Minister Kuipers.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Voordat ik overga op het beantwoorden van de vragen, wil ik eerst een aantal algemene opmerkingen maken. Ik zal zo meteen eindigen met de specifieke omkadering of samenvatting van de mapjes, de blokjes, met onderwerpen. Of wilt u die als eerste horen? Ik zie mensen al klaarzitten met een pen in de hand. Goed, dan beginnen we daarmee. Het eerste mapje is de rol van de zorgverzekeraar, het Integraal Zorgakkoord en de huisarts. Het tweede mapje gaat over risicoverevening. Het derde mapje gaat over het polisaanbod. Het vierde mapje gaat over betaalbaarheid en de eigen betalingen. Het vijfde mapje bevat een aantal specifieke vragen. Misschien kan ik de eigen betalingen daar wel bij doen. Als laatste heb ik nog het mapje overig. Waar gaat «overig» over? Onder andere over de Verscheurkalender, vergrijzing en chronische ziekte, toegang tot abortuszorg en duurzaamheid.

Voorzitter. Een bespreking over de Zorgverzekeringwet is buitengewoon relevant. Op grond van de Zorgverzekeringwet heeft iedereen in Nederland recht op goede en betaalbare zorg via de basisverzekering. Ons stelsel kenmerkt zich door een belangrijke mate van inkomens- en risicosolidariteit. De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg zijn in Nederland hoog en groot, maar ze staan wel degelijk over de volle breedte, van de eerste en de tweede lijn tot de geestelijke gezondheidszorg et cetera, onder druk. Dat is zonet ook al genoemd. Zorgverzekeraars hebben daarbij een belangrijke rol. Daar kom ik zo meteen nog specifiek op terug. We hebben het ook over de eigen betalingen in de zorg. Het kabinet vindt het essentieel dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft. Eigen betalingen in de zorg dragen daar in het algemeen aan bij en versterken ook ons solidaire stelsel. Het kabinet neemt daarbij enkele maatregelen om de eigen betalingen ook in de komende jaren voor iedereen betaalbaar te houden.

Dat brengt mij bij het eerste onderwerp: de zorgverzekeraar als adviseur, het IZA en een aantal vragen over de huisarts die hieraan gerelateerd zijn. Ik benoemde al dat zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen in het zorgstelsel. Zij verzekeren dat iemand die helaas zorg nodig heeft omdat hij of zij ziek wordt of iets overkomt, zorg krijgt. Die zorg wordt gefinancierd; die wordt betaald. Ten tweede kopen verzekeraars zorg in voor hun verzekerden. Zo kunnen ze sturen op bijvoorbeeld de prijs, de passendheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt. Dat doen ze in het belang van hun verzekerden. Ook bij het toekomstbestendig maken van de zorg is deze rol van de zorgverzekeraars onmisbaar. Ik ben wat dat betreft blij met hun inzet bij het vormgeven van het Integraal Zorgakkoord. Maar ze doen nog meer. Ze hebben ook een

belangrijke rol als adviseur voor verzekerden. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld uitkomst bieden voor mensen die al een tijd op de wachtlijst staan bij een bepaalde zorgaanbieder, terwijl er elders geen of een veel kortere wachtlijst is. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars met hun kennis van de zorg en zorgaanbieders verzekerden helpen bij het kiezen van het geschikte zorgpad. Het is daarom goed dat zorgverzekeraars werken aan het vergroten van de bekendheid van zorgadvies onder verzekerden en huisartsen.

Dat brengt mij op de eerste vraag. Mevrouw Paulusma vroeg: wat zijn de ontwikkelingen rondom het Integraal Zorgakkoord? Ik heb u eerder, in een brief van 10 mei van dit jaar, geïnformeerd over de voortgang op dat moment. Ik heb aangegeven dat het streven is om deze zomer tot afspraken te komen. Ik zal uw Kamer na het bereiken van het akkoord zo snel mogelijk op de hoogte stellen. We streven naar een afronding in september. Op dit moment hebben we een concept van het IZA, dat in brede consultatie is bij de partijen. Dat gebeurde eerder gezamenlijk en deze week zijn er gesprekken met individuele partijen. Daarbij werken we op een aantal verschillende thema's. Dat gaat over regionale samenwerking, samenwerking in het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz, en ook op onderwerpen als versterking van de organisatie van de basiszorg en preventie en leefstijl.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg naar de stevige positie van de huisarts als poortwachter: is de Minister het ermee eens dat die positie essentieel is? Het antwoord is: ja, daar ben ik het grondig mee eens. De huisarts, en de sterke eerste lijn in de bredere zin, is echt een fundament van onze gezondheidszorg. Daar moeten we goed voor zorgen. Dat onderscheidt ons ook van allerlei posities in het buitenland. Dat zie je op allerlei manieren terug, bijvoorbeeld in de vraag die er is naar tweedelijnszorg of de druk op de acute zorg.

Ik zie ook dat die rol van de huisarts onder druk staat. We moeten de eerstelijnszorg wat dat betreft ook versterken, maar voor een deel ook anders inrichten. We zijn, ook in het kader van het Integraal Zorgakkoord, in overleg over de verschillende vormen die er zijn, die uiteraard gaan over meer tijd voor een gesprek met de patiënt. Voor de toekomst zetten we bijvoorbeeld in op het verhogen van de instroom in de huisartsenopleiding. Maar dat is echt een langetermijnoplossing, die niet vandaag of morgen helpt. Daarom heb ik echt het gesprek met hen over hoe we kunnen zorgen dat we er nu al, binnen korte termijn, een verbetering in zien. Dan kun je denken aan vermindering van regeldruk, versterking van de eerste lijn in de volle breedte, en verbreding en versterking, versteviging, van de anderhalvelijnszorg. Dat zijn een aantal onderdelen. Dat raakt ook aan de vraag van de heer Hijink wat ik vind van de positie van de huisarts. Ik zie dat er ontzettend veel vraag bij de huisarts terechtkomt en dat daarmee de druk ook toeneemt. Ook in het gesprek met uw Kamer zeggen we regelmatig: hoe mooi zou het zijn als ook bepaalde andere vormen van zorg toch bij de huisarts komen? Dan hebben we af en toe ook wel de terechte vraag: lukt dat, gezien de druk die ze hebben? Ik weet dat onder anderen de heer Hijink die vraag gesteld heeft in het kader van de gesprekken over de mogelijkheid van het verstrekken van abortusmedicatie via de huisarts. Ik denk dat we allemaal streven naar dit soort beweging, maar dat we daarbij nadrukkelijke aandacht moeten hebben voor de druk en de veelvuldige vraag die op de huisartsen afkomen. Een aantal van de gespreksrichtingen die ik met hen heb, heb ik zojuist benoemd.

**De voorzitter:**

Ik heb nog verzuimd om te zeggen dat ik aan het begin van het debat heb gezegd dat we ook vier woordmeldingen hebben voor deze beantwoording. Meneer Hijink, gaat uw gang.



De heer **Hijink** (SP):

Mijn vraag gaat over de positie van de huisarts. Ik heb nadrukkelijk ook gevraagd naar de schaal waarop een huisarts werkt. Ik ben het er erg mee eens dat die consulten langer moeten worden, maar de vraag is of je de positie van de huisartsen wilt versterken in de eigen buurt, op een heel menselijke schaal. Of gelooft deze Minister eigenlijk, wat we nu toch een beetje als trend zien, in schaalvergroting in de huisartsenzorg, waarbij die praktijken steeds groter worden en dus ook het betrouwbare, bekende gezicht verdwijnt? Aan welke kant staat deze Minister?

Minister **Kuipers**:

Een deel van de kracht van de huisartsenzorg, en in brede zin van de eerstelijnszorg, is nou juist de bekendheid, niet alleen met het dossier maar ook als gezicht, als persoon, als vaste toegang voor vragen die vaak terugkomen over issues die al heel lang spelen, ook in een veel bredere inkadering. Het directe antwoord is dat ik geloof in het een-op-eencontact en een bekend gezicht. Tegelijkertijd moet je ook onderkennen dat het in sommige gebieden van ons land buitengewoon lastig is om überhaupt nog een huisarts te krijgen, of om opvolging voor een huisartsenpraktijk te vinden. Als dat echt niet lukt, vraagt dat wel om ook te zoeken naar oplossingen waarbij je het bijvoorbeeld samen met andere huisartsenpraktijken gezamenlijk invult, waarbij je nog steeds streeft naar zo veel mogelijk het bekende gezicht en het directe contact. Ik streef naar een-op-een en het bekende kleinschalige «ik ken mijn huisarts en mijn huisarts kent mij en mijn gezin». Tegelijkertijd moeten we ook oplossingen zoeken voor als dat niet lukt. Zijn er dan ook andere mogelijkheden om dit te doen? Daarbij zoek je niet naar hele grote groepspraktijken, maar bijvoorbeeld wel naar een verband in regio's met een ziekenhuis, als dat kan helpen.

Voorzitter. Mevrouw Van den Hil vroeg wat de stand van zaken is naar aanleiding van de acties die de vorige Minister heeft aangekondigd om uitvoering te geven aan de motie-De Vries over ziekenhuisverplaatste zorg. Dit sluit aan bij een al langer bestaande beweging om zorg zo dicht mogelijk bij patiënten te organiseren. Dat betekent dat meer zorg thuis wordt geleverd of dat er een verplaatsing is van de zorg naar de eerste lijn. Ik verwacht dat die beweging en de verdere beweging daarvan ook een plaats zullen krijgen in het Integraal Zorgakkoord, en verder gestimuleerd zullen worden waar dat gewenst en doelmatig is. Zoals al aangegeven hoop ik uw Kamer daar half september over te informeren, met betrekking tot het Integraal Zorgakkoord.

De **voorzitter**:

Dat leidt tot een vraag bij mevrouw Paulusma en daarna bij mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoor de Minister een aantal hoopgevende dingen zeggen over het Integraal Zorgakkoord. De Minister komt net als ik uit de zorg. We weten beiden, en volgens mij velen hier in de Kamer, dat niks zo moeilijk is als de zorg veranderen. Ik was vanochtend bij een huisarts. De veelgehoorde klacht is dat er veel op hun bord ligt, ook in het sociaal domein en in de eerste lijn. Ziet de Minister in die Integraal Zorgakkoorden ook een beweging van middelen en personeel vanuit de derde lijn naar het sociaal domein om ook die beweging op gang te brengen die wij voor ogen hebben?

Minister **Kuipers**:

Het antwoord is ja. Op het moment dat je zorg dichtbij en eerstelijnszorg wilt versterken, horen daar ook middelen bij. Dan horen daar transitieindelen, versterking en structurele groei bij. Dus het antwoord daarop is ja.



Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik weet dat dit van mijn woordmeldingen afgaat, meneer de voorzitter. Maar even heel simpel gezegd: betekent dat dat we bijvoorbeeld mensen, personeel, vanuit het ziekenhuis, waar dan minder zorg geleverd zal worden, omdat we investeren in de eerste lijn en het sociaal domein, op een andere plek gaan inzetten, juist om het sociaal domein te kunnen ontlasten?

Minister **Kuipers**:

Dan loop ik even vooruit op de discussies die op dit moment lopen. Ik gaf al aan dat we eerst met partijen gezamenlijk hebben gesproken. Nu is het een-op-een. Dat traject loopt nu. Ik kan daar nu even geen andere dingen over zeggen. Ik weet nog niet waar we uitkomen. Ik geef wel aan dat mijn inzet is dat we de eerste lijn versterken. Dat vraagt ook om inzet van middelen en dus ook inzet van mensen. Maar dat is iets anders dan hier de toezegging doen dat mensen bijvoorbeeld uit de derde of de tweede lijn naar de eerste lijn toegaan.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Mevrouw Van den Hil sloeg even aan op de woorden «ik verwacht dat dat erin zit». Maar we hebben allemaal heel veel verwachtingen, denk ik. Mevrouw Van den Hil wil graag zeker weten dat dat in dat Integraal Zorgakkoord zit, want anders moet ik wachten op het Integraal Zorgakkoord en weet ik nog niet of ik in blijde verwachting blijf van het uitvoeren van de motie-De Vries. Soms is het ook weleens fijn om na een verwachting gewoon een bevalling te hebben.

