

### 3

## Wet marktordening gezondheidszorg

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben ( 33362 ).**

(Zie vergadering van 18 juni 2014.)

#### De voorzitter:

Wij beginnen met het antwoord van de minister in eerste termijn. Ik heet haar van harte welkom.

Het woord is aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De algemene beraadslaging wordt hervat.



#### Minister Schippers:

Voorzitter. Als iemand mij vraagt of ik voor afschaffing van de vrije artskeuze ben, zal ik volmondig en vol overtuiging zeggen: nee, daar ben ik hartgrondig tegen. Ik hoor dus bij het percentage mensen dat zich daartegen heeft uitgesproken. Ik ben namelijk voor meer keuzevrijheid en niet voor minder. Ik heb de afgelopen tijd met grote verbazing gekoken hoe dit wetsvoorstel in een grote spin is gekomen alsof de vrije artskeuze zou worden afgeschaft. Ik moet wel zeggen dat dit een geweldig stukje framing is. Tegelijkertijd jaagt het mensen onterecht angst aan. Ik heb gelezen dat je een verzekering moet nemen om nog zelf te kunnen kiezen. Ik heb gelezen dat je veel meer moet gaan betalen als je naar je eigen arts wil. Ik heb gelezen dat er een armoepolis komt.

Ik begon iets later omdat ik had willen citeren uit een eerder gesprek waaruit dit ook blijkt. Het was naar mijn telefoon gemaaild, maar zonder bril gaat dit allemaal veel te langzaam. Ik sla dat maar even over. Wat mij echt stoort, is de angst die het de mensen aanjaagt dat zij geen arts meer zouden kunnen kiezen. Mensen zeggen bijvoorbeeld: ik heb nu een arts; moet ik daar dan weg?

Van de vrije artskeuze is een karikatuur gemaakt. Er is een illusie geschapen dat die er nu wel is en straks niet meer. Alsof je nu in de praktijk iedere huisarts kunt kiezen — mevrouw Dijkstra zei het al — ook buiten je postcodegebied. Voor een medisch specialist heb je in Nederland een verwijfsbrief nodig. Wij vinden dat gewoon. Veel buitenlanders vinden dat een schending van hun vrije keuze om naar een arts te gaan. Alsof er nu geen naturacontracten bestaan waarvoor je kunt kiezen, met een fictieve mogelijkheid om ongecontracteerd te kiezen. Want wie kan 20%, 25% of soms zelfs 40% van de rekening zelf opbrengen? Natuurlijk zijn er aanbieders die het voor 80% willen doen, maar vaak zijn zij er ook niet, zeker niet bij dure operaties.

De stellingen "alles is nu vrij te kiezen voor de patiënt" en "straks bent u overgeleverd aan de macht van de verzekeraar" zijn beide onwaar. Het is niet zwart-wit, het is grijs en

dat is het altijd al geweest. Feitelijk komt er een keuzemogelijkheid bij. Er komt een mogelijkheid voor een volledige naturapolis die geen vergoeding geeft voor niet-gecontracteerde zorg. Er wordt ook gesuggereerd dat dit een armoepolis zou zijn. Daarmee wordt gesuggereerd dat de zorg minder is. Dit is toch raar? Wij willen toch dat er afspraken komen over samenwerking, over substitutie van zorg van het ziekenhuis naar zorg in de buurt, over vermindering van praktijkvariatie, over hoe de zorg in de buurt georganiseerd en afgestemd wordt en over concentratie van hoogcomplexere zorg en juist deconcentratie van meer basismedisch-specialistische zorg? Daarin zit toch de kwaliteitsverbetering en de doelmatigheidsverbetering?

Dit komt niet spontaan tot stand, wij hebben dit gezien. Hiervoor zijn afspraken — ook wel: contracten — nodig. Dit is geen mindere, maar betere zorg. Hiervoor hebben wij een zorgverzekeraar, die de zorg in de buurt en in de regio op elkaar afstemt, die dwingt dat wij zorg slimmer organiseren en die bureaucratie en verspilling terugdringt door daarover afspraken te maken. Versterking hiervan betekent betere zorg voor een lagere premie. Het is ongelooflijk belangrijk dat deze doelstellingen breed in de zorg worden gedragen. Daardoor was het mogelijk om hoofdlijnenakkoorden te sluiten waarin de overheid met de patiëntenorganisaties, de beroepsbeoefenaren, de instellingen, de nieuwkomers en de verzekeraars deze omslag naar een slimmere organisatie, een betere samenwerking, minder praktijkvariatie en meer substitutie van instellingen naar de buurt heeft afgesproken. Ook is afgesproken om zinnige en zuinige zorg te leveren en om niet meer te doen dan nodig, maar ook niet minder. Daardoor kan een volumedaling van 2,5% via 2% en 1,5% naar 1% worden gerealiseerd. Dankzij deze gedeelde inhoudelijke visie kan er doelmatiger worden gewerkt en waren er geen pakketmaatregelen nodig. Sterker nog, de pakketmaatregelen ten belope van 1,5 miljard in het regeerakkoord zijn maar liefst met 1,2 miljard teruggebracht. En ondanks dat de zorg moest bijdragen aan de oplossing van de algemene economische problematiek, heb ik het eigen risico niet hoeven verhogen. Dat was precies de inbreng van duizenden mensen. Patiënten en werknemers hebben gereageerd op mijn oproep in Buitenhof en mij geadviseerd om het te zoeken in de verspilling, de bureaucratie en de doelmatigheid in plaats van in het pakket of het eigen risico. Dat heb ik gedaan.

Iets dergelijks gaat niet spontaan, anders hadden we überhaupt geen verspilling of bureaucratie. Er is druk nodig om dit af te dwingen, want ieder systeem heeft zijn macht en tegenmacht. Een winkelier koopt producten in, op basis van prijs en kwaliteit. Is de ene aanbieder te duur of slechter dan de andere, dan kiest de winkelier voor de andere. Als ik naar de winkel ga, ben ik als klant de tegenmacht van de winkelier. Ik bepaal dan of ik bij hem of bij een ander koop, ook weer op basis van prijs en kwaliteit. In de gezondheidszorg hebben we ook macht en tegenmacht. De zorgsector moet voor een bepaalde prijs inkopen en een bepaalde kwaliteit leveren. Daarover moeten afspraken worden gemaakt.

De tegenmacht kan bij de overheid liggen, zoals in het Verenigd Koninkrijk het geval is. Als de tegenmacht bij de overheid ligt, heb je als burger weinig te kiezen. Je kunt namelijk niet kiezen voor een andere overheid. De tegenmacht kan ook bij zorgverzekeraars liggen, zoals in Duitsland, België en Nederland het geval is. Nederlanders kunnen kiezen welke verzekeraar voor hen de zorg inkoop. De

verzekeraar probeert voor zijn verzekerden zo goed mogelijk in te kopen teneinde voor een scherpe premie goede zorg en service te verlenen. Daarop concurreert hij en wordt hij door zijn verzekerden afgerekend. Is hij te duur, biedt hij te weinig service, bemiddelt hij slecht of contracteert hij niet goed, dan loopt hij de kans dat verzekerden overstappen naar een ander. Nederlanders hebben dus ten aanzien van wie er voor hen zorg inkoop meer keuze dan mensen in veel andere landen.

De overheid heeft regels voor de verzekeraars opgesteld. Waar moeten zij aan voldoen jegens de bij hen verzekerde mensen? Zij hebben een acceptatieplicht. Iedereen, oud of jong, ziek of gezond, moet worden verzekerd tegen dezelfde premie. Dat is het uitgangspunt van het systeem. De verzekeraars worden daarvoor via de risicoverevening gecompenseerd. Ze moeten een door de overheid vastgesteld breed pakket aan zorg leveren. Dat pakket groeit jaar na jaar. Er komen steeds nieuwe eis behandelingen bij en er gaat zelden wat uit, althans, tot op heden is dat zo. Ze moeten voor elke polis die ze aanbieden voldoende zorg inkopen. Als dit wetsvoorstel met de betreffende amendementen wordt aanvaard, wordt deze eis nader ingevuld. Het aanbod moet namelijk ook voldoende divers zijn: groot en klein, lang bewezen of innovatief. Ook moet de zorg, waar relevant, divers zijn in de zin dat zij rekening houdt met culturele, levensbeschouwelijke en religieuze achtergrond. Er moet dus in iedere polis reële keuzevrijheid zijn, ook in iedere naturapolis. De zorg moet verder binnen een reële termijn en op een reële afstand van de patiënt te krijgen zijn, ook in de naturapolis. De verzekeraars hebben een zorgplicht, dus als er wachtlijsten zijn of er een noodzakelijk zorgaanbod verdwijnt, moet de verzekeraar een alternatief bieden. Ook moet hij transparant zijn. Er zal echt meer van de verzekeraar worden gevraagd, een forse inspanning. Dat is nodig, want wat de zorgverzekeraar in de zorginkoop doet, is nog een black box.

De inkoopcriteria vooraf kenbaar maken is belangrijk, want dan weet de zorgaanbieder waar hij aan toe is. De verzekerde moet vervolgens weten waarvoor hij kiest als hij een polis neemt. Daarom moet dus helder zijn waarvoor hij kiest. In de hoofdlijnenakkoorden over medisch specialistische zorg en over ggz zijn ook afspraken over deze transparantie gemaakt. Zij worden in de verschillende amendementen wettelijk verankerd.

Welke polis iemand ook kiest, er zal altijd een reële keuze zijn tussen verschillende aanbieders, tenzij het natuurlijk niet te plannen zorg betreft, zoals spoedeisende zorg, zeldzame of complexe zorg.

**De voorzitter:**

Volgens mij is dit een algemene inleiding.

**Minister Schippers:**

Ja.

**De voorzitter:**

Bent u daar klaar mee?

**Minister Schippers:**

Nee.

**De voorzitter:**

Bijna?

**Minister Schippers:**

Ik ben op ...

**De voorzitter:**

Ik stel voor om deze algemene inleiding af te ronden. Daarna is er gelegenheid om te interrumperen.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dat kan, maar ik wachtte al een poosje en het is nogal een lange inleiding. Ik wacht nog wel wat langer.

**Minister Schippers:**

Omdat het wetsvoorstel zo veel misverstanden heeft opgeroepen, leek het me handig om een algemene inleiding te houden. Er is in de afgelopen periode in heel veel discussies en debatten de illusie gewekt dat de huidige situatie er een is waarin een ongelimiteerde keuzevrijheid zou bestaan, en dat die keuzevrijheid met dit wetsvoorstel de nek wordt omgedraaid. Beide zijn onjuist. Ik hoor ook allerlei stellingen: dat het in strijd zou zijn met de Grondwet, het EVRM et cetera. Ik ga daar straks op basis van de vragen van mevrouw Leijten nader op in. Het is wel opvallend omdat het oude ziekenfonds sinds 1992 voor beroepsbeoefenaren al geen contracteerplicht meer kende. Voor een aantal beroepen was de plicht er in de jaren tachtig al niet meer. Het systeem is dus niet nieuw. Het ziekenfonds kende het al en de Zorgverzekeringswet is erop gebaseerd. Een contracteerplicht zoals de SP voorstelt, heeft niet alleen grote gevolgen voor de kwaliteit. Wat is immers de motivatie om al die extra dingen te verzinnen en praktisch uit te werken, als dat niet ergens opgepakt en geregisseerd wordt? Ook voor de doelmatigheid is het cruciaal. We zijn allemaal tegen verspilling en bureaucratie, maar hoe halen we dat uit het systeem? Dat is de million dollar question of misschien de billion dollar question. Of gebeurt het spontaan? Zeker bij beroepsgroepen kennen we de zogenaamde varkenscyclus: het tekort aan een bepaalde beroepsgroep wordt gevolgd door extra opleidingen, waardoor een overschot ontstaat. Als er dan een contracteerplicht bestaat, moet je dan alle zorg afnemen terwijl er geen vraag naar is? Gaan we dan de vraag opvullen? Wat betekent dat voor de tarieven? Worden die dan door alle aanbieders gedeeld waardoor ze zakken?

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten, we hebben net gezegd ...

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister gaat zo uitgebreid in op een amendement van mij dat er nog niet eens ligt, dat ik toch graag de gelegenheid zou krijgen om erop te reageren.

**De voorzitter:**

Ik kijk even naar de minister. Komt het straks nog terug?

**Minister Schippers:**

Het amendement van mevrouw Leijten heb ik niet gelezen, maar zij heeft wel in haar betoog gezegd dat zij voorstander is van de contracteerplicht. Ik vind het hier passen om er in algemene zin op in te gaan. Ik ga niet over de vergaderorde, maar ik begrijp dat zij wil reageren.