Minister **Kuipers**:

Voor een bevalling wil je normaal gesproken graag dat de volle negen maanden ... Ik blijf bij dezelfde ... Ik ben bezig met een Integraal Zorgakkoord. Dat moet ik afronden. Dit is een verwachting. Ik kan nog niet definitief zeggen hoe het er straks uitziet. Het is een complex traject. Het gaat om heel veel inzet en heel veel verschillende partijen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met de beantwoording.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Paulusma vroeg of de Minister kan toelichten op welke wijze zorgverzekeraars bijdragen aan toegang tot zorg voordat men ziek wordt. Sinds 2017 heeft VWS het programma Preventie in het Zorgstelsel. Een van de actielijnen is het stimuleren en versterken van de samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten. Het doel van deze actielijnen is het opzetten, versterken en verankeren van een duurzame preventie-infrastructuur, waarin zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk kunnen inzetten op preventieve interventies. Daarbij wordt er ook aan gewerkt om een aantal concrete effectieve interventies breder in Nederland beschikbaar te stellen. Daarbij gaat het met name om de geïndiceerde preventie, dus preventie bij groepen mensen met een individueel hoog risico. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een antirokenactielijn met campagnes, het ondersteunen van zorgprofessionals, het vrijstellen van het eigen risico bij stoppen met roken.

Voorzitter. Mevrouw Van den Hil en de heer Kuzu vroegen of ik een overzicht wil sturen van de preventieve interventies in Nederland en het buitenland. Het is voor nu niet zinvol om een lijst op te stellen van alle denkbare preventieve interventies. Om de zorg kwalitatief hoog, toegankelijk en betaalbaar te houden worden in het Integraal Zorgakkoord onder andere afspraken gemaakt over de inzet van preventie met als doel het voorkomen of het minder zwaar maken van zorgvragen. Het is de bedoeling dat deze afspraken ook zien op de duidelijkheid over de vraag

welke preventieve interventies effectief zijn. Daar wordt ook een overzicht van gemaakt.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Van den Hil.

**Mevrouw Van den Hil (VVD):**

Dat preventiestuk vinden wij heel erg belangrijk. Wij vinden ook de algemene preventieprogramma's heel belangrijk. Het gaat niet om specifieke doelgroepen, maar om de vraag of het beschikbaar is voor de hele verzekerdenpopulatie.

**Minister Kuipers:**

Om even bij de zorgverzekeraars te blijven, zorgverzekeraars bieden daar in wisselende mate algemene programma's voor aan voor hun hele verzekerdenpopulatie. Het hangt enigszins af van de verzekeraar en de polis, maar men biedt daar zaken voor aan.

Mevrouw Den Haan vroeg naar zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en dienen verzekerden te wijzen op zorgbemiddeling. Kan de Minister aangeven of en, zo ja, hoe wachtende verzekerden benaderd worden? Mensen die op een wachtlijst staan, kunnen contact opnemen met hun verzekeraars, waarbij verzekeraars zorgen voor zorgbemiddeling. In de gevallen waarin zij dat doen, zijn ze over het algemeen in hoge mate – voor sommige verzekeraars gelden percentages van 80 – effectief om mensen via bemiddeling elders eerder te laten helpen. Ik juich het initiatief van Zorgverzekeraars Nederland toe om verwijzers zoals huisartsen en verzekerden ook actief te wijzen op zorgbemiddeling door zorgverzekeraars van harte toe. Als ik één voorbeeld mag noemen: vandaag is er een advertentie van Zorgverzekeraars Nederland of in ieder geval verzekeraars in den brede waarin mensen worden opgeroepen. Staat u op een wachtlijst? Meld u bij ons als u geholpen wilt worden! Dat is een van de voorbeelden. Het komt voort uit de afspraken die ik gemaakt heb in het kader van de huidige toegenomen wachtlijstproblematiek in de ziekenhuizen. Die afspraken zijn gemaakt met de ziekenhuizen, zowel de algemene als de universitaire. Alle mensen op een wachtlijst moeten in deze drie maanden, juni, juli en augustus, nagebeld worden, uitleg krijgen en de vraag voorgelegd krijgen of zij willen wachten dan wel elders worden bemiddeld. Per regio moet de capaciteit die er is, beschikbaar worden gesteld. Mensen moeten via hun verzekeraar en via die regiocapaciteit zo nodig geholpen worden om elders eerder bijvoorbeeld geopereerd te worden.

**Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):**

Ik heb even een verhelderende vraag. Begrijp ik het goed dat de zorgaanbieders de wachtenden gaan bellen? Of doen de zorgverzekeraars dat? De zorgverzekeraars geven aan dat zij wel weten dat er wachtenden op de wachtlijst staan. Heel veel mensen weten niet dat er zorgbemiddeling is. Inderdaad, het klopt wat de Minister zegt. Als ze het wel weten, kunnen de mensen redelijk snel geholpen worden. Zorgverzekeraars kunnen dat heel succesvol. De zorgverzekeraars willen eigenlijk dat de zorgaanbieders actief de gegevens aanbieden, maar dat mag niet in het kader van de privacywetgeving.

**Minister Kuipers:**

Dank van harte voor de verheldering. De zorgverzekeraars missen een compleet en actueel overzicht van wie er op een wachtlijst staat. Dat weet een verzekeraar niet van alle verzekerden. Dat weten de zorgaanbieders wel. Daarom hebben we met NVZ, NFU en de verzekeraars afgesproken dat de zorgaanbieders deze drie maanden actief alle mensen benaderen die bij hen op een wachtlijst staan, uitleg geven over de wachtlijsten en de

verwachte duur van het wachten, maar ook actief de vraag stellen: wilt u bemiddeld worden en wilt u dat wij kijken of er ergens anders plek is? Zo ja, dan doen we dat via de verzekeraar. Dan geeft zowel de betreffende patiënt als de aanbieder bij de verzekeraar aan: deze patiënt wil graag bemiddeld worden. Maar het begint met de activiteit van de zorgaanbieders. Omdat de verzekeraars het actuele overzicht niet hebben, wijden zij daar ook nog actief een campagne aan, waarvan de advertentie die ik net noemde een uiting is.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dat klinkt als een soort bypass. Het zou toch makkelijker zijn als de verzekeraar aan verzekerden die langer dan de treeknorm op de wachtlijst staan, gewoon zou kunnen aanbieden dat ze door de verzekeraar bemiddeld kunnen worden? Dat zou toch een stuk makkelijker zijn?

Minister **Kuipers**:

Alleen moeten het initiatief en de vraag wel vanuit de verzekerde komen, maar wij zien dat de verzekerden lang niet altijd op de hoogte zijn dat de verzekeraar dit kan doen, wil doen, het overzicht heeft en ook de mogelijkheid heeft om bij een andere kliniek of bij een zelfstandige behandelkliniek of, zo nodig, op een plek in het buitenland te gaan zoeken. Wij proberen de verzekerden ten eerste meer informatie te geven over de wachtlijsten en de verwachte duur, maar ten tweede ook actief erop te wijzen dat die bemiddeling mogelijk is.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik snap dat dat gebeurt, maar dat heeft natuurlijk voornamelijk met de privacywetgeving te maken. Vanochtend hadden we bij de Slotwet Sociale Zaken hetzelfde verhaal als het gaat om de onderbenutting van inkomensvoorzieningen. Minister Schouten is bezig om met de Autoriteit Persoonsgegevens te kijken of die omzeild zou kunnen worden als het gaat om de bevoordeling van mensen. Bent u daarbij aangesloten? Dat zou immers in dit geval ook heel erg helpen.

Minister **Kuipers**:

U ziet dat ik nog even aanvullende informatie krijg. Ja, het heeft te maken met privacy. Daarom moeten mensen zelf actief de keuze maken of zij bemiddeld willen worden. Binnen de huidige mogelijkheden zetten we daar nu op in. Wilt u bemiddeld worden? Mensen krijgen nu die vraag voorgelegd, terwijl het tot nu toe altijd zo was dat mensen zelf zo alert moesten zijn. Maar sommige mensen doen dat en andere mensen doen dat niet. Nu worden ze allemaal actief benaderd. Dit is een bestaande mogelijkheid. Wilt u bemiddeld worden? Dan is dit het nummer dat u kunt bellen. Ondertussen kunnen aanbieders, wanneer zij wel capaciteit hebben, die beschikbaar stellen. Dat is binnen de huidige wettelijke mogelijkheden de route.

De **voorzitter**:

Mevrouw Den Haan, ik geef u graag nog het woord, maar dat is dan wel al uw vierde vraag.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Maar voorzitter, ik weet dat u heel coulant bent en ik wil eigenlijk dezelfde vraag nog een keer stellen, omdat de Minister geen antwoord geeft. Mag dat?

De **voorzitter**:

Op dezelfde vraag krijgt u hetzelfde antwoord, maar toe.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Nee, nee, nee. Ik ga proberen om hem anders te formuleren. Kan de Minister contact hierover zoeken met de Minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen, om te kijken of hij kan aansluiten bij het gesprek met de Autoriteit Persoonsgegevens, zodat we, als het gaat over bevoordeling, bijvoorbeeld deze bypass niet meer hoeven te maken. Ik snap dat dat nu niet kan, dat we dat nu niet kunnen doen, maar het zou misschien toch helpen voor de toekomst.

**Minister Kuipers:**

Het antwoord is ja, dat kan. Van harte.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Kijk! Dan heb ik het antwoord dat ik wil hebben. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dan heeft u een toezegging binnen, mevrouw Den Haan. Gaat u verder, Minister.

**Minister Kuipers:**

Ik denk dat ik daarmee ook de vraag van mevrouw Den Haan heb geadresseerd hoe artsen of zorgverzekeraars wachtenden benaderen voor zorgbemiddeling.

Dan vroeg mevrouw Paulusma: bij verwijzing door de huisarts is het van belang dat de verzekerde weet waar hij aan toe is. Transparantie over wachtlijsten is van belang. Zorgaanbieders zijn inderdaad verplicht om wachttijden te publiceren. Dat is vastgelegd in de Regeling transparantie zorgaanbieders van de NZa. Dat ziet op de wachttijd tot intake, consult of behandeling en de wijze waarop de zorgaanbieder de wachttijd vaststelt. Daarbij heeft de NZa voor bijvoorbeeld de sectoren ggz, medisch-specialistisch zorg en casemanagement dementie sectorspecifieke regelingen wachttijd opgesteld. Als zorgaanbieders onjuiste informatie publiceren, kan de NZa ook handhavend optreden.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg naar de wachtlijsten in de ggz-jeugd zorg. Ziet de Minister ook dat verzekeraars de wachtlijsten niet kunnen oplossen? Het klopt inderdaad dat er in de ggz voor verschillende diagnoses wachttijden zijn die duidelijk boven de treeknormen liggen, soms aanzienlijk boven de treeknormen. We kennen de voorbeelden waar het over gaat. De oorzaken daarvan zijn veelal ingewikkeld. Ik ben recentelijk bijvoorbeeld bij een genderkliniek geweest. Als je kijkt naar de eerste intake die zij moeten doen in het kader van een assessment van de mentale gezondheid, is het af en toe zeer complex, en heeft men te maken met een zeer sterk uitbreidende capaciteit, maar tegelijkertijd een nog sterker uitbreidende vraag. De oorzaken zijn dus ingewikkeld. Het gaat dan om volumes, het gaat ook om schaarste op de arbeidsmarkt en de vele betrokken partijen. Juist in dat IZA willen wij maatregelen nemen om de structurele problemen in de jgz te voorzien van oplossingen. Dat is dus nadrukkelijk een van de onderwerpen van gesprek met hen, maar ook met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Van den Berg: is de Minister het met ons eens dat we minder zorg moeten gaan leveren en meer aandacht moeten hebben voor gezondheid? Ik ben het eens dat we veel oog moeten hebben voor preventie en ook voor de gevolgen van sociaal-maatschappelijke problemen en het effect daarvan op de gezondheid. Sociale vraagstukken zijn vaak gezondheidsvraagstukken en vice versa. Daarom werken het Ministerie van VWS en het Ministerie van SZW nauw samen op die dossiers waar dit met name speelt, bijvoorbeeld bij kwetsbare groepen waar de problematiek stapelt. Binnenkort ontvangt uw Kamer de brief van Minister Schouten, waarin ook de relatie wordt gelegd tussen gezondheid en zorg.

Voorzitter. Tot zover dit blokje.

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

De Minister onderschrijft dat preventie en sociaal-maatschappelijke problemen mede een oorzaak kunnen zijn van behoefte aan zorg en dat we het dan ook eigenlijk in een ander domein moeten oplossen. Maar ik hoor de Minister geen reactie geven op de problematiek dat we steeds meer kunnen meten en dus ook eerder ziek zijn, en of we daarover niet ook het maatschappelijk debat moeten aangaan.

Minister **Kuipers**:

Ik ben het geheel met mevrouw Van den Berg eens dat het, in de veelheid van zaken die we kunnen meten en diagnosticeren, ontzettend belangrijk is om continu te letten op de definitiegrenzen tussen gezondheid en ziekte. Dat is niet iets van gisteren of vandaag; het is iets wat al de afgelopen tientallen jaren aan de gang is. Als je niet uitkijkt, gaan grote aantallen mensen, meer en meer mensen, een stempel krijgen – ik gebruik bewust de woorden «een stempel krijgen» – van een aandoening of een chronische aandoening, waar vroeger die aandoening niet bekend was of de definities anders lagen en men dus erbuiten viel. Dat is iets wat aandacht vraagt vanuit mijn departement, wat aandacht vraagt vanuit patiëntenverenigingen en wat ook aandacht vraagt vanuit het medische veld. Het heeft namelijk implicaties. Af en toe heeft het ook implicaties op items zoals passende zorg en medicatiegebruik. We komen daar maar even op terug.

Als ik één voorbeeld mag geven: we hebben in de afgelopen tientallen jaren gestaag gezien dat iets eenvoudig als de definitie van hoge bloeddruk – en daarmee ook de bestempeling van «gezond» naar «patiënt met hoge bloeddruk» – steeds verder is opgeschoven. Dat gebeurde op grond van hele grote cohortstudies, die laten zien dat iedere paar millimeter verhoging van de bloeddruk op de lange termijn een enigszins verhoogd risico geeft op een aandoening zoals bijvoorbeeld beroerte. Daarmee kun je steeds verder gaan naar de laagste groep, terwijl je je afvraagt: ben ik hier nou echt bezig met zinnige patiëntenzorg, zinnige zorg, of ben ik eigenlijk alleen maar de definitie van «gezondheid» aan het oprekken? Dat is een lastig debat, maar het is iets wat al heel lang speelt. Ik hoor de heer Hijink ook iets zeggen over de rol van de beschikbaarheid van medicatie. Ik parafraseer hem even; dat vindt hij ongetwijfeld goed. Het antwoord is: ja, dat speelt ongetwijfeld een rol. U hoort aan mij dat ik echt vind dat we daar op bepaalde momenten paal en perk aan moeten stellen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft nog een vraag. Meneer Hijink had geen vraag, maar gaf wel een reactie. Dat was briljant gedaan. Mevrouw Van den Berg.

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

Ik hoor de Minister wel de analyse delen, maar ik hoor hem nog niet zeggen hoe hij dit... Ik denk dat we dit met elkaar moeten durven bespreken. De Minister zegt: dat is een gesprek voor de arts. Maar de trend van het medicaliseren vraagt ook om een maatschappelijk debat. Ik zou graag een toezegging van de Minister horen. Wanneer gaat hij hierop terugkomen, wat gaat hij hieraan doen et cetera?

Minister **Kuipers**:

Dit is een discussie die al heel lang en heel geleidelijk loopt. We doen dit gezamenlijk, om te beginnen hier, in het gesprek dat we hier hebben. Maar het is ook echt een maatschappelijke discussie. Ik zie niet direct wat ik hier voor toezegging over zou moeten doen, anders dan de bijdrage die ik op allerlei manieren continu lever. Ik kan wel opnoemen waar sprake is van verschuivingen. Ik noem één voorbeeld, maar ik kan er heel veel

noemen in de loop der tijd. Het is echt iets wat wij gezamenlijk moeten doen, maar wat ook de medische beroepsgroep en de patiëntenverenigingen moeten doen. Hoe meer mogelijkheden we hebben om zaken te definiëren en te diagnosticeren, hoe meer mensen je krijgt die je bestempelt als: u zit net buiten de norm en dat geven we een diagnose. Ik zie u kijken, dus ik zal even een voorbeeld geven. In de loop der jaren zit de maximale spiermassa van mensen ergens tussen de 20 en 30. Daarna gaat het langzaam naar beneden, wat je ook doet. Je kunt trainen wat je wilt, maar dat is een normaal en natuurlijk fenomeen. Het is heel spijtig, maar ik kan bij lange na niet meer zo hard lopen als toen ik 25 was. Het voelt wel alsof ik net zo hard ga, maar ik kan het niet meer. Dat kun je «verlies van spiermassa» noemen. Maar daar is ook een mooie medische term voor: sarcopenie. Dat is een diagnose. Daar lijden we allemaal aan. Op het moment dat daar een medicament voor is, dan kunnen we daar allemaal wat aan doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Met alle respect, maar de Minister leest een aantal antwoorden op. Ik mis eerlijk gezegd zijn reflectie. Daar hebben meerderen van ons om gevraagd, of het nu gaat om het stelsel of om iets anders. Mijn vraag was niet: vindt u het ook zo belangrijk dat de huisarts een goede positionering heeft? Mijn vraag was: ziet u ook dat een goede positionering van de huisarts kan bijdragen aan een rem op onnodige zorg? Ik weet dat deze Minister meer kan vertellen over en meer kan reflecteren op hoe hij het stelsel ziet. Daar gaat dit debat over. Daar hebben we het maar twee keer per jaar over en dat is heel weinig voor zo'n groot vraagstuk. Ik mis de inbreng van de Minister. Ik merk dat dat toch een beetje de olifant in de kamer is als ik spreek met mensen uit de zorg. Dat was ook vandaag weer het geval toen ik met huisartsen sprak. We mogen het niet over het stelsel hebben. Zoals ik al zei, geloof ik niet in een toverstokje. Ik geloof er niet in dat een ander stelsel de oplossing voor alles is, maar tegelijkertijd vind ik wel dat we het erover moeten hebben. Ik zou de Minister willen vragen of hij daar nog iets over kan zeggen.

Minister **Kuipers**:

Ja hoor, dat kan. Als je het over het stelsel hebt, kom je al heel snel in een hele brede semantische discussie terecht. Waar hebben we het dan precies over? Voor mij is een stelsel allereerst een publieke financiering. Ons stelsel is gebaseerd op solidariteit. Dat is een eigenschap van ons stelsel. Een andere eigenschap van ons stelsel is een hele sterke eerste lijn. Daarmee komen we op uw vraag. Een sterke eerste lijn is een eigenschap van ons stelsel en daar moeten we trots op zijn. Ik noemde het voorbeeld van sommige situaties in het buitenland. Kijk naar Engeland, naar de NHS. De eerste lijn zit daar niet in. Een van de gevolgen daarvan is dat in vergelijking met Nederland, het aantal bezoekers op de spoedeisende hulp in Engeland over het algemeen een veelvoud is van het aantal in Nederland. Een gemiddelde spoedeisende hulp heeft daar 100.000-plus of 200.000-plus patiënten per jaar, over de hele breedte. Wij hebben dat niet. Dat is de kracht van ons stelsel. Die kracht staat echter onder druk. Dat hebben we in de afgelopen twee jaar door covid gezien, maar dat is alleen maar een uiting van iets wat daarvoor ook al onder druk stond. Dat heeft te maken met de toenemende vraag. Er zijn meer mensen en er is een grotere zorgvraag.

De huisartsen moeten versterkt worden. Dat is nadrukkelijk de inzet binnen het IZA, het Integraal Zorgakkoord. De eerste vraag van de huisarts is terecht: meer tijd voor een goed gesprek met de patiënt. Het is effectief bewezen dat dat ertoe leidt dat mensen beter geholpen worden, meer tevreden zijn en minder worden doorverwezen. Dat moeten we dus doen. De oplossing die daarvoor gekozen wordt – dat is ook de vervolgvraag van de huisarts – is vaak het verkleinen van de gemiddelde praktijk-



grootte. Dat kan; dat is een route. Maar dat vraagt om het opleiden van meer huisartsen en om het meer inzetten op het behoud daarvan. De uitbreiding van de huisartsenopleiding is in de afgelopen periode al ingezet. Dat breiden we nog verder uit. Maar dat is echt een langetermijnoplossing. Ik voer dat gesprek ook met de huisartsen, met de LHV, het NHG en met individuele huisartsen.

Maar kunnen we ook voor het hier en nu oplossingen verzinnen? Die discussie loopt natuurlijk ook met de VNG. Een deel van de vragen van de huisartsen zitten veel meer op het sociaal domein, op het gemeentelijk domein. We maken afspraken met verzekeraars over de registratielast, maar daarna gaan ze toch door met dat systeem. Ik sprak hier net voor de deur even met een huisarts. Hij zei: ik weet dat ik sommige dingen niet meer hoeft te doen, maar ik doe het toch maar, want het wordt gevraagd. Daar moeten we met z'n allen paal en perk aan stellen. Ik zal de eerste zijn die zegt: dat doen we dus ook niet meer. De verzekeraars of de gemeentes mogen dat niet meer vragen. Dat waren de voorbeelden die we zojuist noemden.

Een ander voorbeeld is het versterken van de anderhalvelijnszorg. Huisartsen kunnen geholpen worden doordat een stukje van de tweedelijnszorg makkelijker toegankelijk wordt. Ik doel op een bredere toegang tot de eerstelijnszorg. Niet alles hoeft via de huisarts als de centrale spil. Misschien kan er ook een stukje directe toegang zijn tot fysiotherapie, om maar even iets te noemen. Een belangrijk deel van de klachten in de eerste lijn heeft te maken met het bewegingsapparaat. Misschien kunnen we zoeken naar een andere inzet of een andere rol van de fysiotherapie. Dat kan ook helpen. Dat zijn allemaal mogelijkheden om de huisarts op korte termijn te helpen zodat ze meer tijd voor een patiënt hebben. Ik heb er slechts een aantal genoemd van alle dingen die ik inzet. Ik wil graag inzetten op het opleiden van meer huisartsen, maar ik ben bang dat we dan volgend jaar, het jaar daarop en het jaar daarop nog steeds dezelfde discussie horen. We moeten dus ook oplossingen zoeken voor de kortere termijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Kijk, nou wordt het interessant! Dat vind ik echt. Dit is een debat. Dit is het delen van ideeën. Ik vind het heel interessant wat de Minister zegt. Hij zegt: misschien moeten we de fysiotherapeuten meer in positie brengen. Dat is eigenlijk het meest concrete dat ik nu hoor van alle dingen die we op de korte termijn zouden kunnen doen. Misschien heeft hij nog andere ideeën over hoe we de huisartsen op de korte termijn kunnen ontlasten. We willen mogelijk maken dat er per consult meer tijd voor de patiënt is, want dat is inderdaad bewezen effectief. Dat vind ik opvallend, want dat weten we al een paar jaar, maar nog steeds loopt er, voor zover ik weet, nog maar een heel beperkt aantal pilots. Ik hoor daar graag nog iets meer over. Wat kunnen we nog meer concreet doen voor de huisartsen op de korte termijn?

Ik zou de Minister ook willen vragen naar de rol van de zorgverzekeraars. De Minister begon zijn beantwoording met nog een keer te benoemen wat de rol van de verzekeraar is, zoals het verbeteren van de kwaliteit, het inkopen op kwaliteit, de toegankelijkheid et cetera. We weten dat de contractering na zestien jaar nog steeds maar heel beperkt op kwaliteit zit. Dat onderdeelje, dat heel belangrijk was toen we dit stelsel bouwden, is nog maar heel beperkt van de grond gekomen. Hoe kijkt de Minister daarnaar? Weegt het beoogde voordeel nog op tegen de nadelen die we in de praktijk zien? Want het kan in theorie een heel mooi idee zijn dat zorgverzekeraars elkaar beconcurreren op kwaliteit, maar we zien in de praktijk dat er toch nog verschillende informatie wordt uitgevraagd. Als ik een zorgverzekeraar daarnaar vraag – dat heb ik laatst nog gedaan en ik sprak toen een heel welwillende en intelligente dame – zeg ik altijd: «Hoe zit het met jullie rol? Want jullie vragen nog steeds verschillende

informatie uit.» Dan blijft het stil. Dan hoor ik: dat is toch interessant voor onze eigen positie. Ik vind dat we het daarover moeten hebben. Weegt het voordeel van het opvragen van individuele informatie door zorgverzekeraars op tegen alle nadelen, die te maken hebben met bureaucratie? Dat is het meest hardnekkige probleem in de zorg.

**Minister Kuipers:**

Ik noemde een aantal voorbeelden voor de huisartsenzorg, maar ik kan daar nog wel even mee doorgaan. Dit is nu het onderwerp van gesprek. We zoeken andere oplossingsrichtingen dan alleen maar inzetten op het verkleinen van de gemiddelde praktijkgrootte. Je wilt dat er meer tijd is voor patiënten. Hoe kunnen we dat al op de korte termijn bereiken? Een ander voorbeeld is een bekend probleem voor huisartsen op veel plekken, namelijk de invulling van de avond-, nacht- en weekenddiensten, net als de grote mate van inzet van mensen die geen vaste praktijkhouder zijn et cetera. Je kunt de afspraak maken dat participatie in avond-, nacht- en weekenddiensten een onderdeel is van de herregistratie-eisen, om maar even een voorbeeld te noemen. Ik weet niet of we daarop uitkomen. Ik noem het gewoon maar even als optie. Dat betekent dat als je als huisarts wilt functioneren, je ook een onderdeel buiten de vaste kantooruren hebt, of je nu bij wisselende praktijken of bij een vaste praktijk werkt. In mijn beleving kan dat enorm gaan helpen, maar daar moeten we een gesprek over hebben met de huisartsen.