**De voorzitter:**

Ga uw gang.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister vraagt of je dan alle zorg moet inkopen die beschikbaar is. Een contracteerplicht hoeft niet te betekenen dat je zomaar alles inkoop. Een aanbieder wordt gewoon toegelaten tot de markt en heeft dan een contract om de zorg te verlenen die noodzakelijk is. Over de vraag hoe we dat vervolgens betalen, kunnen we lang discussiëren. De minister wil dat per verrichting doen, wij willen dat wat algemener per zorginstelling regelen. Het hoeft echter helemaal niet te betekenen dat je overschot financiert. Het betekent dat je medisch noodzakelijke zorg financiert. Nu wordt er ook heel veel overschot gefinancierd, alleen zit dat in verspilling, maatpakken en heel veel bureaucratie. Op het miljard van de ggz zal de minister nog wel ingaan. Ik vind dat de karikatuur die zij in haar inleiding schetst van een voorstel van een oppositiepartij eigenlijk al aantoont dat zij zelf een beetje in de verdediging zit met haar eigen voorstel.

**Minister Schippers:**

Ieder zijn eigen illusie, maar de contracteerplicht is in mijn ogen geen goed systeem. Daar heb ik niet voor gekozen. Sterker nog, ik kies voor selectieve inkoop en ik geef hier aan waarom. Die verspilling moet er juist uit, want die zit er nog te veel in. We laten zorgverzekeraars namelijk wel selectief inkopen op prijs en kwaliteit, maar als ik besluit om met een naturopolis naar een andere aanbieder te gaan, die niet gecontracteerd is en dus niet in de samenwerkingsverbanden zit en met wie geen praktijkvariatieafspraken zijn gemaakt, en ik krijg dat gewoon vergoed, dan hebben we een lek in het systeem. Wat hier gebeurt, is een lek dichten. Ja, dat is defensief, want je dicht een lek. Dat is zo, maar dat doe ik niet voor niets.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat de minister een heel andere ordening van de gezondheidszorg voorstelt dan de SP, is algemeen bekend. Zij legt de regie van het aanpakken van verspilling bij de zorgverzekeraars. Wij zouden die regie bij de overheid willen leggen. Weet u wat zo goed is aan die overheid? Dat zijn wij allemaal. Als er iets niet klopt, kan ik de minister aanspreken, of degene die de taken uitvoert in publieke dienst. De minister legt het in private handen. Dat is inderdaad een heel ander systeem. Dat verklaart ook dat mensen bang zijn voor de macht van de zorgverzekeraars. Dat hoort de minister toch te begrijpen?

**Minister Schippers:**

Ja, maar in landen waar ik kom en waar de overheid het doet, is de kritiek niet van de lucht: de ambtenaren weten er niets van en ze kopen dus allemaal fout in. Hadden ze

maar een systeem waarin ze weg konden bij de overheid, maar dat kunnen ze niet. Ze zijn dus helemaal aan die overheid overgeleverd. Als de overheid het niet goed doet, kun je op geen enkele wijze weg. Als een zorgverzekeraar het niet goed doet, zijn er nog andere zorgverzekeraars waarnaar je kunt overstappen. Dat systeem werkt in mijn ogen dus gewoon beter. Ik weet dat we daar verschillend over denken, maar ik ben niet voor niets een voorstander van dit systeem.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Enkele minuten geleden maakte de minister een belangrijk punt. Dat is dat er in iedere polis reële keuzevrijheid is. Het CDA is het ermee eens dat die keuzevrijheid er wat betreft culturele, religieuze en levensbeschouwelijke achtergrond moet zijn. De minister zegt dat die vrijheid er straks in iedere polis komt. We hebben echter ook een brief van de zorgverzekeraars gekregen, waarin zij schrijven: eigenlijk is het voor ons veel te lastig om dat uit te voeren. Ik zou graag alvast een reactie van de minister willen op de vraag hoe zij tegen de reactie van de zorgverzekeraars aankijkt.

**Minister Schippers:**

Dit is een amendement. Ik ga daar aan het eind van mijn betoog uiteraard op in. Ik zie dit toch anders dan de zorgverzekeraars, zoals ik heel veel dingen uit hun brief anders zie. Hoezo zit ik dus op een lijn met de zorgverzekeraars?

Ik denk namelijk dat dit heel goed mogelijk is. Het staat er zoals het er staat en ik vind het slim geformuleerd. Voor een openhartoperatie is het immers niet relevant. Zoals mevrouw Bruins Slot zelf in haar inbreng al zei, kan het voor bijvoorbeeld psychosociale zorg wel heel relevant zijn. Dan is het gewoon aan de verzekeraar om aan te tonen dat hij daar divers op heeft ingekocht. Het is daarvoor helemaal niet nodig om aan iedereen te vragen welke religie, levensovertuiging en culturele achtergrond hij heeft. Dat hoeft helemaal niet. Je moet echter wel in je aanbod laten zien dat je daadwerkelijk op die achtergrond hebt ingekocht voor zorg waarvoor dat relevant is.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

We zullen er bij het amendement nog verder op ingaan hoe dat dan precies uitwerkt. Eigenlijk hoor ik de minister zeggen dat de zorgverzekeraars het in de brief heel slim geformuleerd hebben, maar dat ze ons toch geen volledige voorstelling van zaken geven. De minister zegt dat het inkopen op culturele, religieuze en levensbeschouwelijke achtergrond wel kan en dat het ook gewoon gaat gebeuren.

**Minister Schippers:**

Daar zijn hele polissen op gebaseerd. Het gebeurt dus al. Ik zeg niet dat verzekeraars dingen verdraaien. Zij zien dit anders. Zij zijn bang dat er een circus op volgt waardoor ze van iedereen alles moeten noteren. Ik probeer die angst weg te nemen door duidelijk te maken dat dit helemaal niet de bedoeling is. De bedoeling is dat de verzekeraar aantoont dat hij divers inkoop. Het gaat niet alleen om dit aspect, maar ook over groot en klein, langjarige zorg en innovatieve zorg.

Wat dit wetsvoorstel doet, is de verzekerde de keuze bieden voor een volledige naturapolis. Daarmee krijgt de verzekeraar de mogelijkheid om zijn rol te spelen. Dat is cruciaal voor dit systeem. Als de verzekeraars niet selectief zouden inkopen, waarvoor hebben we ze dan eigenlijk? Dan zou de overheid het toch beter zelf kunnen?

Het bestaansrecht van de zorgverzekeraar is dat hij inkoop op prijs en kwaliteit. Dat systeem hebben we al. Naturapolissen bestonden al ten tijde van het ziekenfonds en ook sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. In de Tweede Kamer hebben we sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet vele debatten gevoerd over de vraag of de verzekeraar zijn rol op het gebied van het inkopen op kwaliteit wel voldoende oppakte. Er is veel kritiek geweest op het feit dat hij onvoldoende aandacht heeft voor kwaliteit en alleen maar inkoop op basis van prijs. Eindelijk komt de inkoop op basis van kwaliteit op gang. Natuurlijk, we zijn er zeker nog niet, maar de initiatieven gaan echt van start of zijn al heel ver. Dit wetsvoorstel zal dat versnellen. Dit wetsvoorstel is het vliegwiel dat broodnodig is om de daadwerkelijke resultaten te bereiken die wij met dit wetsvoorstel beoogd hebben: meer samenhang, meer afstemming, slimmere organisatie, minder praktijkvariatie, betere kwaliteit en meer doelmatigheid. Krijgt de zorgverzekeraar nu alle macht? Dit wetsvoorstel perkt de macht van de zorgverzekeraar in door verticale integratie te verbieden. In mijn ogen is het probleem in de Nederlandse zorg er eerder een van te weinig dan van te veel dynamiek. Verticale integratie kan vorming van blokken van verzekeraars en aanbieders veroorzaken. En dat in ons relatief kleine land! Zolang we geen nieuwe toetreders op de verzekeringsmarkt zien, vind ik de dynamiek in de Nederlandse zorg eerder te klein dan te groot. Maar het belangrijkste argument waarom ik tegen verticale integratie ben, is dat het vertrouwen van de verzekerden in hun verzekeraar laag is. Dat vertrouwen wordt verder aangetast als de verzekerden er niet meer zeker van kunnen zijn dat de verzekeraar alleen in hun belang inkoop op prijs en kwaliteit en dat hij ze niet naar een aanbieder stuurt omdat hij daar zelf financieel belang bij heeft, maar omdat het een aanbieder is met de beste prijs-kwaliteitverhouding, die goed samenwerkt met anderen, doet waar hij goed in is en afstoot waarin hij slecht presteert. In deze fase van ons stelsel is het cruciaal dat we alles doen om dat vertrouwen op te bouwen. Een verzekeraar is de belangenbehartiger van de patiënt en moet zo ook worden gezien.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Ik had nog een vraag over het vorige punt. De minister begint ook al over het vliegwiel dat de kwaliteit moet aanjagen. Zorgverzekeraars gaan inkopen op basis van kwaliteit. Maar nu heeft de Algemene Rekenkamer nog niet zo heel lang geleden geconcludeerd dat verzekeraars helemaal niet in kunnen kopen op basis van kwaliteit, want dat inzicht is er niet. Ook de Kamer roept al jaren: geef ons inzicht in de kwaliteit. De minister antwoordt elke keer: ik ben ermee bezig, ik ben ermee bezig. Maar het komt elke keer niet. Hoe kan de minister nu denken dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit gaan inkopen als die gegevens er helemaal niet zijn?

**Minister Schippers:**

Dat is wel een heel vrije manier waarop u de Algemene Rekenkamer citeert. Want laten we eerlijk zijn: verzekeraars zitten op een schat aan data. Ze kunnen zo'n beetje per arts zien wat hij presteert en hoeveel hersteloperaties hij heeft. Dat zegt iets over de kwaliteit. Ze hebben enorm veel data, waaruit ze enorm veel kunnen afleiden. Als er één partij is die dat kan zien, is het wel de verzekeraar. De Algemene Rekenkamer heeft gezegd dat er te traag gevorderd wordt en dat het sneller moet. Dat vind ik ook. Ik vond dat vliegwiel van mevrouw Dijkstra gisteren een heel aardig beeld, vandaar dat ik het heb overgenomen. Dit wetsvoorstel is daarvoor nodig. Als een verzekeraar heel veel investeert in zijn afdeling kwaliteit en in datamining om daadwerkelijk goed op kwaliteit in te kopen, maar hij heeft tegelijkertijd een lek naar ongecontracteerde zorg waaraan hij niets kan doen, dan werkt het niet. Dat lek wordt gedicht, waardoor dit wetsvoorstel wel degelijk een grote push zal geven aan de kwaliteit van de inkoop.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Zorgverzekeraars zitten op een schat aan informatie. Ze hebben namelijk inzicht in volumes, wat hier wordt verward met inzicht in kwaliteit. Als ik de minister goed beluister zegt ze dus: zorgverzekeraars hebben inzicht in de kwaliteit, maar ik heb dat niet. Dat is namelijk wat de minister elke keer in de Kamer heeft gezegd. Is ze dan niet gewoon de grip op het zorgstelsel kwijtgeraakt? Schuift ze dat nu maar gewoon op het bordje van de zorgverzekeraars? Want de minister heeft geen inzicht en de inspectie kennelijk ook niet, daarom moeten de zorgverzekeraars het allemaal maar gaan doen.

**Minister Schippers:**

Het is echt een misverstand dat het ministerie dezelfde gegevens heeft als een verzekeraar, want zo zit het systeem natuurlijk niet in elkaar. De verzekeraars zijn ingehuurd om in te kopen. Wij kopen als overheid niet zelf in. Ik heb net aangegeven dat het mij een lief ding is dat we dat niet gaan doen. Dus ja, die gegevens liggen bij de verzekeraars, waar ze al lagen. Natuurlijk heeft de inspectie inzicht. Maar er zijn bepaalde inzichten bij een zorgverzekeraar die kunnen worden afgeleid uit de declaraties die binnenkomen, waaruit praktijkvariaties kunnen worden afgeleid. Bekend is welke instellingen het betreft, dus als het een kleine instelling met heel complexe zorg betreft, kan de verzekeraar zeggen: ik begrijp dat er veel hersteloperaties zijn. Maar als het gaat om een streekziekenhuis waar zo'n operatie tien keer per jaar wordt uitgevoerd, dan kan de verzekeraar toch zeggen: dit is niet wat wij onze patiënten gunnen, wij gunnen onze patiënten betere zorg? Een verzekeraar kan heel veel met de data die beschikbaar zijn op basis van kwaliteit. Wat wij willen en wat ook op gang komt, is dat de verzekeraar daarop gaat inkopen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister zegt dat de verzekeraar de bondgenoot is van de verzekerde. Kan zij uitleggen hoe dat werkt voor iemand die chronisch ziek is, afhankelijk is van incontinentiemateriaal en van de zorgverzekeraar te horen krijgt: u bent wel klaar met drie stuks per dag, en van bedmatrassen, omdat u 's nachts ook nog weleens uw bed kunt vervuilen, krijgt u er maar één per twee nachten. Denkt de minister dat zo'n

persoon nou makkelijk kan overstappen? Vindt de minister eigenlijk dat de zorgverzekeraar op zo'n manier mag ingrijpen in het persoonlijk leven? Kan de minister eens aangeven in welke vorm de zorgverzekeraar een bondgenoot moet zijn van een chronisch zieke die dit overkomt?

**Minister Schippers:**

Een chronisch zieke kan daadwerkelijk overstappen. We hebben gezien in een marktscan van de NZa dat er inderdaad aanvullende verzekeringen zijn die medische risicogegevens vragen voor vooral hun heel brede aanvullende verzekeringen, maar dat er heel veel aanvullende verzekeringen te kiezen zijn zonder medische selectie. Dus ja, die persoon kan overstappen.

De andere vraag van mevrouw Leijten ging over het feit dat de verzekeraar voor een chronisch zieke een pakket kan maken waarin de zorg op elkaar is afgestemd. Zijn zorg in de buurt voor zijn chronische ziekte is afgestemd met het streekziekenhuis. De overheid stelt het basispakket vast waar iemand recht op heeft en iemand heeft recht op zoveel incontinentiemateriaal als er noodzakelijk is. De zorgverzekeraar zal daar dus ook aan moeten voldoen. Het gaat erom dat wij willen dat de verzekeraar in de rol die hij straks krijgt – in tegenstelling tot zijn huidige rol – de zorg zo kan organiseren rondom iemand met een chronische ziekte dat diegene doorlopende zorgtrajecten in kan en niet steeds zijn verhaal hoeft te doen. Het gaat er ook om dat erin wordt geïnvesteerd dat de fouten die soms ontstaan doordat iemands verhaal maar half wordt doorverteld, worden verbeterd door betere ICT-communicatie in een keten.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik krijg niet echt een antwoord op mijn vraag. Deze persoon is namelijk niet verzonden. Meer mensen overkomt het dat de zorgverzekeraar zegt: nee hoor, u hebt maar zoveel incontinentiemateriaal op een dag nodig en als u zelf vindt dat u meer nodig hebt voor uw persoonlijke verzorging, dan moet u het zelf betalen. Deze persoon mailde mij toevallig gisteravond na het debat. Ze zei: denk je nou echt dat ik kan overstappen? Ik heb nu een afgestemde hoeveelheid incontinentiemateriaal en kan het daarmee rooien. Extra bijbetalen kan ze niet, want met een chronische ziekte kun je dat niet zo snel. Ze zei ook: als ik op 1 januari overstap, moet ik weer helemaal opnieuw bij de volgende verzekeraar uitleggen hoeveel incontinentiemateriaal ik nodig heb. Hij moet dan immers gaan beoordelen of iemand dat wel of niet mag.

**De voorzitter:**

Wat is uw vraag?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dit zijn de problemen die chronisch zieken ondervinden. De verzekeraar is dan geen bondgenoot, maar werkt je gewoon tegen op het gebied van privacy en je persoonlijke levenssfeer. Ik zou nou willen dat de minister eens inging op de vraag hoe de verzekeraars dit doen.

**Minister Schippers:**

Het is natuurlijk heel erg moeilijk om op een situatie te reageren die ik niet ken, waar ik de achtergronden niet van ken en waar ik de medische indicaties niet van ken. Ik kan daar dus niet precies op reageren. Het basispakket is heel breed. Mensen die recht hebben op zorg uit dat pakket en die daar een medische noodzaak voor hebben, kunnen daar ook gebruik van maken. We hebben verzekeraars die dat voor hen op een slimme manier goed moeten inkopen. Het systeem zoals we dat hebben begint te werken, maar het werkt voor mij nog onvoldoende. Ik wil dat de afstemming nog veel beter wordt, ik wil dat er nog veel beter wordt samengewerkt bij al die zorg die nu naar de buurt gaat. Het wordt hartstikke druk in die buurt. Er gaat AWBZ-zorg naar de buurt, er gaat AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet en ziekenhuiszorg wordt straks steeds meer thuis geleverd. Ik wil dat er iemand is die daar een plan van maakt en die zegt: zo werken wij in deze buurt met elkaar samen. Als we dat allemaal op eigen houtje gaan doen, dan wordt het een zootje. Om dat te voorkomen hebben wij een zorgverzekeraar. Die wordt geacht dat slim, goed en patiëntvriendelijk te doen.

De mogelijkheid om voor een pgb te kiezen is in dit wetsvoorstel geregeld. De pgb maakt een inbreuk op de naturalis. Om die reden hebben wij het hier geregeld. Het pgb is een vorm van restitutie. Er zijn afspraken gemaakt over het pgb voor verpleging en verzorging met Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland. Deze afspraken worden gemonitord in de praktijk. Juist omdat die afspraken in goede harmonie zijn gemaakt en men ook controleafspraken heeft gemaakt middels monitoring, heb ik er alle vertrouwen in dat wij een heel reëel alternatief bieden aan mensen die daarvoor kiezen. Het is dus een extra keuzemogelijkheid. Als het niet goed gaat, heb ik altijd de stok achter de deur om in lagere regelgeving in te grijpen.

De vragen ga ik als volgt beantwoorden. Ik doe het per Kamerlid. Ik begin dus bij de SP, op volgorde van spreker. Als dezelfde vraag door een ander is gesteld, dan heb ik de vraag al beantwoord als ik bij hem of haar ben aangekomen. Als het goed is, wordt het lijstje dus steeds korter, met excuses voor degenen die aan het eind zitten, want dan heb ik de meeste vragen immers al beantwoord. Aan het eind van mijn eerste termijn zal ik afronden met de NZa. En helemaal aan het einde zal ik de amendementen behandelen.

**De voorzitter:**

Hebt u een procedurele opmerking, mevrouw Leijten?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Nee, ik heb een vraag over artikel 13.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik heb wel een procedurele opmerking.

**De voorzitter:**

Dan beginnen we daarmee.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik heb een aantal amendementen aangekondigd, maar er liggen er nog een aantal op het ministerie, omdat er weinig tijd zat tussen het plannen van het debat en het aankondigen van het debat. Ik hoop deze amendementen voor de tweede termijn ingediend te hebben. In mijn betoog heb ik duidelijk gemarkeerd dat er nog een aantal amendementen komt. Het leek me goed om dat te melden.

**Minister Schippers:**

De amendementen die ik al heb, zal ik aan het einde van de eerste termijn behandelen en de amendementen die ik nog niet heb aan het einde van de tweede termijn.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister heeft het over spookbeelden die rond dit wetsvoorstel hangen. Zij vindt het spookbeelden. Ik wil haar graag een vraag voorleggen. De zorgverzekeraar gaat volgens haar contracteren op kwaliteit. Wat als een zorgverzekeraar een bepaalde arts, naar wie een patiënt toe wil, niet gecontracteerd heeft? Wat kan die patiënt op dat moment doen?

**Minister Schippers:**

Die patiënt kiest voor een naturapolis en daarmee voor het gecontracteerde zorgaanbod. Het is nu slecht dat je niet precies kunt zien wie er gecontracteerd zijn. Als je nu kiest, kies je voor een "black box", maar we kiezen al voor naturapolissen. Door dit wetsvoorstel kan ik straks op de site van de verzekeraar zien welke artsen er gecontracteerd zijn, zodat ik weet waarvoor ik kies. Afhankelijk van de polis die ik heb, betekent het dat ik ofwel een deel moet bijbetalen, ofwel het helemaal zelf zal moeten betalen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten, tot slot.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Daar was ik naar op zoek. Als je naar een arts wilt, omdat je je daar veilig voelt, omdat je bent doorverwezen door iemand bij wie je je veilig voelt, maar als die arts niet gecontracteerd is, moet je een deel of de hele som zelf betalen. Dat is precies wat deze wijziging veroorzaakt. Ik begrijp heel goed dat mensen daar bang van worden, want die zorgverzekeraar waar ik het net over had, die iedere keer het incontinentiemateriaal voor mensen een beetje vermindert, gaat straks wel degelijk bepalen waar je naartoe gaat. Ik snap niet dat de minister dat spookverhalen noemt. Ze geeft hier toe dat het opheffen van artikel 13 voor de medisch specialistische zorg en de geneeskundige zorg betekent dat je zelf moet betalen als je verkeerd kiest in de ogen van je zorgverzekeraar. Dat is toch zo?

**Minister Schippers:**

Dat is nu al zo. Mevrouw Leijten doet net of er een heel nieuwe situatie komt. Iedereen die het allemaal leuk vindt wat de minister doet, maar liever de polis houdt die hij nu heeft, heeft volgend jaar de polis die hij nu heeft. Iedereen die voor de veiligheid naar de restitutie gaat omdat hij het wel prima vindt, doet dat ook. Dit hele voortraject naar het

debat is één grote reclame voor restitutieverzekeraars. Sommige hebben daar slim gebruik van gemaakt door zichzelf meteen in de krant te zetten. Iedereen kan daar een restitutieverzekering krijgen die hetzelfde is als nu. Je kunt dus gewoon zelf kiezen. Je kunt je polis houden. Het enige wat er gebeurt, is dat er een polis zou kunnen ontstaan waarbij er geen bijbetaling is. We weten niet of dat gebeurt, maar we geven de mogelijkheid ertoe. Laten we echter eerlijk zijn: voor heel veel zorg is bijbetaling nu ook geen optie, zeker niet voor de mensen die mevrouw Leijten als voorbeeld neemt. Die chronisch zieke mevrouw die mevrouw Leijten als voorbeeld neemt, kan medisch specialistische zorg ook niet voor 20% zelf betalen. Dus wat dat betreft is de situatie zoals zij is. Men doet alsof er een heel nieuwe situatie ontstaat, maar dat is onjuist.

**De voorzitter:**

Nee, mevrouw Leijten, de afspraak is: vraag en vervolgvraag. Dat geldt voor iedereen, ook voor u.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Daarop inhakend heb ik toch nog een vraag aan minister Schippers. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Eerste Kamer in 2005 heeft toenmalig minister Hoogervorst een garantie gegeven, die ik nu even zal voorlezen, zodat we het helemaal zuiver hebben: "Als een verzekerde bijzondere hulp nodig heeft die niet gecontracteerd blijkt te zijn, kan de verzekerde in het kader van de zorgplicht eisen dat de zorgaanbieder die alsnog contracteert. Die garantie geef ik hier. Als iemand een superspecialist nodig heeft, is de zorgverzekeraar verplicht om die zonder bijbetaling te contracteren." Kan deze minister dezelfde garantie geven?

**Minister Schippers:**

Ja.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Dank voor deze toezegging.

**Minister Schippers:**

De verzekeraar heeft namelijk een zorgplicht. Dus hij zal er altijd voor moeten zorgen dat die superspecialist óf gecontracteerd, óf vergoed wordt.

Ik ben dus van mening dat we met dit wetsvoorstel helemaal niet zulke drastische veranderingen voor de patiënt invoeren als wordt gesuggereerd. Iedereen kan namelijk blijven zitten waar hij of zij zit. Er komen alleen extra keuzemogelijkheden, waar men al dan niet gebruik van kan maken.