Ten aanzien van de kwaliteit en de registraties: het klopt dat we in de afgelopen jaren hebben geprobeerd om dingen heel uitgebreid vast te leggen en te monitoren. Dat hebben we jarenlang gedaan, waarbij langzaam gekeken is naar praktijkvariatie. Ik noem dat weleens met een vreemde term «kwaliteit aan de achterkant». We gaan bedenken hoe een registratie eruit moet zien, we gaan een aantal jaren registreren en dan zeggen we: dit is een outlier. Stel dat ik een outlier ben en u bij mij komt. Dan zeg ik: dat heb ik allang veranderd; dat waren de resultaten van toen, maar ik heb mijn praktijk allang aangepast, dus die cijfers kloppen allang niet meer. Dat is kwaliteit aan de achterkant. Maar voor een deel zoek je eigenlijk naar kwaliteit aan de voorkant. Ik noem bijvoorbeeld het gesprek over volumennormen voor allerlei ingrepen. Er is zeer uitgebreid bewijs dat volumennormen voor complexe interventies kunnen werken. Dat hoeft je niet voor iedere interventie bij iedere kliniek opnieuw te doen. Daar kun je ook aan de voorkant afspraken over maken. Misschien kunnen we een keer andere stappen maken, want dan heeft een verzekeraar ook meer mogelijkheden om specifiek daarop in te kopen.

**De voorzitter:**

Ik weet even niet wie eerst is, meneer Hijink of mevrouw Van den Hil. Meneer Hijink mag als eerste.

**De heer Hijink (SP):**

De cruciale vraag is: in hoeverre valt er met deze Minister te praten over aanpassingen in het stelsel? Zijn voorganger, Bruno Bruins, zei in ieder debat: over het stelsel valt niet te discussiëren, want dat staat in het regeerakkoord. Hij zei «daar gaan we niks aan doen; daar valt niet over te praten» en dat was het einde van de discussie. Ieder debat sloeg dood omdat je het niet kon hebben over bijvoorbeeld mededingingswetgeving in de eerste lijn of over de polisjungle, want dat zat allemaal vast in het stelsel. Je kon het ook niet hebben over de concurrentie tussen verzekeraars, over gezamenlijk inkopen of over het stelsel op een andere, slimmere manier organiseren. Het stelsel mocht niet ter discussie staan. Ik wil graag weten of dat bij deze Minister wel mag. Als wij het op bepaalde punten veel slimmer, goedkoper en kwalitatief beter kunnen organiseren door het stelsel aan te passen, is dat dan bij deze Minister mogelijk?

**Minister Kuipers:**

Je kunt heel breed discussiëren over dit stelsel. Ik gaf zonet een definitie. We kunnen het hebben over wat er nog meer onder die definitie valt. Maar als we het hebben over de publieke financiering, de rol van de verzekeraar, de rol van de aanbieder en de rol van de patiënt, dan ben ik niet voornemens om iets aan het stelsel te veranderen. Als dat precies hetzelfde antwoord is als dat van mijn voorganger, dan is dat maar zo. Waar ik wél over wil spreken, is de absolute noodzaak om in de volle breedte veel meer samen te werken. Misschien betekent dat ook een verandering in de definitie van het stelsel, want tot nu toe is het stelsel gebaseerd op het feit dat iedere aanbieder zelfstandig is, de volledige verantwoordelijkheid heeft voor de eigen patiënten en die niet deelt. Daarin kunnen wij elkaar wél vinden. Dat wil ik echt veranderen.

**De heer Hijink (SP):**

Het probleem waar je dan natuurlijk tegenaan gaat lopen, is dat je samenwerking gaat afdwingen in een stelsel dat in de kern gericht is op concurrentie. Dan ga je zorgverzekeraars, zorgverleners en instellingen aanspreken op hun concurrerende rol ten opzichte van elkaar, terwijl zij onder druk van dit stelsel met elkaar in concurrentie zijn. Dan probeer je eigenlijk volleybal te introduceren in een voetbalwedstrijd. Als je wilt dat er meer samenwerking komt, dan zul je ook de prikkels en de onderliggende mechanismen moeten aanpakken die die marktwerking nu mogelijk maken. Ik noemde net al de mededingingswetgeving, die soms de samenwerking in de eerste lijn in de weg staat. Dat is allemaal onderdeel van het denken in termen van marktwerking en concurrentie. Als je dat er niet uit wilt halen, dan kun je afspraken maken en akkoorden tekenen tot aan sint-juttemis, maar dan gaat dat niet werken, want in de kern is het: eigen toko eerst. Dat zei een bestuurder uit de, ik meen, jeugdzorg in Rotterdam al eerder. «Eigen toko eerst» is het denken in de zorg. Ik ben daar erg op tegen en ik denk dat dat ook voor de Minister geldt. Maar als dat zo is, dan zul je ook naar de onderliggende mechanismen moeten kijken, want anders voeren we over tien jaar dezelfde discussie.

**Minister Kuipers:**

Om te beginnen: concurrentie sluit samenwerking niet uit. Als samenwerking absoluut nodig is ter verbetering van de kwaliteit van de geboden zorg, dan moeten we daar meer op gaan sturen dan in het verleden. Wat dat betreft is het niet «eigen toko eerst», maar «eigen patiënt eerst». «Eigen patiënt» betekent: de eigen patiënt in gezamenlijkheid met een ander. De voorbeelden en gebieden waar dat relevant is, zijn evident. We hebben het eerder gehad over de geboortezorg en over de oncologische zorg, en zo kan ik nog wel een aantal andere voorbeelden noemen.

**Mevrouw Van den Hil (VVD):**

Ik veerde net als mevrouw Ellemeet op toen het ging over taakherschikking en over de vraag of we echt ergens over gaan praten. Mijn vraag zou zijn: is het ook mogelijk om te kijken naar een andere inzet van apothekers, ook bij de contractering vanuit de zorgverzekeraar? Zij hebben bijvoorbeeld aangegeven dat ze kunnen helpen bij het vaccineren. Maar ik noem ook de taakherschikking naar de physician assistant en de verpleegkundig specialist, en de mogelijkheid om door te groeien. Ik zie dat als totaalpakket voor de eerste lijn om zo min mogelijk doorstromen te hebben naar de tweede lijn. Hoe kijkt de Minister daartegenaan?

**Minister Kuipers:**

Dit is inderdaad een van de mogelijke oplossingsrichtingen. Dit ligt nadrukkelijk in de lijn van het gesprek dat mevrouw Ellemeet net aangaf. Er is niet één oplossing waarmee je alles voor elkaar krijgt. Je zult echt heel veel verschillende oplossingen moeten verzinnen, zoals de inzet van

andere mensen. Dat is ook een beetje in lijn met wat mevrouw Paulusma zonet al suggereerde. Je kunt ook mensen uit de tweede lijn inzetten om de eerste lijn te versterken. Ik weet niet of we daar echt uit gaan komen en in welke mate, maar je moet kijken hoe de huisarts, die in de eerste lijn altijd de spil is geweest en dat ook zal blijven, breder ondersteund kan worden en makkelijker toegang kan krijgen tot de anderhalvelijnszorg.

**De voorzitter:**

Gaat u alstublieft verder met de beantwoording.

**Minister Kuipers:**

Dat brengt mij bij de risicoverevening. Dat is een technisch onderwerp, maar wel een heel belangrijk onderwerp. Ik voel mij gecommiteerd aan een verdere verbetering van die risicoverevening. Mevrouw Van den Berg vroeg: hoever is de Minister met het nemen van effectieve maatregelen om oneigenlijke vereveningswinsten op overstappende jonge en gezonde verzekerden fors terug te brengen? Het functioneren van die risicoverevening heeft onze voortdurende aandacht. Dat model blijft niet stilstaan. In de afgelopen jaren is er al veel veranderd en verder verbeterd aan dit model. Naast het al bestaande kenmerk «gezonde verzekerden» zijn er twee kenmerken toegevoegd aan het model van 2022 die gezonde verzekerden nog beter in beeld brengen: historische morbiditeit en meerjarige extramurale farmaciekosten. Deze wijziging heeft een positief effect op de compensatie van chronisch zieken. Ook dit jaar is prioriteit gegeven aan onderzoeken die gericht zijn op overcompensatie van gezonde verzekerden en ondercompensatie van chronisch zieken. Ik informeer u nog voor het zomerreces over de voorgenomen aanpassingen van het model voor 2023, die hieruit zullen volgen. Dat komt dus op korte termijn.

Mevrouw Van den Berg vroeg of de ontwikkeling van 2022 voldoende basis biedt om steeds minder te concurreren op gezonde verzekerden. Ik gaf net al aan dat er een verdere investering en aanpassing komt van het model, gericht op specifieke groepen. Er komt daarover een brief. Ik zal een voorbeeld noemen: het onderzoek naar verzekerden met diabetes, hart- en vaatziekten of longziekten. Dat sluit aan bij de vraag van mevrouw Van den Berg over wanneer u de brief ontvangt.

Mevrouw Van den Berg vroeg: wanneer start de Minister met de voorbereidingen voor 2024? Die zijn al gestart. Met ZN, het Zorginstituut en onderzoeksbureaus wordt overleg gevoerd over het onderzoeksprogramma voor 2024. Ik werk aan een stevig onderzoeksprogramma dat gericht moet zijn op een verdere verbetering van de risicoverevening. De heer Kuzu zei: «De risicoverevening werkt onvoldoende. Het mag niet zo zijn dat verzekeraars om die reden mensen weigeren. Wat vindt de Minister daarvan?» In Nederland geldt een acceptatieplicht, zoals de Kamer weet. Verzekeraars kunnen geen verzekerden weigeren. De risicoverevening is verfijnd en wordt elk jaar verder verbeterd. Ik gaf al aan wanneer u een nadere respons kunt verwachten voor het komende jaar. Er is al begonnen met een verdere aanpassing voor 2024. Tot zover dit blokje.

Voorzitter. Dat brengt mij bij het polisaanbod. Verzekerden hebben een belangrijke rol in het stelsel. Zij kunnen een polis kiezen die bij hun persoonlijke situatie en voorkeuren past. De dreiging dat verzekerden kunnen overstappen, houdt de zorgverzekeraars scherp. Ik vind het van belang dat er voor de verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt. Daarom heeft de diversiteit en de onderscheidendheid van het polisaanbod, en niet zozeer de omvang, mijn aandacht.

Mevrouw Ellemeet en mevrouw Paulusma hadden een vraag over Pro Life. Zij vroegen met name hoe het zit met de kinderen van deze verzekerden. In totaal waren er in 2021 115.000 mensen verzekerd bij Pro Life, waarvan ongeveer 11.000 in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar. Indien er

sprake is van een zorgvraag die niet vanuit de verzekering van Pro Life wordt vergoed – het voorbeeld van transgenderzorg werd genoemd – dan biedt de verzekeraar Zilveren Kruis de mogelijkheid om tussentijds, lopende het jaar, over te stappen naar een van hun verzekeringen die deze zorg wel vergoedt. Dat staat uiteraard nog los van de overstapmogelijkheid aan het einde van het jaar.

**De voorzitter:**

Eerst mevrouw Ellemeet en daarna mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit is natuurlijk pure theorie. Stel dat je 13 bent en het al een taboeonderwerp is bij je ouders. Hoe weet je dan in godshemelsnaam dat je naar een andere verzekeraar kan? Dat is mijn hele punt. Daarom wil ik dat het losgekoppeld wordt. Zo'n kind gaat hooguit naar de website van de verzekeraar, al denk ik dat dat niet eens gebeurt. Je wilt dat er direct toegang is. Ik vrees dat dat met dit antwoord niet is opgelost.

**Minister Kuipers:**

Ik realiseer mij heel goed dat dat een issue is. Maar hoe gek het ook klinkt, het begint bij de ouders. Het gaat om minderjarige kinderen en die vallen onder de ouderlijke macht, dus het begint bij de ouders. Op het moment dat er door een gebrek aan kennis wel behoefte is aan een overstap of er een vraag is naar iets wat niet verzekerd wordt, dan is er sprake van coullance bij de verzekeraar. Dan kunnen ze een overstap maken. Het polisaanbod moet feitelijk breder zijn dan wat er bij Pro Life geboden wordt. Maar dat gesprek begint wel bij de ouders. Er is een actieve mogelijkheid om tijdig over te stappen. Op het moment dat men een zorgvraag heeft en een zorgaanbieder opzoekt, dan is er sprake van coullance bij de verzekeraar om de betreffende persoon om te zetten naar een verzekering met een uitgebreider pakket bij Zilveren Kruis.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik snap dat de Minister zegt dat het begint bij de ouders, maar wat mij betreft begint het bij het basispakket, dat voor iedereen hetzelfde is. Als je 16 bent, je ouders een andere keuze maken, je worstelt met je gender en identiteit en je hulp nodig hebt, dan ga je dit niet doen uit jezelf, zoals mevrouw Ellemeet al zei. Voor mij begint het niet bij de ouders, maar bij het basispakket. Ik hoor daar graag een reflectie op van de Minister.