De vraag is of de zorg echt goedkoper wordt. De gedachte is dat als een zorgverzekeraar selectief inkoop, daarbij lettend op prijs en kwaliteit, hij het zowel beter als goedkoper maakt. Door die inkoop kan de verzekeraar namelijk tegen een zorgaanbieder zeggen dat zijn praktijkvariatie te groot is en dat daar iets aan gedaan moet worden. Daar kunnen zij dan afspraken over maken, en zo krijg je betere kwaliteit. De verzekeraar kan ook aangeven dat het aantal hersteloperaties te hoog is, en dat er dus blijkbaar iets niet goed gaat

in die operatiekamer. Óf de zorgaanbieder verbetert de operaties, zodat minder patiënten terug moeten om de hele operatie opnieuw te moeten ondergaan — laten we niet onderschatten wat dat betekent — óf de zorgaanbieder stopt gewoon met die operaties omdat andere aanbieders het beter kunnen. De verzekeraar kan ook tegen de zorgaanbieder zeggen dat er beter samengewerkt moet worden met het streekziekenhuis, bijvoorbeeld wanneer de oncologische zorg van een superspecialist aan een patiënt eindigt en er goede nazorg in de buurt moet zijn. Die nazorg moet geregeld worden in de buurt van de patiënt. Daar kan de zorgverzekeraar afspraken over maken. Het verhogen van de kwaliteit is de hele inzet van het selectief inkopen op prijs en kwaliteit. Daarmee gaat de prijs naar beneden, want minder hersteloperaties betekent minder kosten. Als er te veel managers rondlopen, kan de zorgverzekeraar zeggen: jouw overhead is te hoog; waarom zou ik jouw overhead betalen? Dat betekent minder bureaucratie. Wij willen dus gewoon meer sturing in het belang van de patiënt, tegen verspilling en bureaucratie en voor kwaliteit. Dat is de essentie van dit wetsvoorstel. Dat heb ik niet bedacht; zo zit de kern van dit wetsvoorstel in elkaar. Ik weet dat mevrouw Leijten dit niet ondersteunt, want zij heeft liever een budgetstelsel met een pondspondsgewijze verdeling. Het stelsel zit echter zo in elkaar dat je stuurt op kwaliteit en prijs.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat budgetstelsel heeft deze minister nu ook, want zij heeft er een plafond boven gezet. Als zij zegt dat de zorgverzekeraars volledig kunnen sturen, hoeft zij niet te zeggen dat er een deksel op de zorgopgaven zit. Dat is echter een heel andere discussie. Vindt de minister het echt terecht als zorgverzekeraars, die gerust 2% van de premies uitgeven aan reclame, acquisitiekosten, cadeautjes voor verzekerden en relaties — dat is 0,5 miljard per jaar — tegen zorgverleners zeggen dat het wel een tandje minder kan of dat zij niet zo doelmatig bezig zijn? Vindt de minister dat degenen die inkopen, doelmatig bezig zijn?

**Minister Schippers:**

Wij hebben micro geen budget. Als instelling kun je namelijk patiënten verliezen als je het slecht doet en als ze daarom niet voor jou kiezen. Dat is in tegenstelling tot een echt budgetstelsel waarin je instellingen met budgetten betaalt. Natuurlijk doet de ene verzekeraar dit beter dan de andere. Degenen die dit goed doen, krijgen veel patiënten en klanten en degenen die dit slecht doen, krijgen er minder. Laten we nou niet doen alsof de overheid zo succesvol is. Kijk maar even naar ICT-projecten; daar loopt ook van alles mis. Waar mensen werken, worden soms verkeerde keuzes gemaakt. Het stelsel is er echter op ingericht dat één iemand — of dat nou de overheid is of een verzekeraar — een plan moet maken voor het organiseren van de zorg in een buurt of in een regio: hoe stem je dat op elkaar af? Dat is niet zo makkelijk, want er zijn ik weet niet hoeveel aanbieders die allemaal op elkaar moeten worden afgestemd en die vervolgens in een keten eindigen in een streekziekenhuis en, verder weg, de geconcentreerde complexe zorg. Dat is een enorm karwei. Daar hebben we de verzekeraars inderdaad voor aangesteld.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het was niet een antwoord op de vraag die ik stelde. Mijn vraag was of de zorgverzekeraar zelf als inkoper wel zo doelmatig is als deze meer dan een half miljard euro uitgeeft aan reclame en aanverwante zaken. Daar krijg ik geen antwoord op van de minister en dat vind ik toch wel jammer. De grote suggestie dat je door selectief inkopen én de prijs verlaagt én de kwaliteit verbetert, daarvan zeg ik dat ik dat nog niet heb gezien de afgelopen jaren. Dat was wel de belofte van dit zorgstelsel maar geconstateerd moet nu worden dat we degene die gaat inkopen niet controleren omdat het een blackbox is, zoals de minister zelf zegt en die bovendien zo ondoelmatig werkt dat die jaarlijks een half miljard euro uitgeeft aan reclame en het overstapcircus. Vindt de minister dat nu met elkaar in evenwicht?

**Minister Schippers:**

Bij een systeem van concurrentie moet je kenbaar maken wat je in de aanbidding hebt, waar mensen voor kunnen kiezen. Die reclame, zoals u dat noemt, is dus ook voorlichting. Wat bied je aan patiënten aan die zich bij jou willen verzekeren? Toch zien we dat systemen waarbij er concurrentie is en er dus reclamegeld wordt uitgegeven, efficiënter en doelmatiger zijn dan systemen waarbij er een overheid is die dingen regelt. De lucifersdoosjes die in het Oostblok werden gemaakt, waren, rarara, altijd duurder dan in het Westen, terwijl dat wel reclamebudgetten had. We hebben gezien dat een systeem van concurrentie scherp houdt. Concurrentie zorgt ervoor dat je afgerekend wordt op je fouten door degene die voor jou moet gaan kiezen. Systemen waarbij geen concurrentie is, zorgen voor ondoelmatigheid en voor weinig innovatie en verbetering. Dat is ook de reden waarom we voor dit systeem kiezen, ondanks de kosten voor reclame, wat je ook kunt zeggen ten aanzien van voorlichting.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Punt van orde, voorzitter. Ik vind het wel erg gek dat een minister in haar antwoord het over het Oostblok en lucifersdoosjes mag hebben, terwijl er gewoon een vraag wordt gesteld over haar voorstel. Wellicht dat u daarop kunt letten.

**Minister Schippers:**

Volgens mij ga ik over mijn eigen antwoord.

**De voorzitter:**

Dat dacht ik ook. Gaat u verder.

**Minister Schippers:**

Dan de vraag of ik van oordeel ben dat de zorgverzekeraar de keuze voor de zorgaanbieder beter kan maken dan de verzekerde zelf. Gisteren is al het punt aan de orde geweest dat men heel vaak niet weet wat men te wachten staat het komend jaar. Ik sta hier nu en ik voel mij heel erg gezond maar misschien overkomt mij volgend jaar wel iets heel ergs waardoor ik ineens zorg nodig heb wat ik nu niet had verwacht. Als je die zorg nodig hebt, hebt je in ieder geval informatie daarover nodig. Ik was dan ook zeer gecharmeerd van het betoog van mevrouw Bouwmeester op dit punt. Ik ben het namelijk ongelofelijk met haar eens dat de transparantie van kwaliteit waarmee we gestart zijn en die

zich eindelijk begint te ontwikkelen, gigantisch belangrijk is. Ik weet overigens dat mevrouw Voortman er ook aan hecht. Zij vinden mij op dit punt dan ook aan hun zijde. Die transparantie is dus ongelofelijk belangrijk. Wat wil ik nu voor systeem? Je kunt kiezen tussen verschillende polissen. Sommige polissen beperken je wat meer, maar vanwege de efficiencyverbeteringen is de premie lager. Daar kun je voor kiezen. Dat is zeker geen slechte zorg. Ik kies zelf voor een naturapolis en dat zal ik volgend jaar ook doen. Ik zou dat nooit doen als ik dacht dat ik slechtere zorg zou krijgen. Tegelijkertijd moet de patiënt in dat aanbod zelf kunnen kiezen. Als ik kies voor een naturapolis is het goed dat ik op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) kan zien — dat kan ik nu nog niet maar ik hoop dat dit over niet al te lange tijd wel kan — hoe er gepresteerd wordt op de behandeling van de ziekte waar ik naar zoek. Er is nu al begonnen met diabetes. Als je dat woord intikt op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) word je als patiënt als het ware meegenomen in je keuzeproces en krijg je alle informatie die je nodig hebt. Dus in feite kiezen beiden. De verzekeraar maakt de eerste keuze. Ofwel zegt hij: ik heb een fraude-akkefietje gehad, dat inmiddels weliswaar is afgehandeld, maar waardoor ik geen zin meer heb in die zorgaanbieder. Ofwel zegt hij: ik heb hier een zorgaanbieder die wil samenwerken in de keten en dat vind ik prettig en we hebben daarbij een heel palet van zorg. Daarbinnen moet de patiënt dan wel zelf kunnen kiezen. Dus beiden kiezen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Op het punt van het door verzekeraars bieden van transparantie vooraf vinden de minister en ik elkaar inderdaad. Echter, op het moment dat de minister aangeeft dat mensen lang niet altijd weten wat goede zorgverleners zijn, begint het uit elkaar te lopen. Natuurlijk zijn er mensen die dat niet precies weten. Er zijn ook mensen die dat wel heel goed weten en er zijn mensen die dat met hun huisarts bespreken. De huisarts kan vervolgens doorverwijzen naar een goede zorgverlener. Met de nieuwe polis wordt dat toch moeilijker gemaakt? De huisarts weet namelijk niet welke zorgverleners onder de polis van de patiënt vallen.

**Minister Schippers:**

Huisartsen verwijzen echter ook heel vaak door naar mensen die zij kennen in ziekenhuizen. Ik heb daar toevallig heel veel ervaringen mee, omdat ik openhartig ben geweest over een privésituatie met borstkanker en hetgeen daarin is gebeurd. Iemand werd gewoon naar het eigen streekziekenhuis verwezen en kreeg daar niet de zorg naar de stand van zaken, ondanks het feit dat de patiëntenbeweging haar best doet voor het roze lintje. Doordat je meer kennis hebt, kun je tegen iemand zeggen: je kunt kiezen, ga alsjeblieft naar iets anders. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik een lawine meemaakte van patiënten met borstkanker die door hun huisarts zijn verwezen naar specialisten, met wie de vertrouwensrelatie goed was, waarover zij helemaal niet tevreden zijn. Daarom wil ik ook een rol voor de patiënt, naast de huisarts die de kennis heeft en naast de verzekeraar die zegt dat een ziekenhuis geen borstkankeroperaties meer moet doen als het onder een bepaald aantal zit, omdat het dan niet de specialiteit heeft om de nieuwste ontwikkelingen bij te houden.

De verzekeraars maken momenteel de slag in de borstkankerzorg, wat ik heel goed vind, samen met het veld. Ik vind het belangrijk dat de patiënt er ook nog wat van mag vin-

den. Die moet op de site kunnen kiezen. Als een zorgverzekeraar drie ziekenhuizen aanbiedt die voor hem goed liggen, moet de patiënt zelf kunnen kijken wat hij ervan vindt. Die transparantie moet er komen voor de verzekeraar. Die moet er komen voor de aanbieders omdat het heel goed is als een aanbieder kan zien dat hij het slechter doet dan een ander. Dat werkt enorm motiverend om jezelf te verbeteren. Ook voor de patiënten moet die transparantie er komen. Het is dus niet zo zwart-wit dat de zorgverzekeraar voor jou kiest. Nee, hij maakt een eerste selectie. Op basis van die eerste selectie kiest de patiënt waar hij zich thuis voelt. Misschien speelt de culturele of religieuze achtergrond nog een rol bij de keuze uit het palet.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Er is dus al een voorselectie. Daar zit al het idee achter dat een zorgverzekeraar weet wat goed is voor de mensen. Ik denk juist dat mensen dat zelf ook vaak heel goed weten en dat hun eerstelijnszorgaanbieder daar ook een belangrijke rol in speelt. Het ziet ernaar uit dat de minister voorstelt dat de zorgverzekeraar het primaat heeft en de eerste selectie maakt, en dat de patiënt en de zorgverlener binnen die ruimte kunnen kiezen. Zij worden dus wel degelijk ingeperkt.

**Minister Schippers:**

Als je voor die polis kiest, kies je ervoor dat jouw verzekeraar op basis van kwaliteit en prijs ... Waarom zou hij het anders doen? De programma's zijn erop ingesteld om de zorg beter te maken. De verzekeraars stellen boven de inspectie extra eisen. Zij maken op basis van die extra eisen een eerste selectie. Dat kun je fijn vinden, omdat je dan in ieder geval weet dat een behandeling 50 of 100 keer per jaar wordt gedaan en dat men daar niet onder zakt. Je kunt dan meekijken op basis van welke criteria de zorgverzekeraar inkoopt en bijvoorbeeld zien dat het aantal borstkankeroperaties beneden de 150 lag. Je kunt het fijn vinden dat die selectie voor je wordt gemaakt, zodat je het zelf niet hoeft te doen. Daarbinnen kun je dan je eigen zorgverlener kiezen. Je kunt het ook niet prettig vinden. Dan ga je gewoon naar een aanbieder, maar dan ken je de achtergrondgegevens minder goed.

**Mevrouw Klever (PVV):**

De minister schetst een heel theoretisch verhaal hoe de ideale situatie zou moeten zijn. Maar nu de praktijk. Er is in Nederland een zeer innovatieve kliniek opgezet, het Alexander Monro Ziekenhuis voor behandeling van borstkanker. De directeur van deze kliniek heeft gezegd dat het nooit van de grond was gekomen als men niet had kunnen opereren onder het huidige artikel 13. Toen men begon, had men namelijk nog geen contracten met alle zorgverzekeraars. Men kon dus alleen maar beginnen met een innovatieve kliniek omdat 80% van de naturapolis vergoed werd. Dat gaat de minister nu afschaffen. Hoe moet het nu in de toekomst met dit soort innovatieve initiatieven?

**Minister Schippers:**

Deze kliniek was gecontracteerd door een paar grote zorgverzekeraars. In de voorwaarden is extra toegevoegd dat men moet aangeven hoe men innovatie een plaats geeft in de inkoop. Dan kun je je afvragen of dit nu echt innovatie



is of niet, want heel veel nieuwe dingen die worden gestart, hoeven nog geen innovatie te zijn. Zij kunnen ook een oude voorziening zijn, maar dan geconcentreerd. Dat kan een verbetering zijn, maar dat hoeft niet. Daarvoor wordt in deze wet een speciale plaats ingeruimd, die er nu niet is. Dus we kennen nu wel naturapolissen, maar een verzekeraar hoeft in de situatie die vandaag de dag bestaat nooit aan te geven of hij aandacht heeft voor innovatie en wat hij daar precies aan heeft gedaan.

**De voorzitter:**

Mevrouw Klever, tot slot.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Een innovatieve kliniek kan alleen maar bewijzen innovatief te zijn als die ook echt kan beginnen. Daar zit nu het probleem. Als een kliniek dat nog niet heeft bewezen, hoeven zorgverzekeraars die niet te contracteren. Deze kliniek, het Alexander Monro Ziekenhuis, met een ontzettend hoge patiënttevredenheid en heel goede resultaten, was dus nooit van de grond gekomen met die wijziging van artikel 13.

**Minister Schippers:**

Ik geloof dat niet en ik zie veel klinieken ontstaan die worden gecontracteerd door een zorgverzekeraar die zegt: de basis van een x-aantal operaties heb je natuurlijk nog niet wanneer je start, want dan sta je op nul, maar wij vinden dit zo innovatief en veelbelovend dat we toch contracteren. Dat gebeurt ook al in het huidige systeem. Dat mag ook. Het zal ook na deze aanpassing gebeuren, juist omdat we nog eens extra aan zorgverzekeraars vragen om aan te geven wat ze aan innovatie, aan kleine klinieken en aan speciale zorg contracteren. Dat hebben we nu helemaal niet in het systeem zitten.

**De heer Slob (ChristenUnie):**

De vraag is onder meer aan de orde hoe er invloed kan worden uitgeoefend op de keuzes die zorgverzekeraars maken. Nu kunnen verzekerden natuurlijk altijd met hun voeten stemmen. Dat is een zeer krachtige invloed die je als verzekerde kunt uitoefenen. Het is natuurlijk veel mooier, en volgens mij ook een wettelijke verplichting, dat de zorgverzekeraars ook actief proberen de wensen en de opvattingen van de verzekerden te betrekken bij hun keuzes. Kan de minister aangeven hoe zij de huidige situatie taxeert, waarvan ik denk dat daar nog een hele wereld te winnen valt?

**Minister Schippers:**

Dit zat ook ergens in de vragen. Wat wij nu doen, is de Zorgverzekeringswet evalueren. Het kan dat uit die evaluatie specifieke punten komen, zoals een wetsartikel dat er wel is maar dat eigenlijk niet veel voorstelt of juist wel. Ik heb persoonlijk de indruk dat er grote verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars en dat iedereen het op zijn eigen manier doet, maar ik weet dat niet zeker. De Zorgverzekeringswet wordt nu geëvalueerd en ik kan mij voorstellen dat wij op basis van die evaluatie daar met elkaar nog eens specifiek naar kijken.

**De heer Slob (ChristenUnie):**

Met name nu we toch een aantal wijzigingen gaan doorvoeren, die ook weer betekenis hebben voor keuzes die worden gemaakt, komt het er denk ik meer dan ooit op aan dat die actieve betrokkenheid van verzekerden, ook bij de keuzes die zorgverzekeraars maken, wordt gestimuleerd. Dus ik zou graag zien dat de minister daarin haar rol pakt en dat zij de zorgverzekeraars oproept om hier ook serieus werk van te maken.

**Minister Schippers:**

Ik vind dat zorgverzekeraars er serieus werk van moeten maken, dus bij dezen doe ik die oproep. Ik heb echt geen idee of hier iets over wordt gezegd, maar die wet wordt nu geëvalueerd, naar ik aanneem op alle artikelen en dus ook op dit artikel. Laten we dan bekijken of we daar tevreden mee zijn of vinden dat er wel een tandje bij kan.

Er zijn veel mensen die hun premie niet betalen of die in een betalingsregeling zitten. Het is van belang om aan te merken dat verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau recht hebben op zorgtoeslag. Dat blijft onveranderd zo. Die toeslag is gebaseerd op de gemiddelde marktpremie, dus niet op de laagste premie. Daarmee zullen deze mensen, dus ook met een laag inkomen, vrij moeten kunnen kiezen voor de polis waar zij belang aan hechten. Maar het kan zijn dat iemand met betalingsproblemen zegt: ik vind de voorselectie van die bepaalde verzekeraar eigenlijk wel prima en ik krijg er een lagere premie voor. Waarom moeten wij mensen dan die keuze ontnemen? Ik vind dat wij die keuze juist wel moeten openstellen, waardoor de mensen voor minder geld beter afgestemde betere zorg krijgen. Dat lijkt mij een topdeal.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Die topdeal kan nu ook al. Er zijn namelijk budgetpolissen waarin streng wordt gecontracteerd, bijvoorbeeld de BudgetBewustpolis van Menzis. Daar is het afgelopen jaar niet veel voor gekozen, terwijl het dé innovatie was. Er zou scherp worden ingekocht en dan kon je scherp gaan kiezen. Hoe verklaart de minister het dat de mensen niet en masse zijn overgestapt naar die selectieve polissen, als die zoveel beter zouden zijn?

**Minister Schippers:**

Ik vind het prima als mensen er niet voor kiezen; dat is hun vrijheid. Ik denk dat een belangrijke reden is dat mensen weinig zicht hebben op wat er precies geleverd wordt. Je ziet wel een lagere prijs, maar je kunt niet, voordat je kiest, zien wie er gecontracteerd is. Ik vind dat zelf heel belangrijk en kan mij voorstellen dat andere mensen dat ook belangrijk vinden. Als je onder behandeling bent in een ziekenhuis en dat belangrijk vindt — ik vind dat ook belangrijk — zul je altijd bij je zorgverzekeraar kijken of dat ziekenhuis gecontracteerd is. Dat hebben wij nu niet in de regelgeving zitten. Dat is dus ook niet verplicht. Ik kan mij dus voorstellen dat mensen zeggen: nou, ik kies liever het zekere voor het onzekere.

Wat heel veel mensen met een laag inkomen wel hebben, is een collectiviteit via de gemeente. Zo'n collectiviteit kan 10% goedkoper zijn dan de normale premie bij een zorgverzekeraar. Daar geeft de wet ruimte voor. Heel veel bijstands-

gerechtigden hebben zo'n collectiviteit met die 10%. Die collectiviteit is dus heel scherp geprijsd ten opzichte van andere polissen. Ik kan mij voorstellen dat je als bijstands-gerechtigde kiest voor een bepaalde polis. Vaak zitten daar in de aanvullende verzekering nog voordelen en andere dingen aan gekoppeld.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het was een van de zorgrevoluties van het afgelopen jaar: je kunt kiezen voor een selectieve polis. Ik heb een studie gemaakt van een paar van die polissen. Je bent er dagen mee bezig. Het is niet zo dat één ziekenhuis voor alles is gecontracteerd, nee, voor je heup ga je naar het ene ziekenhuis en voor je schouder naar het andere. Het is heel ingewikkeld. Ik denk dat dat de reden is waarom mensen liever kiezen voor een andere polis, waarmee zij veel meer zekerheid hebben. Mensen willen niet vooraf moeten kijken welke ziekenhuizen wel of niet gecontracteerd zijn en waarvoor, ook omdat zij niet weten of zij wel of niet ziek worden. Is de minister zich er niet van bewust dat dat ook een keuze moet kunnen zijn van mensen: gewoon een normale premie met een volledige dekking? Zouden wij dat niet gewoon in stand moeten houden en artikel 13 niet moeten afschaffen of beperken, zoals nu gebeurt?

**Minister Schippers:**

Maar wij houden dat in stand! Ik dwing niemand om te kiezen voor wat voor polis dan ook. Alle polissen die mensen hebben, houden wij in stand. Mevrouw Leijten zegt dat niemand ervoor kiest. Dan zou ik zeggen: dan is er wat haar betreft dus geen probleem. Als je dagen moet gaan puzzelen op waar jouw polis allemaal over gaat, schrikt dat je af. Mensen denken dan: laat maar hangen, ik vind het verschil in prijs eigenlijk onvoldoende om ervoor te kiezen, dus ik kies liever voor die andere. Dat kan, dat mag, dat blijft. Geen enkel probleem.

Mevrouw Leijten heeft een vraag gesteld over zorgverzekeraars die in hun contracten met zorgverleners opnemen dat zorgverleners geen negatieve uitlatingen mogen doen over het inkoopbeleid. Die vraag komt wellicht voort uit een bericht op NU.nl van oktober 2013. Toen bleek dat in de contracten van verzekeraar CZ een verouderde bepaling ten onrechte was blijven staan. Dat betrof de bepaling dat zorgverleners die een contract hebben met zorgverzekeraar CZ zich niet negatief over het bedrijf mochten uitlaten. CZ heeft die bepaling toen direct geschrapt. Uit navraag bij ZN blijkt dat voor zover bekend ook de overige zorgverzekeraars dergelijke bepalingen niet in hun inkoopcontracten hebben opgenomen.

Dan de rekensom. Wij hebben hoofdlijnenakkoorden met alle partijen afgesloten. Bij die akkoorden hebben wij een gemeenschappelijk doel bepaald: praktijkvariatie terugdringen, meer samenwerken, meer afstemmen, maar ook veel meer mensen met een chronische ggz-aandoening thuis, in de eigen sociale omgeving, zorg verlenen in plaats van opnemen in een ggz-instelling.

Dat moet geregeld worden. Dat is beter, maar ook goedkoper, want mensen vinden het prettig om thuis te wonen als dat kan. Wonen in een instelling doe je alleen als het echt niet anders kan. Er zijn allemaal afspraken gemaakt over ambulantisering en over minder volume. We gingen van

2,5% eerst naar 2% en vervolgens naar 1,5%. Daar zitten we nu op. Volgend jaar gaan we naar 1%. Aan alle inhoudelijke dingen die in de hoofdlijnenakkoorden zijn afgesproken, zitten opbrengsten. Daarvan hebben de zorgverzekeraars gezegd: als van mij verwacht wordt dat meer mensen met ggz-aandoeningen in de buurt behandeld worden in plaats van in een instelling, dan moet ik dat kunnen organiseren in een contract, dan moet ik dat kunnen afspreken; daartoe heb ik artikel 13 nodig, want als ik het allemaal afspreek en mensen gaan toch nog naar een instelling, dan kan ik niet waarmaken dat wij een beddenreductie krijgen in de instellingen en dat die zorg in de buurt wordt opgebouwd. Daarvoor hebben de zorgverzekeraars artikel 13 nodig. Dus is aan het eerste hoofdlijnenakkoord in 2013 gekoppeld dat wij artikel 13 aanpassen. Dat wetsvoorstel lag toen al in de Kamer. Vervolgens is er een Herfstakkoord gekomen dat de zorg weer geld moest leveren. Daar hebben wij vervolgens op doorgeborduurd. Dat is waar het geld vandaan komt. Dat telt uiteindelijk in 2017 op.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het is interessant dat de minister die akkoorden aanhaalt, want in die akkoorden staat ook dat er ruimte moet blijven voor de toetreding en contractering van kleine zorgaanbieders. Nu is het ministerie geweest op het feit dat er in Noord-Holland een bedrijfje van ggz-praktijkondersteuners is. Dat is een samenwerking tussen een grote zorginstelling en de zorgverzekeraar en die koopt eigenlijk alles op ...

**Minister Schippers:**

Sorry, ik was heel even afgeleid. Dat komt door mezelf. Wilt u uw vraag herhalen?

**Mevrouw Leijten (SP):**

U hebt het over de akkoorden. Daarin is afgesproken dat er voldoende kleine zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg gecontracteerd zullen worden en dat het, als dat niet gebeurt, zou worden opgespoord en tegengegaan. Nu is er bij u op het ministerie melding van gemaakt dat een ggz-praktijkondersteuner voor huisartsen wordt gedetacheerd door een bedrijf dat samengesteld is uit de verzekeraar en uit een grote ggz-instelling in Noord-Holland-Noord. Dat is aangekaart, want dat is onderdeel van het akkoord. Wat zegt het ministerie? "U moet zich melden bij de Autoriteit Consument & Markt". Die zegt: "u moet naar de NZa", en de NZa zegt: "u moet bij het ministerie zijn" en doet niets. Het akkoord is dus voor u de basis voor dit wetsvoorstel, maar het wordt helemaal niet nageleefd. In dit geval zien we de macht van de zorgverzekeraar, die zorg bij zichzelf inkoop, zonder dat daar wat aan gebeurt.