**Minister Kuipers:**

Voorzitter. Dit mag wettelijk gewoon uitgezonderd worden. Dat mag. Een verzekeraar mag dit pakket aanbieden. Het gaat hier om minderjarige kinderen, over wie de ouders hun ouderlijke macht hebben. Dus ik kan nu niet zeggen dat dit niet mag. Daar moeten we de wet dan op aanpassen. Als we de wet zo aanpassen dat dit niet meer uitgezonderd mag worden, dan mag dit ook niet meer als zodanig aangeboden worden als een verzekering. Maar nu kan ik daar niks mee. Het is alleen een praktijkoplossing dat een verzekeraar een alternatief aanbiedt, gedurende het jaar de overstap toestaat en ook nog pragmatisch omgaat met situaties waarin deze zorg toch geleverd wordt, terwijl die overstap nog niet is geregeld. Dat is wat ik nu kan.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Kuipers:**

In aansluiting daarop vroeg mevrouw Paulusma welk effect differentiatie in de polissen ten aanzien van levensovertuiging heeft op de solidariteit in het stelsel. Het heeft geen effect op de solidariteit overall. Die wordt

namelijk geborgd door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie door zorgverzekeraars. De verdere discussie over Pro Life, wat dit betekent en hoe dit juridisch vastgelegd is, heb ik zonet al beantwoord. Voorzitter. De heer Kuzu vroeg of het mogelijk is om overzicht en structuur te krijgen in het zorglandschap van polissen. Ik vind het net als u belangrijk dat het polisaanbod overzichtelijk is. Ik roep zorgverzekeraars op om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te houden. Daar ben ik ook over in overleg. Ik verken, zoals de motie van mevrouw Van den Berg en de heer Hijink verzoekt, samen met de NZa de mogelijkheden om in wet- en regelgeving de definitie van «nagenoeg gelijke polissen» aan te passen. Daarnaast zet ik vol in op het verder verbeteren van de risico-verevening.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg waarom we geen meerjarige zorgpolissen aanbieden aan klanten. In de praktijk zal dat niet heel veel veranderen, want verzekerden gaan doorgaans al een meerjarige relatie aan met hun verzekeraar. Kijk bijvoorbeeld alleen al naar de situatie over de afgelopen acht jaar. 64% van de verzekerden is in acht jaar nooit van zorgverzekeraar gewisseld. Circa 21% is één keer gewisseld. Zo kom je bij elkaar al op 85% die maximaal één keer gewisseld is in acht jaar tijd. Tot zover dit blokje, voorzitter.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de betaalbaarheid en de eigen betalingen. De individuele betaalbaarheid van de zorg is een onderwerp van belangrijke aandacht. Daar spreek ik maandag opnieuw over met uw Kamer, nog los van de aanvullende schriftelijke vragen die gesteld zijn. Om de individuele financiële toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg te borgen, nemen wij een aantal maatregelen. Recent heeft uw Kamer ingestemd met een wetsvoorstel om de collectiviteitkorting af te schaffen; dat versterkt de solidariteit in het stelsel. Zo betalen sociale minima bijvoorbeeld niet meer mee aan de hoge collectiviteitskortingen van andere groepen collectief verzekerden. Ook heeft u het wetsvoorstel ontvangen om het verplichte eigen risico in de jaren 2023 tot en met 2025 te bevriezen, waarmee we voorkomen dat dat stijgt. Er zijn vragen over gesteld. De schriftelijke beantwoording van die vragen ontvangt u vandaag nog. Op 4 juli spreken we verder over dat wetsvoorstel. Naast het bevriezen van het eigen risico zal ik ook de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen in het GVS in 2023 en 2024 blijven maximaliseren op € 250. Daarnaast zet ik me in op monitoring van eigen betalingen, om te bezien of deze niet onevenredig zwaar uitvallen voor bepaalde groepen. Ik streef ernaar om u in het najaar te informeren over de wijze van die monitoring.

Dat brengt mij bij de vragen, voorzitter. Allereerst is er de vraag van mevrouw Van den Hil en mevrouw Paulusma: kan de Minister toelichten welke stappen er nodig zijn om te komen tot spreiding van het eigen risico? Ik streef naar hervorming van het eigen risico per 1 januari «25. Op dit moment werk ik samen met partijen aan de uitwerking van de maatregel om de systematiek van het eigen risico anders vorm te geven. In het najaar zal ik u informeren over de hoofdlijnen van die hervorming. De verwachting is dat ik u in de tweede helft van «23 een wetsvoorstel kan toesturen dat ertoe strekt het risico vanaf 1 januari «25 anders vorm te geven.

De heer Hijink vroeg, voorzitter,...

**De voorzitter:**

Een ogenblik. Er is een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik wachtte nog even, want ik dacht dat de Minister er nog een zin aan toe zou voegen. Ik weet dat we het eigen risico gaan hervormen, maar ik vroeg vooral of het ook sneller kan.

**Minister Kuipers:**



Het hervormen van het eigen risico vergt een wetswijziging. Het vergt ook een verandering in de uitvoering. Het vergt dus ook overleg met de partijen. Dat betekent dat ik het op dit moment niet haalbaar acht om die wijziging al per «24 in te voeren.

Voorzitter. De heer Hijink vroeg naar de abonnementstarieven in de Wmo. Wat wil de Minister hiermee doen? Het abonnementstarief wijzigt voor de huishoudelijke hulp die vanuit de Wmo wordt geleverd. Op dit moment wordt door de Staatssecretaris van VWS de maatregel passende eigen bijdrage voor de huishoudelijke hulp, zoals opgenomen in het coalitieakkoord, nader uitgewerkt. De planning is dat aan het begin van de zomer de uitvoeringstoetsen worden uitgevraagd aan de VNG en het CAK en dat in de loop van de zomer de voorgestelde wetswijziging in consultatie gaat.

Voorzitter. De heer Hijink en mevrouw Van den Berg vroegen of de Minister bereid is om samen met de Minister voor Armoedebeleid te kijken met welke stapeling mensen met lage inkomens te maken hebben en hoe zij geholpen kunnen worden. Het kabinet neemt enkele maatregelen om die eigen betaling ook in de komende jaren voor iedereen betaalbaar te houden. We spreken elkaar volgende week over het wetsvoorstel om het verplichte eigen risico te bevriezen. Ik heb verder de monitoring al genoemd. Sociale vraagstukken zijn daarbij ook gezondheidsvraagstukken en vice versa. Ik zal de Minister voor Armoedebeleid dus consulteren bij de nadere uitwerking van de monitor. Ik zal u ook daarover in het najaar informeren bij de verdere discussie en informatie over de vormgeving van de monitor.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, u heeft een vraag? Gaat uw gang.

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

Voorzitter, volgens mij heb ik heb nog twee interrupties en daarom moet ik ze nu even splitsen.

Ik heb niet alleen gevraagd of er een monitor met de Minister voor Armoedebeleid komt. Het is fijn dat de Minister dat afstemt met de Minister voor Armoedebeleid, maar ik had ook gevraagd of de Minister kan kijken hoe deze mensen geholpen kunnen worden. Ik kan me voorstellen dat hij daar vandaag geen antwoord op kan geven, maar ik kan me ook voorstellen dat dat wel een onderwerp is voor de begroting 2023. Als de Minister dan toch komt met een rapportage over hoe de monitor wordt ingericht, kan hij misschien gelijktijdig iets zeggen over wat hij voor deze mensen met lage inkomens gaat doen.

**Minister Kuipers:**

Daar kan ik zeker op ingaan, voorzitter. Overigens heb ik daar wel de resultaten van de monitor voor nodig, hè.

De heer Kuzu en mevrouw Den Haan vroegen wat de Minister gaat doen om inzicht te krijgen in het aantal mensen dat momenteel zorg aan het mijden is. Jaarlijks wordt het percentage zorgmijding gepubliceerd in de Staat van Volksgezondheid en Zorg. In 2021 heeft 8% van de mensen aangegeven af te zien van zorg vanwege kosten. Dat percentage is sinds 2018 stabiel en een daling ten opzichte van de jaren daarvoor.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg of we de eigen bijdrage kunnen beperken of verlagen. We hebben te maken met stijgende zorgkosten vanwege groeiende krapte op de arbeidsmarkt, vergrijzing en stijgende zorgvragen. Het kabinet vindt het essentieel dat zorg voor iedereen betaalbaar blijft. In zeer grote mate is het zorgstelsel gebaseerd op inkomens- en risicosolidariteit. Eigen betalingen in de zorg dragen bij aan de betaalbaarheid van de zorg in het algemeen en versterken ook het solidaire stelsel. We nemen enkele maatregelen om die eigen betalingen ook in de komende jaren voor iedereen betaalbaar te houden.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan en mevrouw Agema vroegen: wat kan de Minister nog meer doen om te voorkomen dat mensen zorg gaan mijden? Maatregelen die we daarop nemen zijn bevrozing van het eigen risico, slimmere vormgeving van het verplichte eigen risico, en maximering van de GVS-bijdrage op € 250 per jaar.

Mevrouw Van den Hil vroeg naar de stand van zaken met betrekking tot het monitoren. Zoals ik al aangaf, bekijk ik op dit moment hoe de monitor vormgegeven moet worden. Dat doe ik, zoals ik zei, ook in overleg met de collega-Minister. In het najaar informeer ik u daarover.

Voorzitter. De heer Kuzu had een vraag over de schuldenproblematiek. Hij vroeg: is de Minister het ermee eens dat incassobureaus en deurwaarders niet zouden moeten worden gebruikt bij de wanbetalersregeling? De inzet van incassobureaus en deurwaarders is de laatste stap om premie waar mogelijk te innen. In de laatste jaren zijn er veel stappen gezet om betalingsachterstanden te voorkomen, bijvoorbeeld door betalingsregelingen op maat en gunstige uitstroomregelingen voor wanbetalers. Daarbij is ook geïnvesteerd in vroegsignalering en lokale samenwerking om wanbetalers van zorgpremie thuis te helpen. Dankzij deze maatregelen en de inspanningen van zorgverzekeraars is het aantal wanbetalers afgenomen van ongeveer 325.000 een aantal jaren geleden tot 170.000 nu. Voorzitter. Dan vroeg de heer Hijink ten aanzien van zorgpremie: zouden we de stijging van aankomend jaar kunnen stoppen en de zorgpremie kunnen betalen via belastingen? De kosten van zorg zullen uiteindelijk gewoon betaald moeten worden. Een stijging van lonen en prijzen leidt ook tot een stijging van zorguitgaven vallend onder de Zvw. In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via inkomensafhankelijke bijdragen als via een nominale premie, eigen betalingen en de rijksbijdrage voor kinderen samen. Die financieringsbronnen zijn limitatief bepaald.

Dan vroeg mevrouw Ellemeest: welke garantie kan de Minister geven dat besparingen door het niet-contracteren van zorg niet verrekend worden in de premie? Het is aan zorgverzekeraars om hun premie te bepalen, en niet aan mij. Als polissen verschillen in gecontracteerd aanbod, dan kunnen ze ook verschillen in premie. Zoals u weet, streven verzekeraars er toch ook naar een verschillend polisaanbod aan te bieden en verschillen in premie te maken.

Dan zei mevrouw Agema: «De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk. Inhaalzorg zal jaren gaan duren en leidt tot een tweedeling. Zorgverzekeraars maken alsnog winst en hebben enorme reserves. Waarom zetten ze die niet in?» Het is aan zorgverzekeraars zelf om te bepalen in welke mate zij overreserves inzetten ter verlaging van de premie. Zij zetten in op een stabiele premieontwikkeling. Door het inzetten van overreserves kunnen ze die premiestijging enigszins dempen, maar in de tijd is dat effect beperkt. Via het geleidelijk inzetten van overreserves proberen zorgverzekeraars de premie geleidelijk te laten ontwikkelen.

Voorzitter. Dan vroeg de heer Hijink: wat gaat de Minister doen aan het vrijwillig eigen risico? Het zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. Eigen risico zorgt voor kostenbewustzijn van verzekerden en draagt op die manier bij aan de beheersbaarheid van collectieve uitgaven. Het vrijwillig eigen risico is daar een voorbeeld van. Ik zie geen reden om het vrijwillig eigen risico te herbezielen, maar ik heb wel voortdurend aandacht voor de ontwikkelingen daarvan. In april 2022 is de motie van mevrouw Paulusma aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt. Wij zetten dit onderzoek uit. Ik verwacht uw Kamer in het eerste kwartaal van het komende jaar te informeren over de resultaten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De Minister legt uit hoe het zit, maar we weten natuurlijk hoe het zit. Het is een beetje jammer als de beantwoording niet verder gaat dan dat. Als het

gaat om de toename van de vermogens van de verzekeraars, waarin nu zo'n 3 miljard euro overschot zit bovenop de solvabiliteitseisen, was mijn vraag: wat zijn de mogelijkheden voor de Minister om verzekeraars te bewegen om dat bijvoorbeeld in te zetten voor premiedemping?