**De voorzitter:**

En uw vraag is?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Mijn vraag is: is het niet onderdeel van het hoofdlijnenakkoord geestelijke gezondheidszorg dat hiertegen opgetreden wordt? Waarom wordt hier niet tegen opgetreden?

**Minister Schippers:**

Wat we doen met die akkoorden is niet: we hebben ze afgesproken, toedeledokie en we zien elkaar twee jaar niet. We hebben regelmatig overleg met elkaar en in die overleggen houden wij de vinger aan de pols. Daarbij komen allerlei dingen aan de orde die in het akkoord zijn afgesproken, maar waarvan een van de partijen vindt dat het er eigenlijk niet goed mee gaat. Het gaat dan vaak niet om één casus, maar om trends die niet goed gaan in het land. Er wordt dan ook afgesproken hoe we daarop reageren. De POH-GGZ valt overigens onder de huisarts. Dat hebben we expliciet afgesproken. Hij wordt aangestuurd door de huisarts en hij wordt via de huisarts betaald. Dat is zo afgesproken. Als er dingen gebeuren die in strijd zijn met het akkoord, belanden ze op de bestuurlijke tafel. Dat weet ik, want we krijgen van alles. Als je een akkoord afsluit, heb je altijd te maken met verschillende interpretaties of met het feit dat partijen vinden dat het een wel gebeurt en het ander niet. Wij houden de vinger aan de pols. Als uw voorbeeld op het ministerie bekend is, wordt het op zo'n bestuurlijk overleg besproken. Daar worden regelmatig dingen besproken die volgens een van de partijen niet goed gaan.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dit is dus een voorbeeld van hoe een zorgverzekeraar, via in dit geval het detacheren van de POH, kleine organisaties geen enkele ruimte geeft. Dit is gemeld en mensen worden van het kastje naar de muur gestuurd. De minister zegt dan dat zij de vinger aan de pols houdt, maar de patiënt is wel bijna overleden. Er moet dan gehandeld worden en dat gebeurt niet. Het gebeurt niet bij de ACM, niet bij de NZa en ook niet op het ministerie. Ik vind dat heel kwalijk.

**Minister Schippers:**

Dat weet ik niet, want ik zie een lange lijst met allerlei voorvallen die iedere keer besproken worden aan die tafel. Misschien hebben mensen het elders gemeld, maar in het bestuurlijk overleg is het Hoofdlijnenakkoord afgesproken. Als dingen in strijd zijn met het Hoofdlijnenakkoord of als dingen niet goed gaan, worden ze daar besproken.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

De minister had het zonet over hoe de verschillende maatregelen in het Hoofdlijnenakkoord tot een bepaalde financiële opbrengst moeten leiden. Ik probeer dat nog wat nader te duiden. Wat is dan de individuele financiële opbrengst van de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet?

**Minister Schippers:**

Die zit met name in de volumedaling. Heel veel afspraken die daaronder vallen moeten leiden tot volumedaling. Het tegengaan van verspilling heeft te maken met volume. Het leveren van alleen zinnige en zuinige zorg heeft te maken met volume. Het gaat dus om volumedaling. Als je die volumedalingen bij elkaar optelt gedurende de periode dat het akkoord loopt — dit is tot en met 2017 — gaat het om 1,3 miljard. Sommige mensen denken dat wij dat in een jaar ophalen, maar zo is het niet. Hierin zitten ook weer intensiveringen, want die moet je er weer aftrekken. Om die volumedaling binnen te halen, zul je dus moeten voorkomen dat er lekken zijn in het selectief inkopen.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Als de winst van artikel 13 Zorgverzekeringswet de volumedaling is, betekent dit dat er nu overbodige zorgvraag is. Hoe groot is op dit moment de omvang van die overbodige zorgvraag?

**Minister Schippers:**

Het is in geld. In het Hoofdlijnenakkoord hebben we allerlei kwalitatieve afspraken gemaakt, die uiteindelijk ook resulteren in minder uitgaven. Het verminderen van de praktijkvariatie resulteert in minder uitgaven. Het verminderen van het aantal hersteloperaties omdat wij betere zorg willen, leidt tot minder uitgaven. Niet iedereen opereren die binnenkomt, betekent minder uitgaven. Het stikt van de kwalitatieve afspraken. Wij hebben gezegd: als je overal getallen aan moet hangen, kan het CPB het niet doorrekenen. Als je het allemaal zou doen, hebben wij gewoon lagere volumes. Het Hoofdlijnenakkoord gaat ook over kwaliteit — ik vind dat heel belangrijk — en dit resulteert in lagere volumes en daarin zit de opbrengst. Hierdoor hebben wij kunnen zeggen dat wij een opbrengst hebben zonder dat wij aan het pakket of aan het eigen risico hoeven te zitten.

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat u verder gaat met de beantwoording van de vragen, want ik begrijp dat u daaraan was toegekomen.

**Minister Schippers:**

Vraag 7 van de 102 vragen.

**De voorzitter:**

Dat dacht ik ook. We zijn nu ruim een uur bezig en de minister heeft ongeveer 20 minuten gesproken. Gaat u verder.

**Minister Schippers:**

Als er minder wordt ingekocht, komen er dan geen wachtlijsten en als er goedkoper wordt ingekocht, gaat dan de kwaliteit niet omlaag? Het tweede deel van deze vraag heb ik al uitgebreid beantwoord. Het antwoord op het eerste deel is nee. Wij hebben in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat er een volumedaling kan plaatsvinden zonder dat er wachtlijsten ontstaan, door zorg anders te organiseren, door substitutie naar de eerste lijn, door de hersteloperaties, door de zinnige en zuinige zorg, door niet meteen te opereren maar ook weleens af te wachten et cetera.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Als er ergens een wachtlijst ontstaat en de verzekerde staat op die wachtlijst, is het nog vrij onbekend — ik merk dit in mijn eigen contacten — dat je dan je verzekeraar moet bellen, omdat die je kan doorverwijzen naar een andere aanbieder die misschien geen wachtlijst heeft. Dit is een heel belangrijke functie van een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een forse prikkel om voldoende zorg in te kopen. Als zij dat niet doen en je hebt die zorg nodig, heb je het recht om die zorg bij een ander te gaan halen, omdat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft. De zorgverzekeraar zal die zorg dan ook moeten betalen.

**De voorzitter:**

U bent klaar met dit punt?

**Minister Schippers:**

Ja.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Welke zorg wordt ingekocht, maakt de zorgverzekeraar uit, maar er moet in ieder geval voldoende zorg worden ingekocht. Ik ben in dispuut getreden over de zorgplicht binnen de Zorgverzekeringswet met in dit geval een logopedist, die zegt een patiënt niet te kunnen helpen en ook niet naar een collega te kunnen doorverwijzen en de kwestie aan de NZa te hebben voorgelegd. Die zegt dat de zorgverzekeraar zelf mag bepalen wat voldoende zorg is. Daardoor vraag ik af hoe wij eigenlijk vaststellen of er voldoende zorg wordt ingekocht als de NZa vindt dat de zorgverzekeraar dat zelf mag bepalen.

**Minister Schippers:**

In een individueel geval kun je gewoon naar de geschillencommissie, want die is voor dit soort dingen ingesteld. Als jij vindt dat de zorgverzekeraar het niet goed doet ten aanzien van jou persoonlijk, dan ga je naar de geschillencommissie. Als je een signaal wilt afgeven, ga je naar de NZa. Dat is net als bij de inspectie. Die doet niet aan individuele klachtenafhandeling net zo min als de NZa dat doet, in principe. Voor de gevallen waarin jij vindt dat je onjuist bejegend bent, hebben wij een geschillencommissie opgericht. Voldoende is dat het reëel in jouw omgeving moet worden geboden. Als jij in Maastricht woont, terwijl de zorgverzekeraar slechts een ziekenhuis heeft gecontracteerd, dat in Utrecht ligt, dan is dat niet reëel. Dan zit er geen keuze in en is het niet dichtbij. Voor een heel complexe operatie mag een zorgverzekeraar wel verder weg contracteren dan voor bijvoorbeeld diabetes ketenzorg. Dé zorg bestaat niet, dus de afstand is niet vast te leggen voor dé zorg. Een en ander hangt heel erg af van de soort zorg. In de individuele gevallen kun je dat voorleggen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Een individueel geval kan wel degelijk een groot probleem aankaarten of weergeven. Als de NZa niets met individuele gevallen en individuele klachten doet en ze niet zal zien als een groot probleem, terwijl misschien heel veel individuen dezelfde klacht poneren, dan lopen we inderdaad zo vast als de afgelopen jaren is gebeurd.

**Minister Schippers:**

Als er iets gebeurt, is het dat de wachtlijsten de afgelopen drastisch zijn afgenomen ten opzichte van de periode daarvoor. Ik hoop dat we die trend vooral vasthouden. De NZa doet wel degelijk iets als je ergens melding van maakt. Die melding heeft een signaleringsfunctie voor het systeem. Als er heel veel klachten over zorgverzekeraar X binnenkomen, gaat de NZa zorgverzekeraar X flink onder de loep nemen en zo nodig aanpakken. Daarvoor zijn instrumenten. Als ik mijn recht wil halen, moet ik naar een geschillencommissie. Dat is het verschil.

Ten aanzien van de jaarrekening hebben wij een complexe situatie als gevolg van de overgang van het betalingssysteem in de ziekenhuiszorg. Daarover hebben wij vele malen in de Kamer gesproken. Dit is heel vervelend. Het is ook heel vervelend dat we het op deze manier moesten doen, maar de achtergrond is dat we geen ziekenhuizen failliet wilden laten gaan doordat wij het systeem veranderden. Dat vonden wij onacceptabel. Daarom is er een vangnet gemaakt. Dat maakt controle lastiger, maar inmiddels zijn we behoorlijk goed op weg. Overigens lopen er ook trajecten op het terrein van correct declareren en het verbeteren van de informatievoorziening. Voor de zomer ontvangt de Kamer daarover een voortgangsrapportage.

De vraag om de naam van zorgverzekeraars publiek te maken, heb ik volgens mij ook wel beantwoord. Een en ander hangt samen met een stabiele financiering, met artsen in loondienst, bestuurders onder een cao en een contracteerplicht. Dat is wel een heel ander systeem. Mevrouw Leijten staat dat systeem voor, maar wij hebben een systeem waarin keuze centraal staat. Men wordt afgerekend als men slecht presteert.

Is het een loze belofte van de minister dat er een budgetpolis komt? Ik maak geen polissen. Dat misverstand bestaat soms, merk ik. De overheid maakt geen polissen. Zij biedt zorgverzekeraars de ruimte om polissen te maken. Of zij ze maken en of zij ze aanbieden, moeten zij vooral zelf weten. De overheid creëert er ruimte voor.

Hoe reageer ik op de stelling van de heer Oomen dat een budgetpolis een gewone polis is zonder vergoeding van niet-gecontracteerde zorg? Daarover ben ik het met hem eens. Dat is daar inderdaad een definitie van.

Zal deze polis de standaard worden en verdwijnt de restitutiepolis? Dat lijkt mij heel onwaarschijnlijk, want zolang er vraag is, is er aanbod. Er is voldoende vraag naar restitutiepolissen, sterker nog, er zijn zorgverzekeraars die zich juist op die restitutiepolissen toeleggen. In een omgeving waarin je zelf kunt beslissen, is er aanbod zolang er vraag is.

De heer Oomen zei ook dat er voldoende mogelijkheden zijn voor verzekeraars om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen. Dat is ook zo. Die mogelijkheid is er. Het gaat mij om het weglekken. Je kunt heel veel mensen aannemen die een prachtige polis maken waar heel veel kwalitatief goede en doelmatige zorg in zit. Als vervolgens iemand via een omweg naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, die niet meedoet in het samenwerkingsverband en die geen afspraken heeft over extra kwaliteit, dan heb je een weglek. Bovendien kun je bij niet-gecontracteerde instellingen pas achteraf vaststellen dat de zorg niet voldoet aan de wettelijke voorwaarden, dus niet verzekerd is en niet vergoed hoeft te worden. Een verzekeraar moet dus een heel langdurig en tijdrovend proces door waarin hij moet aantonen dat er sprake is geweest van onrechtmatige zorg. In plaats van achteraf deze langdurige en intensieve controle uit te voeren, gaan we nu veel meer naar de voorkant. Er komt nu een bepaling waarin vooraf afspraken met verzekeraars worden gemaakt en waarbij wordt gezegd: pas op, als je dit doet wordt het niet vergoed via het basispakket, dus zeker niet via ons. Op dat moment wordt ook gezegd dat we afspraken kunnen maken over extra kwaliteit. Dat is een enorme verbetering.