**Minister Kuipers:**

We hebben in de afgelopen periode gezien dat verzekeraars wel degelijk gewoon reserves inzetten voor het dempen van het premie-effect. Dat is echt individueel beleid van de verzekeraar.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het is echt zo dat de reserves zijn gegroeid naar 10 miljard euro. De solvabiliteitseis is 7 miljard euro, dus er zit 3 miljard euro meer in de reserves dan moet en noodzakelijk is. Wat zijn de mogelijkheden – als de Minister die niet heeft, wil ik weten hoe we dat aan kunnen passen – om de verzekeraars ertoe te bewegen om dat geld in te zetten voor de premiebetalers, voor premiedemping?

**Minister Kuipers:**

Zoals aangegeven, is dit om te beginnen beleid van de verzekeraars zelf. Boven op de voorwaarden die bijvoorbeeld door DNB worden gesteld, zetten verzekeraars hun reserves in voor een geleidelijke premiestijging. Dat kunnen ze echter maar beperkt doen in de tijd. Dat kan niet anders. Een euro die je in het ene jaar uitgeeft aan zorg en niet int, kun je in het volgende jaar niet meer uitgeven.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Wat een flutantwoord! Echt serieus! We weten dat die reserves zijn gegroeid naar 10 miljard euro en we weten dat er een solvabiliteitseis van 7 miljard euro is. Dat moeten ze wettelijk aanhouden, maar die 3 miljard euro houden ze kennelijk in hun zak. Dat is alleen maar gegroeid. Mijn vraag aan de Minister is: wat kan de Minister, wat kan de Kamer, doen om de verzekeraars te bewegen om die 3 miljard euro in te zetten voor premiedemping?

**De voorzitter:**

Wat zijn de mogelijkheden?

**Minister Kuipers:**

Die mogelijkheden zijn gewoon heel beperkt. Ik weet dat verzekeraars wel degelijk hun overreserves inzetten. Zoals ik al heb aangegeven, kunnen ze dat eenmalig doen. Uw kwalificatie is dat dat een flutantwoord is, maar daar moet ik het maar mee doen. Ze zetten dat geleidelijk gedurende de tijd in...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Maar het wordt meer! Ze zetten het niet in. Het wordt meer! Snapt u, voorzitter?

**De voorzitter:**

Ja, ik snap het.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het wordt meer en meer en meer en meer. Dus ze zetten het niet in.

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Hoe kunnen wij daar nou op drukken?

**De voorzitter:**

... ik laat de Minister eerst even zijn antwoord afmaken.

**Minister Kuipers:**

De reserves die ze moeten aanhouden – ik verwijs daarbij naar DNB – hebben natuurlijk te maken met de uitgaven overall. Als de uitgaven stijgen en je hetzelfde percentage vasthoudt, dan nemen de reserves ook toe. In absolute zin nemen de reserves dus toe en dat moet ook. De reserves die ze als overschot hebben, kunnen ze eenmalig inzetten. Dat kunnen ze geleidelijk over de jaren doen, maar een euro die je daar één keer aan uitgegeven hebt, kun je in het volgende jaar niet nog een keer inzetten.

**De voorzitter:**

Ik kan het antwoord niet anders maken dan het is, mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Heb ik al vier keer een vraag gesteld, voorzitter?

**De voorzitter:**

Nee, u heeft drie keer een vraag gesteld. U hebt er dus nog één over.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik krijg steeds hetzelfde bandje te horen, maar de reserves nemen alleen maar toe. Ze worden alleen maar groter. Daar ging mijn vraag over. De solvabiliteit die ze aan moeten houden, is 7 miljard euro. De reserves worden steeds groter. Er zit nu 10 miljard euro in de pot, dus 3 miljard euro valt niet binnen de solvabiliteitseis. Hoe kunnen wij en de Minister de verzekeraars bewegen om dat ten behoeve van de verzekeringsnemers... Ik weet ook wel dat dat geen structureel geld is, maar eenmalig geld. Maar het geld neemt alleen maar toe. Die pot wordt alleen maar groter. Dus wat kunnen wij en wat kan de Minister doen om de verzekeraars te bewegen om dat geld in te zetten ten behoeve van de premiebetalers?

**De voorzitter:**

Is de vraag helder?

**Minister Kuipers:**

Op het gevaar af dat ik hetzelfde antwoord ga geven: op het moment dat de zorguitgaven omhooggaan – en dat gaan ze – en je hetzelfde percentage vasthoudt dat je als reserve moet hebben, gaan de reserves in absolute zin omhoog. Daarbovenop hebben verzekeraars in periodieke mate nog een surplus. Dat kunnen ze inzetten om de ontwikkeling van de premie in de tijd te dempen. Dat doen ze ook. Normaal gesproken geven ze niet alles in één jaar weg. Dat is echt een ontwikkeling. Ik zie mevrouw Agema zuchten, maar ik kom niet met een ander antwoord. Dit is het antwoord.

**De voorzitter:**

Ik ga mevrouw Agema even helpen. De vraag is volgens mij: welke instrumenten hebben de Kamer en de Minister om dat surplus in te zetten?

**Minister Kuipers:**

Dat is privaat eigendom. De Minister heeft daartoe geen mogelijkheden.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dat is een eerlijk antwoord.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Kuipers:**

Dat brengt mij bij het kopje specifieke vragen over de eigen betalingen. Mevrouw Ellemeet vroeg naar pruiken voor mensen die chemotherapie hebben gehad. De vergoeding is gemaximeerd op € 457. Ik ben op dit moment niet direct voornemens om de maximale vergoeding te verhogen. We hebben hier al eerder een gesprek over gehad. Ik wil wel in overleg treden met het Zorginstituut om te kijken of de maximale vergoeding toereikend is voor een volwaardig haarwerk, dus of dat inderdaad nog steeds klopt.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat antwoord kan ik de Minister al geven, want dat staat namelijk in het Nivel-rapport Eigen betalingen voor hulpmiddelengebruikers. Op bladzijde 30 staat de mediaan, dus de gemiddelde uitgave. Meer dan de helft van alle gebruikers van pruiken zit boven dat maximale bedrag. Ik vind dit gewoon niet oké. Vrouwen geven al meer geld uit aan zorg en maken meer zorgkosten dan mannen. Dit is natuurlijk iets wat vooral vrouwen nodig hebben. Ik vind dat we hier wat aan moeten doen.

**Minister Kuipers:**

Ik ga voor nu niet zo veel verder dan dat ik zeg dat ik het van harte wil bespreken met het Zorginstituut. Ik wil ook kijken naar «basis versus extra» en wat mogelijk is met de genoemde € 457, en naar de eventuele reden dat mensen dan voor iets anders kiezen. Laat me dus eerst het gesprek hierover voeren voordat ik hier een andere toezegging doe dan dat gesprek. Ik wil er dan van harte op terugkomen.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan vroeg of hulpmiddelen die een arts voorschrijft, kunnen worden uitgezonderd van eigen bijdragen. Er bestaan goede redenen om gebruikers van zorg via gerichte eigen bijdragen te laten meebetalen. Die kunnen bijvoorbeeld sturen naar meer doelmatig gebruik en zijn ook bedoeld om een zorgvrager te laten bijdragen aan medefinanciering van de zorg, waarmee ze ook bijdragen aan solidariteit. Ik zie wat dat betreft op dit moment dus niet direct een reden om het af te schaffen als de huisarts indiceert. Bovendien worden de kosten dan neergelegd bij de premiebetaler, iets wat ik ongewenst vind.

Voorzitter. De heer Hijink zei dat de zak- en kleedgeldregeling in de langdurige zorg te laag is. Zie ik ruimte om hier een verhoging in door te voeren? De zak- en kleedgeldgrens is het bedrag dat als aftrek wordt gehanteerd op een eigen bijdrage voor mensen in een verpleeghuis. Het bedrag is gebaseerd op normen uit de Participatiewet. Op dit moment zie ik geen reden om dat bedrag te verhogen.

Voorzitter. Dat brengt mij bij het kopje overig. Ik kom dan als eerste terug bij de huisartsen en de scheurkalender. Het daadwerkelijk schrappen van administratieve lasten vereist actie van alle partijen. Hoe gaan we dit doen? Dat was een vraag van mevrouw Van den Hil. Om te beginnen heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport eerder deze maand het programma (Ont)Regel de Zorg naar de Kamer gezonden, waarin uiteenzet langs welke lijnen we de komende jaren aan de slag gaan met het verminderen van de ervaren regeldruk in de zorg. Dat vraagt inderdaad van alle bij dit vraagstuk betrokken partijen dat ze hun steentje bijdragen. Daarvoor zijn we in gesprek. Ik doe dat mede in het kader van het Integraal Zorgakkoord.

De Verscheurkalender heb ik zelf ook in ontvangst genomen. De huisarts van wie ik 'm kreeg, staat nu voor de Kamer en heeft zojuist ook met een aantal van u gesproken. Ik denk dat het buitengewoon zinvol is dat juist ook de huisartsen breed aangeven tegen welke voorbeelden zij aanlopen in hun eigen praktijk. Dat opent het gesprek met verzekeraars, met gemeenten en met de LHV et cetera, maar ook met de huisartsen zelf. Ik

noemde al een voorbeeld. Ook daar waar uiteindelijk op een bepaald moment actie is genomen waardoor sommige zaken niet meer hoeven, gaat men er toch nog mee door, omdat men de vraag van de patiënt voelt en daar dan maar aan tegemoetkomt. Dat betekent echt dat we op bepaalde momenten moeten zeggen: dat doen we dus niet meer. Een van de leden noemde het voorbeeld van mensen die ... Ik weet het niet meer exact, maar het ging over een stoma of een prothese of iets anders. Als je dat eenmaal ingevuld hebt, is het onzinnig om dat iedere zes of twaalf maanden opnieuw te doen. Daar verandert over het algemeen niets aan. Mogelijkheden om dat op een gegeven moment niet meer te doen en het te weigeren, zijn er al, maar die moeten we breder over het voetlicht krijgen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik ben blij dat de Minister concludeert dat dat onzinnig is en dat we het dan dus niet hebben over zinnige zaken, maar over onzinnige zaken. De Minister zou al in gesprek over die herhaalaanvraag van allerlei dingen. Een amputatie komt niet meer goed. Dat is heel vervelend, maar het is natuurlijk wel zo. Mijn vraag is eigenlijk wat de stand van zaken is, want wij krijgen toch nog berichten dat het nog moet van diverse zorgverzekeraars. Dat vind ik echt wel schrijnend.

Minister **Kuipers**:

Ik herken dat. Ten eerste heeft het ermee te maken dat dit work in progress is, zeg ik even in slecht Nederlands. Ten tweede gaf ik al aan dat ook als er afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars en een vertegenwoordigende partij van de huisartsen, er in de praktijk, in de spreekkamer zelf, nog steeds een vraag komt via welke route dan ook waardoor mensen zich af en toe toch genoodzaakt voelen om het dan maar in vullen, terwijl de afspraak was: doe dat niet meer; je mag het gewoon weigeren. Het zit dus aan verschillende kanten. Het is mensen goed informeren, het is de huisarts informeren via gemeenten en verzekeraars. De gesprekken lopen. Sommige afspraken zijn ook al gemaakt. Dan nog zie je dat het vervolgens in de praktijk maar moeilijk doordringt. Voorzitter. Dan wees mevrouw Agema op de zorgkosten als aandeel van het bbp. Het klopt inderdaad dat de zorgkosten als aandeel van het bbp de afgelopen jaren relatief stabiel gebleven zijn, mede door ingezet beleid. Echter, gezien demografische en technologische ontwikkelingen en de stijgende welvaart is de verwachting dat de zorguitgaven in de toekomst sneller zullen stijgen dan de economische groei. Uit een studie van het RIVM, gemaakt vóór het WRR-rapport, blijkt dat bij ongewijzigd beleid de zorgkosten gestaag zullen toenemen in de komende vele tientallen jaren. Voorzitter. Mevrouw Den Haan zei: vergrijzing, meer chronische ziekten en stijgende zorgkosten; wat gaat de Minister doen om zinnige zorg en gepast gebruik te blijven bevorderen met alle partijen? Wij werken aan het verbreden en verbeteren van een toets op het basispakket, zoals ook opgenomen in het coalitieakkoord. Dan gaat het ook juist over zinnige zorg en passende zorg. Het doel is dat binnen het basispakket de meest effectieve zorg wordt vergoed, zodat zorgpersoneel ook wordt ingezet op zorg die echt meerwaarde heeft voor een patiënt. Ik onderzoek op welke manier het verbreden en verbeteren van een toets op het basispakket hieraan kan bijdragen en zal na de zomer uw Kamer hierover informeren. Mevrouw Den Haan vroeg ook naar het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Is de Minister daar tevreden over? Het programma bereikt inderdaad op onderdelen goede resultaten, maar daarmee zijn we er absoluut niet. Wat dat betreft zet ik in op passende zorg, onder andere via – ik noemde het zojuist – het verbreden en verbeteren van de toets op het basispakket, waarover ik de Kamer binnenkort informeer. Mevrouw Paulusma zei dat er signalen zijn dat de toegang tot abortuszorg voor niet-verzekerden, zoals vluchtelingen en buitenlandse studenten,



onvoldoende is. Kan de Minister hier duidelijkheid over geven? Wanneer een vrouw niet Wlz-verzekerd is, zal ze abortuszorg in principe zelf moeten betalen. Er zijn uitzonderingen voor asielzoekers en ook voor ontheemden uit Oekraïne. De abortuszorg voor hen is geregeld via de Regeling Medische zorg Asielzoekers en de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg naar de positie van het Zorginstituut. Zij sprak over minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid conform het advies van de WRR en vroeg wanneer de voorstellen naar de Tweede Kamer komen. In het kader van de passende zorg wordt, zoals genoemd, gewerkt aan het verbreden en verbeteren van de toets op het basispakket. Onder het verbreden versta ik het toetsen van andere typen interventies bij instroom. Onder het verbeteren versta ik de inhoudelijke toetsing van de interventie. Kort na de zomer kom ik met een brief richting de Kamer. Daarin betrek ik ook financiering om te komen tot zinnige zorg. Mevrouw Van den Berg wees met betrekking tot duurzaamheid in de zorg op de grote hoeveelheid afval van een polsoperatie van vijftien minuten. Dank ook voor het actieplan dat ik heb gekregen en dat ik met veel belangstelling zal lezen. Duurzaamheid is een ontzettend belangrijk thema in de zorg. Het is een van de belangrijke maatschappelijke opgaven voor de komende jaren, waarvoor ook de zorgsector aan de lat staat. De maatschappelijke opgave om klimaatverandering tegen te gaan raakt ook onze gezamenlijke opgave om zorg toegankelijk te houden. Klimaat en klimaatverandering zullen ook een impact hebben op de zorg. We zijn op dit moment dan ook druk bezig om met de sector te komen tot een nieuwe green deal duurzame zorg, waarbij partijen beogen om concrete afspraken te maken over verduurzaming, waaronder afspraken over circulariteit en herbruikbaarheid van materialen. Ik ben daarover ook in overleg met Minister Jetten.

Mevrouw Van den Hil vroeg naar de actuele cijfers omtrent betalingen aan de zorg en de ontvangen tegemoetkomingen per type huishouden. Vandaag zijn antwoorden verstuurd op schriftelijke vragen van mevrouw Tielen, waarbij wordt ingegaan op de premieontwikkeling. Uit indicatieve berekeningen blijkt een stijging van € 15 per maand in 2023. VWS ontvangt begin augustus inschattingen van de verwachte uitgaven van verzekeraars in 2022 en kan dan een redelijke inschatting maken van de uitgavenontwikkeling in 2022 en de doorwerking naar latere jaren. Mevrouw Agema vroeg waarom coronakosten en kosten voor inhaalzorg niet gewoon zijn toegevoegd aan de staatsschuld. Zorgverzekeraars hebben de kosten voor coronazorg en inhaalzorg betaald, zoals ze ook andere zorgkosten betalen. Uiteraard is op verschillende manieren gezorgd dat de risico's niet onevenredig bij verzekeraars terechtgekomen zijn. Vanuit de catastrofereregeling ontvingen de verzekeraars in 2020 en 2021 een extra bijdrage voor de coronakosten. Ook was er de afgelopen jaren een vangnet in de vorm van macronacalculatie. Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg? Ja, gaat uw gang.

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

Volgens mij is dit mijn laatste interruptie. Ik wil even terugkomen op die normen. De Minister heeft in een debat over de acute zorg in februari aangegeven dat hij inderdaad gaat zorgen voor normen voor kwaliteit en toegankelijkheid, dus dat we van Stadskanaal tot Sluis dezelfde normen hebben. Nu komt de Minister daar net op terug en zegt hij: als ik spreek over passende zorg en het verder verbeteren en verbreden van de toegang tot het basispakket, kom ik ook terug op de financiering. Maar het is voor mij nu onduidelijk of de Minister gaat komen met de toegezegde normen en of hij de motie van vorig jaar gaat uitwerken, waardoor

zorginkopers, dus zorgverzekeraars, beter kunnen zeggen: momentje, dit ziekenhuis doet het op een zeer innovatieve manier en is ook veel effectiever; ik wil dat in die zin kunnen belonen door patiënten daarnaartoe te begeleiden. Daardoor gaat een ander ziekenhuis, dat weigert mee te gaan in de vaart der volkeren, daar ook wat van voelen in zijn eigen portemonnee.

**Minister Kuipers:**

Dit is precies het onderwerp dat van belang is in het integrale zorgakkoord. Dat sluit ook aan bij de discussie die ik zonet had met mevrouw Ellemeet. Ik noemde even de term «kwaliteit aan de voorkant». Je wilt dat de mogelijkheid er is om meer congruent te sturen. Dat raakt ook aan de discussie met de heer Hijink over het stelsel. Er moet meer samengewerkt worden om de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Dat vraagt wat in de acute zorg, het vraagt wat in de oncologische zorg en het vraagt ook wat op veel andere terreinen, ook in de samenwerking met de huisartsen. Dat betekent dus ook het kunnen stellen van strakkere voorwaarden aan volumenormenten of type zorg dat geleverd wordt. Ook betekent het het implementeren van best practices die zich op een bepaalde plek aantoonbaar hebben bewezen, maar op andere plekken nog niet toepast worden. Ik noem een voorbeeld. Ik heb u onlangs een notitie gestuurd van een expertgroep die heeft gekeken naar best practices en voorbeelden op het terrein van acute zorg en covidzorg in het hele land, zoals het slim inzetten en anders opleiden van personeel, substitutie van taken, monitoring op afstand, regionale zorgcoördinatie et cetera. Dat waren typisch voorbeelden die heel effectief zijn op de ene plek, maar op de andere plek nog niet worden toegepast omdat ze daar nog niet uitgevonden zijn. Er komt een opdracht aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg om te zeggen: we verwachten dat deze voorbeelden ook op andere plekken gewoon toegepast worden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan komen we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik geef graag het woord aan mevrouw Paulusma voor de tweede termijn.

**Mevrouw Paulusma (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister en zijn hele team voor de beantwoording. Ik moet zeggen dat ik nog nieuwsgieriger ben naar het Integraal Zorgakkoord. Ik blijf ook graag tijdig geïnformeerd over de zogenaamde hete hangijzers, waarover ik al een klein debatje had met de Minister.

Zo'n heel actueel ander hangijzer zijn wat mij betreft de wachtlijsten. Ik hoor de Minister praten over handhaven. Ik heb niet helemaal goed begrepen wat de Minister bedoelde. Maar ik zou graag willen weten hoe de Minister hier zelf ook meer de regie op pakt, want het is momenteel namelijk niet in het belang van de zorgaanbieder om door te verwijzen. Dat gaat wat mij betreft en volgens vele anderen ook ten koste van patiënten.

Ik hoorde de reactie van de Minister op mijn vragen over de middelen voor de abortuszorg voor mensen die niet verzekerd zijn, zoals ongedocumenteerden. De Minister legde mij de regeling uit, maar die ken ik. De signalen die ik hoor vanuit het veld, is dat er niet genoeg middelen zijn voor die regeling. Daar wil ik graag een reactie op van de Minister, dus hopelijk nu, in de tweede termijn.

Voorzitter. De reactie van de Minister op de hervorming van het eigen risico heeft mijn ongeduld niet getemd. Dus alvast de vooraankondiging dat ik daar graag een tweeminutendebat over zou willen. De tweede vooraankondiging is – dat zal de Minister niet verbazen – dat ik ga werken

aan een amendement voor een universeel basispakket, want daar begint de toegang tot goede zorg, ook voor minderjarigen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats dank aan de Minister en de ondersteuning voor de antwoorden. Ook ik word alleen maar nieuwsgieriger naar dat Integraal Zorgakkoord, met de normen en alle verbeteringen daarin, en het verbreden van de toegang tot het basispakket. Verbreden in die zin dat er beter wordt gekeken naar wat er wordt opgenomen in het basispakket.

Ik kijk ook zeer uit naar de brief over de risicoverevening. Ik hoop dat we die niet voor het zomerreces ontvangen maar al voor de procedurevergadering van volgende week, want ik kan bijna al zeggen dat ik daar graag een schriftelijk overleg over wil houden.

Voorzitter. De Minister is in gesprek over duurzaamheid, ook in het kader van een nieuwe green deal. Ik hoop dat hij dan kan terugkoppelen over wat er precies gaat gebeuren met het actieplan.

De Minister zegt dat hij wel wil kijken met Minister Schouten wat het effect is van de eigen bijdrage voor lage inkomens, maar nog niet naar wat we daar eventueel aan kunnen doen. Daar ben ik nog niet helemaal tevreden over.

Ik ben in ieder geval blij dat de Minister de Verscheurkalender heeft gekregen. Ik was gisteren op werkbezoek bij de huisartsenpost in Middelburg. De administratievelastendruk is gewoon hét grote onderwerp. Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Wat ik vooral interessant vond aan dit debat, is niet zozeer wat de Minister allemaal wel of niet wil, maar vooral wat hij allemaal niet kan, onder druk van het stelsel dat wij nu hebben. Hij heeft geen grip op de reserves van de zorgverzekeraars. Hij heeft geen grip op die polijungle, al die verschillende polissen die worden aangeboden. Hij heeft eigenlijk ook geen grip op hoe wij de premie eerlijker gaan verdelen, want hij wil het stelsel niet aanpassen. Hij heeft ook geen grip op hoe we meer aan preventie kunnen gaan doen, omdat dat toch tussen de verschillende partijen, de organisaties in de zorg, moet worden uitgewerkt, ondanks dat de prikkels in de zorg preventie juist onmogelijk maken.

De rode draad in dit hele verhaal is natuurlijk dat wij dus blijkbaar opnieuw klem zitten met een kabinet dat niks wil veranderen aan het stelsel. Daarbij mag de discussie over het stelsel dus niet gevoerd worden. Bruno Bruins zei het altijd heel stug en hard, maar feit is dat het bij deze Minister eigenlijk exact hetzelfde is. Dat is toch bijzonder teleurstellend, want als wij die discussie niet mogen voeren, gaan wij hele grote problemen in onze zorg, zoals regeldruk en bureaucratie, echt niet oplossen, want die komen voor een belangrijk deel juist voort uit het stelsel dat we op dit moment hebben. Dus ik zie niet zo heel erg uit naar de debatten die we hierover gaan hebben, want we gaan nog heel vaak praten over protocollen en het organiseren van samenwerking, terwijl het stelsel in de kern niet uitnodigt tot samenwerking. Ik stel die vraag daarom opnieuw aan de Minister. Als hij nou echt vindt dat het in de zorg over samenwerking zou moeten gaan, moet hij dan niet erkennen dat je ook het stelsel, dat nu nog draait om concurrentie en marktwerking, bij de fundamenten moet willen aanpassen? Als je dat niet wilt, wordt het

sluiten van akkoorden, protocollen, et cetera dan niet een stuk minder zinvol? Dank.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Hijink. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kan het kort houden, omdat de heer Hijink eigenlijk heel goed betoogde wat ook mijn zorgen zijn. Je kunt willen inzetten op samenwerking – ik geloof dat de Minister dat ook echt wil – maar er zijn grenzen aan samenwerking binnen dit stelsel. Dat hoor je ook van iedereen die je spreekt. Er is concurrentie, zowel tussen de aanbieders als tussen de zorgverzekeraars. Er is tot op zekere hoogte bereidheid om samen te werken, maar op een gegeven moment stuit je op die grenzen, want dan raak je aan je belang, of verspeel je je eigen belang. Ik vind het jammer dat de Minister niet doet wat in mijn ogen nodig is, namelijk dat stelsel wijzigen.