Dan de fusiegolf door artikel 13. Ik begrijp niet waar dat idee vandaan komt. Het is een stelling, maar ik begrijp de stelling niet. We hebben het systeem met naturapolissen al. Je ziet dat er allemaal zbc's ontstaan. Er is zojuist een goed voorbeeld van een nieuwe borstkankerliniek genoemd. Die is in dat systeem ontstaan. We hebben allemaal zbc's die in het huidige systeem zijn ontstaan. Er ontstaat dus ook weer nieuw aanbod.

Ik kom nu op de verticale ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten wil nog op het vorige punt interrumperen.

**Minister Schippers:**

... integratie.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister loopt wel heel selectief de vragen langs die ik heb gesteld in mijn termijn. U kijkt iedere keer heel ongeduldig als er een vraag wordt gesteld, maar er blijven veel vragen liggen.

**De voorzitter:**

Ik kijk altijd ongeduldig.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Over de fusiegolf heb ik de heer Oomen geciteerd. Hij zegt dat zorgaanbieders zonder contract geen businesscase hebben en daarom 30% tot 40% inkomsten derven. Daardoor zullen ze genoodzaakt zijn om te fuseren. Ziet de minister dat helemaal niet gebeuren? Denk zij dat dit flauwekul is?

**Minister Schippers:**

Nee, ik denk dat het belangrijk is dat zorgverleners aantonen waar ze goed in zijn en zo hun contract krijgen. Als je zorgaanbieders hebt die slechter zijn dan andere, is het helemaal niet verkeerd dat zij niet gecontracteerd worden.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Als je zorgverleners hebt die slechter zijn, kun je ook gewoon zeggen dat zij geen zorg meer mogen verlenen. Nu loop je het risico dat de ene zorgverzekeraars wel bij de instelling inkoop en de andere niet. Dan is de ondoelmatige en slechte zorg helemaal niet weg. Het is alleen heel ondoorzichtig geworden waar je goede of slechte zorg krijgt en op welke basis een verzekeraar zijn keuze maakt. Het is dus eigenlijk flauwekul. Als de zorg ergens echt slecht is of te duur, zou je gewoon moeten zeggen dat de aanbieder geen licentie meer krijgt om zorg te verlenen. De vraag was echter een andere. Heel veel mensen noemen het risico dat zorgaanbieders bij elkaar kruipen om tegenmacht te organiseren, omdat de zorgverzekeraar erg veel macht krijgt met zijn inkoopbeleid. Praten al die mensen onzin volgens de minister? Vindt ze dat echt flauwekul? Ziet ze dat risico totaal niet?

**Minister Schippers:**

Er ontstaat ook weer nieuw zorgaanbod. Mevrouw Leijten heeft het altijd over instellingen die fuseren, maar er komen ook weer nieuwe bij. Dus houd je verschillende aanbieders die zich richten op heel verschillende doelgroepen en die kansen krijgen. Ik vind het een groot misverstand dat we zorg zouden hebben van onvoldoende kwaliteit. We hebben zorg in Nederland waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op houdt. Alle zorg die in Nederland wordt aangeboden, is van een kwaliteit die we met elkaar hebben vastgesteld. Als je onder het kwaliteitsniveau zakt, grijpt de inspectie in. Ik wil echter meer van het zorgaanbod. Ik wil bijvoorbeeld dat sommige ziekenhuizen meer operaties doen als deze complex zijn. Ik wil dat ziekenhuizen die bepaalde operaties heel weinig uitvoeren, ermee stoppen omdat het minder goed en ondoelmatig is. Ik wil dat er meer wordt samengewerkt. Ik wil veel minder praktijkvariatie. Er is dus een grote ambitieuze agenda. Dat wil niet zeggen de zorgaanbieders die daar niet aan meedoen, onder de maat zijn. Als dat het geval is, grijpt de inspectie immers in. Maar hier gaat het om de extra's die we van onze zorgaanbieders wensen. Het gaat om de slag die we in onze zorg willen maken.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dat is weer geen antwoord op mijn vraag over de fusies.

**Minister Schippers:**

Jawel, ik heb eerst het antwoord gegeven. Als aan de ene kant instellingen fuseren en aan de andere kant nieuw zorgaanbod erbij komt, blijf je toch meerdere aanbieders hebben. Er zijn inmiddels tegen de 300 zbc's in Nederland. Dat aanbod is allemaal ontstaan. Tegelijkertijd is een aantal ziekenhuizen gefuseerd. Dat klopt. Aan de ene kant zijn er wat fusies en aan de andere kant ontstaat er wat nieuws. Je behoudt dus een breed aanbod.

Aan de ene kant bieden we de verzekeraar de gelegenheid om wat meer te sturen op samenhang, kwaliteit en doelmatigheid. Aan de andere kant wil ik de macht van de verzekeraar wat betreft het beleid van aanbieders beperken. Ik wil in Nederland in de situatie waarin we nu zitten geen verticale integratie. Dat kan nu wel, maar dat wil ik niet.

Mevrouw Leijten zegt: door artikel 13 bepaalt de verzekeraar de facto het beleid van de aanbieder. Hij heeft daar inderdaad invloed op, want hij kan afspraken maken. Als de aanbieder dat niet wil, dan is er geen contract. Zo gaat het in de hele samenleving. Dat is niet iets van de zorg alleen. Als je samen geen afspraken kunt maken, heb je samen geen afspraak. Tja, zo werkt dat.

Wat ik niet wil, is dat een zorgverzekeraar een ziekenhuis in Friesland opkoopt. In Friesland zijn ziekenhuizen toch al niet dik gezaaid. Ik zou mij dan als verzekerde namelijk kunnen afvragen of ik naar dat ziekenhuis ga vanwege een financieel belang van de zorgverzekeraar, of omdat het de beste zorg levert. Omdat het vertrouwen in verzekeraars niet zo hoog is als misschien wenselijk, zoals mevrouw Leijten terecht constateerde, vind ik dat we dat nu dus niet

moeten doen. Ik vind dat we nu een verbod moeten afkondigen, al is dat tijdelijk.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik vind dit zo dubbel van de minister. Stel, er is geen Fries ziekenhuis meer over en de zorgverzekeraar zegt: ik moet aan mijn zorgplicht dichtbij voldoen. Hij neemt dus een belang in het ziekenhuis zodat het blijft bestaan. Dat zou volgens artikel 13, volgens de selectieve inkoop, volgens de macht en de rol die de verzekeraar als regisseur van de zorg krijgt eigenlijk mogelijk moeten zijn. Dat doorkruist de minister. Ik begrijp overigens wel dat ze dat vanuit het idee van marktwerking doet. Tegelijkertijd kan diezelfde zorgverzekeraar die het beleid niet via eigendom van een ziekenhuis of zorginstelling mag bepalen dat wel doen via de inkoop.

**De voorzitter:**

Wat is de vraag?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Wat is nou precies het verschil? En hoe weet de verzekerde als hij straks naar een ziekenhuis wordt gestuurd of dat nou is vanwege een financieel belang of een kwaliteitsbelang? De argumenten die de minister gebruikt als het gaat om eigendom gelden natuurlijk ook voor contracten.

**De voorzitter:**

Wat is de vraag, mevrouw Leijten?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Word ik gestuurd omdat er wel of geen contract is, of omdat het eigendom is? Wat is nou precies het verschil?

**Minister Schippers:**

Als een Fries ziekenhuis failliet gaat en de zorgverzekeraar dat ziekenhuis nodig heeft om aan zijn zorgplicht te voldoen, dan mag hij daarin investeren. Dat geldt ook na invoering van deze wet. Dat is namelijk een van de uitzonderingen. Als je aan je zorgplicht moet voldoen, mag je dat zorgaanbod overeind houden. Dat is maar goed ook, want er zijn vaak zorgverzekeraars die tijdelijk in een ziekenhuis investeren om het overeind te houden. Dat is geen probleem en dat kan straks nog steeds.

Wat de verzekeraar wel moet doen, is namens zijn verzekerde eisen stellen aan het zorgaanbod. Dat vind ik ook heel belangrijk. Het is immers niet het zorgaanbod dat bepaalt wat de kwaliteit is, maar degene die het afneemt. Die heeft daar ook nog wel wat in te zeggen. Dat is dus een gesprek tussen twee partijen. De aanbieder zegt: ik kan dat bieden. De zorgverzekeraar zegt vervolgens: het spijt me wel, maar ik vind toch dat je extra kwaliteit en service aan mijn verzekerde moet leveren. Ik vind dat jij jouw zorg en de nazorg bij die chemokuur of die oncologische behandeling moet leveren in de regio van mijn patiënten, zodat zij niet meer zo ver hoeven rijden. Dat soort afspraken moet hij kunnen maken. Daarbij bepaalt hij inderdaad voor een gedeelte het beleid van een ziekenhuis, want dat ziekenhuis moet dan ineens nazorg in de buurt van die patiënt gaan leveren. Dat

is goed voor de patiënt. We doen dit toch ook allemaal voor de patiënt? Dat is toch het belang dat wij hier dienen?

**De voorzitter:**

Tot slot.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Als dat het belang is dat wij hier dienen, is het wel heel vreemd dat 5.000 medici zeggen dat dit het belang van de patiënt in het geheel niet dient en dat zij daarover een rechtszaak gaan voeren. Dat zien we dan wel in de rechtszaal, want daar gaan wij als parlement niet over. De minister zegt: op het moment dat een zorgverzekeraar een ziekenhuis in eigendom heeft, weet je als patiënt niet meer of je daarnaartoe wordt gestuurd omdat het eigendom is of omdat het daar goed is. Datzelfde geldt toch voor contractering? Je weet toch niet of je ergens naartoe wordt gestuurd omdat het goed is of omdat de zorgverzekeraar daar een lage prijs heeft bedongen? Daar zit toch precies diezelfde onzekerheid in voor de verzekerde en voor de patiënt? Hoe weet je nou dat een zorgverzekeraar jou stuurt omdat dat in jouw belang is? Dat kunnen ze helemaal niet aantonen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten, de interrupties moeten echt kort zijn. Dat geldt trouwens niet alleen voor u, maar voor iedereen. Het staat ook in het Reglement van Orde. Het is niet nodig om ellenlange betogen te houden, want daar hebt u uw termijn voor.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Voorzitter, als u er dan op let dat de minister ook antwoord geeft op de vragen die worden gesteld, lijkt me dat uitstekend.

**De voorzitter:**

Dat zal ik zeker doen.

**Minister Schippers:**

Er zitten drie vragen in uw interruptie. U stelt eerst dat 5.000 artsen naar de rechter gaan. Dan vind ik het mijn taak om te zeggen: maar al die artsenorganisaties en al die beroepsgroepen hebben allemaal de hoofdlijnenakkoorden ondertekend namens al die duizenden leden. Dat zijn er meer dan 5.000. Daar moet ik dan eerst op ingaan. Verder verbeteren we dat. Je kunt namelijk zien waarop een verzekeraar inkoop. Als daar flut, flut en flut staat, dan denk je: dat is echt flut. Maar als daar staat dat je geen contract krijgt als je niet aan bepaalde extra eisen voldoet, dan kun je dus controleren. Dat kun je nu niet en dat is dus een verbetering. Het is dus van groot belang dat nieuwe toetreders ruimte houden. Daarom juich ik het amendement zeer toe waarin dat wettelijk wordt verankerd. We hadden het overigens al afgesproken.

Het is heel belangrijk dat de zorgverzekeraar per 1 april moet aangeven wat zijn inkoopbeleid is. Waar gaat de zorgverzekeraar op inkopen en met welke criteria? Het is goed dat patiënten daarbij mee kunnen kijken, maar het is natuurlijk in eerste instantie bedoeld voor de aanbieders.

Zij weten veel beter waar zij aan toe zijn en kunnen dan zien: ik voldoe niet aan de norm, dus ik zet een tandje bij, dan voldoe ik wel aan de norm en word ik misschien ook gecontracteerd. Het nieuwe inkoopbeleid per 1 april — ik noem het even T-1 — is met name gericht op zorgaanbieders en de datum van 1 november, als bekend is wie er is gecontracteerd, is vooral gericht op verzekerden.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Moeten zorgverzekeraars per 1 april aan de zorgaanbieders aangeven welk percentage zij hanteren als er geen contract wordt gesloten?

**Minister Schippers:**

Dat moeten ze in de polis doen.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dus de zorgaanbieders kunnen daar van tevoren, voor de datum rondom 1 april, naar vragen?