Ik ben wel blij met de suggesties die hij deed over de huisartsen, bijvoorbeeld ontzorgen door ook andere zorgverleners in positie te brengen. Meer specifiek ben ik benieuwd naar de pilots die lopen voor meer tijd tussen huisarts en patiënt. Het probleem is natuurlijk dat we een beperkt aantal huisartsen hebben. Die zitten al krap. Dus in hoeverre kun je dat «meer tijd» nog uitbreiden? Daar hoor ik de Minister graag over. Een ander onderwerp: ik heb eerder vragen gesteld over Pro Life, omdat ik mij zorgen maak over wat dit doet met onder anderen jongeren. Mevrouw Paulusma hoorde ik er nu ook over. Ik denk dat dat hartstikke goed is en dat wij moeten kijken hoe wij dit probleem gaan oplossen. Ten slotte, voorzitter. Er zijn soms van die dingetjes ... Ik zei het ook in mijn eerste termijn: het lijkt klein, maar het is groot, voor heel veel vrouwen. Als jij chemokuren hebt moeten ondergaan, een pruik nodig hebt en die niet geheel zelf kunt betalen, en daarnaast ook nog heel veel andere zorgkosten en kosten hebt, dan vind ik dat in een solidair stelsel niet acceptabel. Ik hoor wel iets van ruimte bij de Minister. Volgens mij deelt hij met mij – dat hoop ik – dat dat vervelend is en dat we daar wat aan moeten doen. Dus ik kijk uit naar de uitkomst van het gesprek tussen de Minister en het Zorginstituut.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Dank allereerst voor de beantwoording. Dank aan de ondersteuning, de bode, de griffie en ook aan de voorzitter, voor het weer voorzitten. Ik ben net zoals mevrouw Ellemeet blij met de toezegging over de huisartsen, dat apothekers, physician assistants, enzovoorts op een andere manier ingezet worden, zoals ik benoemde.

Ik ben ook een klein beetje blij – maar ik benoem het toch nog maar één keer – met de toezegging dat er gesprekken lopen over de herhaalde aanvraag bij chronische aandoeningen. Ik vraag de Minister om daar goed op te blijven duwen.

Dan had ik nog een stukje over preventie. Er zijn algemene preventieprogramma's, zoals a.s.r. Vitality. Kan daar een overzicht van komen? Kan er ook van elkaar geleerd worden? Dat is wat nog een beetje is blijven hangen in de eerste termijn. Dat was het voor nu, voorzitter, dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Hil. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister en de ondersteuning voor het beantwoorden van de vragen. Ik deel wel een beetje de teleurstelling van de SP en GroenLinks, dus daar sluit ik me bij aan, ook als het gaat om toch niks willen doen aan het maximeren van de eigen bijdrage, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen. De Minister heeft dat wel uitgelegd. Dat zijn niet alleen de pruiken, maar ook de hoortoestellen, orthopedische schoenen, persoonsalarmering, ziekenvervoer, en noem maar op. Je zult het maar niet kunnen betalen. Daar zit mijn zorg toch nog wel. Dus ik hoop heel erg dat de Minister daar toch nog een keer over wil nadenken.  
Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. In de 25 jaren tot 2010 werd er te krap begroot op VWS. Dat zorgde elk jaar voor heel pijnlijke debatten, omdat de Kamer moest gaan beslissen waar er dan op bezuinigd moest worden. Vanaf 2012 gaat het anders. Sinds 2012 begroot het RIVM de zorgkosten veel te ruim. Dat was deels ingegeven door een rapport van het Centraal Planbureau, dat later ingetrokken is. Daarin werd voorspeld dat de zorgkosten tussen 2012 en 2040 met 4,4% per jaar zouden stijgen en het bbp met maar 0,5%. Iedereen snapt dat het dan helemaal misloopt. Dat is nooit gebeurd. In dezelfde periode tot nu, van 2012 tot 2021, zijn het bbp en de groei van de zorgkosten ongeveer gelijk. Dat zien we in verschillende antwoorden van de Minister op Kamervragen, in jaarverslagen en noem maar op. Het is zo erg uit het lood geslagen dat de zorgkosten nu, vanaf het moment dat ze in 2012 met die overdreven begroting begonnen, netto 90 miljard hadden moeten zijn. Maar 2021 is afgesloten met netto 77,5 miljard euro.

Waarom vind ik me hier zo over op? Niet omdat ik zo nodig beter in de cijfertjes wil zitten, maar omdat dit voor verlamming zorgt daar waar de zorguitgaven echt omhoog moeten. Bij de wijkverpleging en de wijkzorg verzorging zijn mensen op dit moment gewoon verstoofd van zorg, omdat er 0,5 miljard overblijft. Hetzelfde geldt voor de ggz. De wachtlijsten daar zijn veel en veel te lang, terwijl de zorguitgaven aan de ggz eigenlijk omhoog zouden moeten. Denk ook aan de stapeling van zorgkosten. Mensen die echt aan de onderkant zitten en te maken hebben met opstapelende zorgkosten, hebben niet genoeg aan een zorgtoeslag. Daar zit mijn grote zorg. Die constante, hysterische ramingen gaan maar door en komen niet uit. De modellering van het RIVM komt al negen jaar achter elkaar helemaal niet uit. Dat zorgt voor verlamming daar waar sommige uitgaven echt omhoog moeten. Dat moet verbeterd worden. Daar zit mijn grote zorg. Ik hoop dat het kwartje op enig moment valt dat wij naar een modellering moeten die past. Het is niet zo dat ik denk dat de zorgkosten niet zullen stijgen ...

**De voorzitter:**

Rondt u af?

Mevrouw **Agema** (PVV):

... of dat ik niet vind dat de vele mensen die in de zorg werken, voor de inflatie gecompenseerd moeten worden. Maar mijn hartenkreet is dat er verlamming ontstaat als je hysterisch begroot. Dat is niet goed. Ik hoop dat dat meegenomen wordt door mijn collega's.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Ik kijk even naar de rechterkant: vijf minuutjes, hoor ik. In die vijf minuutjes wil ik nog even melden aan de mensen die thuis kijken dat er maandag aanstaande tussen 10.00 uur en

14.00 uur een wetgevingsoverleg is over de Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Ik zal ongetwijfeld een gedeelte van u daar ook weer treffen. Ik weet niet of ik er zelf bij ben. Ondertussen schors ik de vergadering voor vijf minuten. Om 18.13 uur gaan wij weer verder. Dank u wel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef graag het woord aan de Minister voor de laatste beantwoording.

**Minister Kuipers:**

Dank u wel, voorzitter. Nog een aantal resterende vragen. Mevrouw Paulusma had het over signalen ten aanzien van abortus en de vergoeding van kosten van onverzekerden. Ik ken dit signaal. Ik zie voor nu geen reden om hier iets aan te doen, maar ik kan wel nog een keer naar het precieze volume kijken en daar aanvullend schriftelijk op terugkomen, met de nadrukkelijke kanttekening dat ik voor nu geen reden zie om dit te veranderen.

Dan vroeg mevrouw Paulusma ook naar de eigenrisicosystematiek. Kan dat ook eerder? Zoals al eerder aangegeven, is juist de uitvoering zeer complex, ook in verband met het betrekken van de ggz. Ik ben met alle partijen in gesprek. Ik wil absoluut voorkomen dat de systematiek met haastwerk en niet op de goede manier geïntroduceerd wordt. Dus voor nu richt ik me op, zoals gezegd, 1 januari 2025.

Mevrouw Ellemeet vroeg nog een keer naar de prikken. Ik zal daar echt zorgvuldig naar kijken en kom erop terug. Ik heb uw signaal heel goed gehoord. Ik deel helemaal dat er, als het echt noodzakelijk is, een goede vergoeding voor moet zijn.

Mevrouw Den Haan zei dat de stapeling in brede zin op de patiënt drukt. Kunnen we daarover nadenken? Daar moeten we absoluut over nadenken. Er is ook reden voor de monitor, zoals genoemd.

Voorzitter. De heer Hijink gaf aan dat de Minister niks kan. Ja, ik geef het even letterlijk weer. De Minister kan niks en dat zit samenwerking in de weg. Samenwerking kan wel degelijk. Er is concurrentie, maar er is ook samenwerking mogelijk. Ik zie bijvoorbeeld voorbeelden op het terrein van de geboortezorg en de acute zorg. We hebben het de afgelopen twee jaar gezien in de covidzorg en de traumazorg. Er zijn ook wel degelijk samenwerkingsverbanden in de oncologische zorg. Alleen, veel van die voorbeelden zijn onvoldoende en moeten dus verder gestimuleerd worden. Daar zet ik op in. Overigens, stel dat dat op enig moment gewoon niet lukt en er toch een discussie moet komen over verandering van het stelsel, in welke vorm dan ook, dan is er in het coalitieakkoord wel degelijk die ruimte. Maar dan moeten we het dan doen. Laten we eerst op deze weg inzetten en kijken of dat daadwerkelijk wat oplevert. Ik verwijs ook even naar de discussie – ik denk dat ik het er nog regelmatig met de Kamer over zal hebben – over wat ik dan maar even kwaliteit aan de voorkant heb genoemd, maatregelen die je treft omdat je op basis van allerlei literatuur uit het verleden gewoon al weet dat dit tot verbetering van de kwaliteit moet leiden. Maar de zin «de Minister kan niks» houd ik er zeker graag ... Die zal ik af en toe even gebruiken in mijn eigen ... Maar daar bedoel ik niet mee ...

Voorzitter. Mevrouw Van den Hil vroeg nog naar voorbeelden van zorgverzekeraars die preventie inzetten in hun polis. Ik kan daar van harte schriftelijk op terugkomen en dit soort voorbeelden geven. Dat zal niet een compleet overzicht zijn, omdat er altijd weer nieuwe polissen en andere dingen zijn, maar ik kan wel degelijk voorbeelden noemen. Tot zover.

**De voorzitter:**



Dank u wel. Dan komen we richting het einde van het debat. Als eerste: er is een tweeminutendebat aangevraagd met als eerste spreker mevrouw Paulusma. Ik hoop van harte dat dit nog voor het reces ...

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Daar ga ik van uit.

De **voorzitter**:

Ik ook. Dat zal waarschijnlijk wel. Dan hebben we nog toezeggingen, in de hoop dat die dan ook weer voorkomen dat er extra moties ingediend worden, want ik vermoed dat er nog heel veel tweeminutendebatten komen de komende anderhalve week.

- Als eerste. De Minister informeert de Kamer deze zomer zodra de afspraken rondom het Integraal Zorgakkoord zijn afgerond. De verwachting is half september.
- Als tweede. Binnenkort ontvangt de Kamer een brief van de Minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen over de relatie tussen sociaal-maatschappelijke problematiek en de gezondheid en zorg.
- Als derde. Voor de zomer ontvangt de Kamer een brief over de voorgenomen aanpassingen in het risicovereveningsmodel voor het jaar 2023. Een toezegging aan mevrouw Van den Berg.
- Vier. In het najaar van 2022 ontvangt de Kamer een brief over de hoofdlijnen van de andere vormgeving van het eigen risico.
- Vijf. In de tweede helft van 2023 ontvangt de Kamer het wetsvoorstel over het anders vormgeven van het eigen risico.
- Zes. In het najaar van dit jaar ontvangt de Kamer een brief over de inrichting van de monitor over de betaalbaarheid van zorgkosten.
- Zeven. De Minister zal schriftelijk terugkomen op het gesprek met de NZa over de toereikendheid van de vergoeding voor haarwerken, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Ellemeet. Excuus, het is het Zorginstituut. Heel goed.
- Acht. De Minister stuurt in het eerste kwartaal van komend jaar de resultaten van het onderzoek naar de vraag in hoeverre het vrijwillige eigen risico tot kruissubsidie leidt, naar aanleiding van een vraag van meneer Hijink.
- Negen, de laatste. De Minister komt schriftelijk terug op de wijze van vergoeding van abortussen voor onverzekerde vrouwen, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Paulusma, en vervolgens ook mevrouw Ellemeet.

Dan zie ik nog twee handen, vingers. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

De Minister heeft ook toegezegd in gesprek te gaan met Minister Schouten in het kader van ... Ja, oké, hij knikt. Dank u.

De **voorzitter**:

Er wordt geknikt. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb de Minister nog helemaal niet gehoord – misschien is het aan me voorbijgegaan – over de toegankelijkheid van zorg ten aanzien van stamceltherapie voor MS-patiënten en de PTED-operatie bij een hernia. Misschien kan hij daar nog schriftelijk op terugkomen. Ik vind het namelijk wel heel belangrijk, als het gaat om de toegankelijkheid van zorg.

Minister **Kuipers**:

Ik kan daar schriftelijk op terugkomen, voorzitter.

De **voorzitter**:

Kijk eens aan. Volgens mij kan ik dan echt deze vergadering sluiten. We zijn mooi op tijd. Hartelijk dank. Hartelijk dank aan de Minister voor de beantwoording. Hartelijk dank aan de ondersteuning, de mensen die dit allemaal thuis of hier op de tribune hebben gevolgd, natuurlijk mijn collega's en als laatste en belangrijkste, de griffie. Dank u wel.

Sluiting 18.21 uur.