**Minister Schippers:**

Nee. Uiteindelijk wordt in november pas de polis gekozen. Of maar een heel klein clubje voor polis x kiest en een heel grote groep voor polis y, of andersom, kan in april nog niet worden ingeschat. Het is dus echt het begin van het inkoopproces. Hoeveel mensen op welke polis intekenen, weet je natuurlijk pas in november. Heb je een polis in de markt gezet waarvan jij als zorgverzekeraar hoge verwachtingen had qua aantal mensen dat erop zou intekenen, maar blijkt dat tegen te vallen, dan kun je daarover in april nog niets zinnigs zeggen qua zorgaanbod.

Wat er aan de hand is met de spoedzorg is dat men conceptplannen heeft. Zorgverzekeraars willen die eens goed doorspreken met de regio en alle aanbieders. Ik begrijp wel dat zij dat niet openbaar willen maken, want misschien veranderen die plannen tijdens gesprekken in de regio wel drastisch. Dan zit je dus over drie, vier of vijf plannen achter elkaar die veranderen te communiceren in zo'n regio. Dat lijkt mij niet handig. Uiteindelijk, als die plannen meer vorm en body krijgen, verwacht ik dat ze daadwerkelijk gepubliceerd worden. Ik heb de Kamer al beloofd om haar na de zomer een voortgangsbrief te sturen.

Ik kom toe aan de NZa als marktmeester. Waarom rekent de NZa de zvp-tarieven altijd rond en waar was de NZa toen zorgverleners en zorgaanbieders aangaven dat er te lage tarieven werden gehanteerd in het veld? Naast het functioneren als onafhankelijke marktmeester gaat de NZa ook in gesprek met veldpartijen. Dat is belangrijk om ook te weten wat er speelt, welke dingen er leven, en signalen op te pikken. De NZa stelt haar tarieven, prestaties en rapporten vast volgens een procedure waarbij ze ook veldpartijen consulteert. Er is dus gelegenheid voor veldpartijen om hun standpunten duidelijk te maken. De NZa rekent de zvp-tarieven niet rond. Binnen de AWBZ onderhandelen de zorgkantoren en de aanbieders bij de zorginkoop over de tarieven binnen de ruimte die de NZa per zvp vaststelt. Zorgkantoren en zorgaanbieders zijn echter vrij om zelf een tarief voor een zvp overeen te komen. De NZa heeft tariefsverhogingen doorgevoerd. Mevrouw Leijten zei namelijk dat de NZa wegstapt en haar deuren voor iedereen

dichthoudt, en dat de logopedisten een hoger tarief wilden. Die tariefsverhoging hebben ze ook gekregen, net als kindergeneeskunde, dbc-zorgproducten van ziekenhuizen, het rijksvaccinatieprogramma, kraamzorg en medisch noodzakelijk vervoer van en naar dagbesteding voor kinderen en rolstoelgebonden cliënten in de gehandicaptenzorg. De NZa voert dus wel degelijk tariefsverhogingen door.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik heb ook gevraagd naar de deal die met twee bestuurders van de NZa gesloten is.

**Minister Schippers:**

Ik heb aangegeven dat ik de antwoorden over de NZa helemaal aan het eind doe. De leden hebben allemaal een vraagje hierover gesteld. Ik heb dat aan het eind gebundeld.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Wellicht kan de minister de deal gewoon al aan ons sturen. Dan kunnen we die bekijken, zodat we haar daar aan het einde over kunnen bevragen.

**Minister Schippers:**

Het komt aan het eind van de eerste termijn.

**De voorzitter:**

In de beantwoording komt het terug. De leden hebben er allemaal naar gevraagd.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik wil die deal gewoon hebben. Die kan ze toch aan de Kamer sturen?

**Minister Schippers:**

Er wordt nu "deal" gezegd, maar ik zou de vragen heel graag op mijn eigen manier willen beantwoorden.

Mevrouw Leijten heeft ook nog een aantal vragen gesteld over artikel 13 in relatie tot verschillende wetten. De eerste is de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet heeft ten doel om te garanderen dat de zorg die de zorgaanbieder aan zijn patiënt geeft van verantwoord niveau is en gelet op diens gezondheidssituatie adequaat is. Dat is een verplichting voor elke zorgaanbieder, of die zich nou al of niet in de nabijheid van de verzekerde bevindt. De individuele behoefte van een patiënt om door een bepaalde zorgaanbieder van zijn keuze te worden behandeld, staat los van de Kwaliteitswet. Het gaat bij artikel 13 niet in de eerste plaats om de relatie arts-patiënt, maar om de relatie verzekeraar-verzekerde en verzekeraar-zorgaanbieder. De patiënt zal moeten kiezen voor een zorgverzekeraar die de arts van zijn keuze heeft gecontracteerd, of hij kan kiezen voor een restitutiepolis. Wij achten artikel 13 dus niet in strijd met artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat geldt overigens voor alle vragen van mevrouw Leijten.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het is helder. Het gaat in dit wetsvoorstel niet over de relatie arts-patiënt maar over de relatie verzekerde-verzekeraar en verzekeraar-zorgaanbieder. Dat is volgens mij precies de crux. Mijn vraag is een andere. Hoe kan iemand bij het afsluiten van zijn verzekering kiezen voor de arts van zijn keuze, als hij nog niet weet of hij patiënt wordt?

**Minister Schippers:**

Wij hebben dat uitgebreid aan de orde gehad. De verzekeraar maakt een eerste selectie op basis van criteria die hij in april bekendmaakt. Je kunt ervoor kiezen dat je het prettig vindt als je zorgverzekeraar dat doet. Binnen die eerste selectie op basis van hoe vaak iemand een operatie doet en wat er daar gebeurt, kun je zelf kiezen voor je eigen zorgverlener. Dat contract ga je als verzekerde met je verzekeraar aan. Als je dan vervolgens zorg nodig hebt, kies je conform dat contract binnen de voorselectie die die zorgverzekeraar heeft gemaakt.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Oké. Dus als ik als verzekerde, nog niet wetende of ik ziek word, een polis afsluit, moet ik heel veel geneeskundige kennis hebben om te weten wat goed inkoopbeleid is. Ik moet dus eerst een studie geneeskunde volgen en vervolgens moet ik alle polissen naast elkaar leggen op basis van de verwachting dat ik een bepaalde aandoening krijg. Dat is toch eigenlijk heel gek? Wat gaat er gebeuren op het moment dat iemand zich niet goed genoeg heeft kunnen vergewissen van de keuze voor zijn hulpverlener? Stel dat de zorgverzekeraar die hulpverlener niet heeft ingekocht maar de verzekerde hem toch wil. Dan moet de verzekerde het zelf betalen. Als de zorgverzekeraars het nou eens zo goed zouden doen als de minister het in haar model veronderstelt, zou het dan niet beter zijn als de patiënt ook per dag kon opzeggen? Dan kan hij opzeggen als hij vaststelt dat zijn verzekering op dat moment niet passend is.

**Minister Schippers:**

Het is niet zo dat mensen precies weten bij wie ze binnenstappen als ze door een huisarts naar een zorgverlener zijn gestuurd. Ik heb dat heel vaak gevraagd. De mensen die je in een ziekenhuis tegenkomt, zeggen: ik ga naar dokter Jansen, want ik heb een briefje gekregen dat ik naar dokter Jansen moet, die is ook oncoloog, daar heeft mijn huisarts me naartoe gestuurd. Dan vertrouwt die patiënt dus zijn huisarts dat dokter Jansen de arts is waar hij naartoe moet. Als ik kies voor een naturapolis, vertrouw ik er dus op dat mijn zorgverzekeraar de eerste selectie op basis van kwaliteit maakt. Dat is beter dan wanneer die selectie niet zou zijn gemaakt. Als ik dat vertrouwen niet heb, moet ik die polis niet nemen; dan moet ik een andere polis nemen. Er is namelijk helemaal niemand — niet in de huidige situatie, waarin we allang naturapolissen hebben, en ook niet straks — die dat helemaal voor ieder specialisme gaat uitzoeken. Dat is nu niet zo en dat is straks niet zo. Je kiest zelf voor een polis.

**De voorzitter:**

Gaat u nu over tot een ander onderwerp?

**Minister Schippers:**

In artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen staat dat zorginstellingen verantwoorde zorg moeten leveren die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daar ziet dit artikel op toe.

Hoe verhoudt dit wetsvoorstel, artikel 13, zich tot artikel 3, lid 2, Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, waarin staat dat burgers een vrije geïnformeerde keuze moeten maken als het gaat om zorg? Het is natuurlijk belangrijk dat je een vrije en geïnformeerde keuze maakt. We doen er in dit wetsvoorstel dus alles aan om de informatie voor de patiënt en de verzekerde, die moet gaan kiezen, te verbeteren door zorgverzekeraars te dwingen veel transparanter te worden. Dit handvest is overigens niet van toepassing omdat de wijziging van artikel 13, noch de vrije artskeuze, onderdeel is van Europese wet- en regelgeving. Toch wil ik er even op ingaan, omdat artikel 3 van het handvest bepaalt dat in het kader van de geneeskunde de vrije en geïnformeerde toestemming van de betrokkene volgens bij wet bepaalde regels moet worden nageleefd. Het grondrecht gaat om het recht op lichamelijke en geestelijke integriteit. Zoals mevrouw Leijten stelde, kan een medische handeling gezien worden als een inbreuk daarop. Dat is gerechtvaardigd als de patiënt daarmee instemt. Om op goede grond toestemming te kunnen geven, dient de zorgaanbieder de patiënt goed te informeren over zijn gezondheidstoestand, de voorgestelde behandeling, eventuele alternatieven en de voors en tegens daarvan. Dat is overigens bij ons allemaal in de WGBO geregeld. Op basis daarvan kan de patiënt beslissen of hij die behandeling bij die arts wil. Een naturapolis staat dat niet in de weg. Binnen de naturapolis kiest de patiënt in beginsel tussen de gecontracteerde zorgaanbieders. Nergens wordt wettelijk aan het toestemmingsrecht geknabbeld. De patiënt blijft dat houden conform het handvest en conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst in relatie tot elke zorgaanbieder met wie hij in zee gaat. Overigens kennen andere Europese lidstaten ook naturastelsels waarbij de zorg wordt geleverd door zorgaanbieders die met de zorgverzekeringsinstellingen medewerkerscontracten hebben gesloten ter voorziening in het recht op zorg in natura. Zou dan heel Europa in strijd met artikel 3 van het handvest handelen? Dat lijkt mij onwaarschijnlijk.

De bepalingen in artikel 13 en die in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst sluiten elkaar niet uit. De WGBO ziet toe op de relatie zorgaanbieder-patiënt. Dat is een ander verbintenisrechtelijke relatie dan de gelegde relatie verzekerde-verzekeraar of de relatie verzekeraar-zorgaanbieder in het kader van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het niet of tot een lager bedrag vergoeden van niet-gecontracteerde zorg binnen zo'n polis is het gevolg van de keuze van de verzekerde voor een bepaalde polis. Daarmee kiest hij ook voor de via die polis gecontracteerde zorgverleners.

Hoe verhoudt artikel 13 zich tot artikel 8 van het Verdrag voor de Rechten van de Mens? Met mevrouw Leijten ben ik van mening dat de relatie arts-patiënt valt onder het grondrecht op privacy. Ik deel echter niet haar mening dat het recht op privacy wordt geschonden door een beperking in de vrije artskeuze als een verzekerde heeft gekozen voor een naturapolis. Ik deel ook niet de opvatting dat er sprake is van een schending van de geheimhoudingsplicht



wanneer de ene arts patiëntengegevens moet overdragen aan een andere arts, omdat de eerste niet gecontracteerd is. Artikel 8 EVRM geeft eenieder het recht op bescherming van zijn privé- en familielevens. Overheden mogen zich in beginsel niet met de uitoefening van dat recht bemoeien. Het recht op de vrije artskeuze is geen gecodificeerd, ofwel internationaal erkend, grondrecht. Het recht op privacy is dat wel. Het is niet zo dat het recht op privacy geweld wordt aangedaan door een wijziging van artikel 13. De arts die de medische gegevens van zijn patiënt moet overdragen aan een andere arts, doet dat met toestemming van zijn patiënt. Medische gegevens worden niet aan de zorgverzekeraars ter beschikking gesteld; dát zou wel een schending van het grondrecht betekenen. Het zou wél een schending zijn van het recht op privacy als de overdracht van het medisch dossier niet is gebaseerd op toestemming van de verzekerde.

Tot slot de vraag hoe artikel 13 zich verhoudt tot artikel 11 van de Grondwet, waarin de onaantastbaarheid van het lichaam is opgenomen en waarin staat dat medisch handelen — ingrijpen op het lichaam — alleen mogelijk is op basis van vrije keuze van de burger. Artikel 11 van de Grondwet bepaalt dat eenieder recht heeft op onaantastbaarheid van het lichaam, behoudens of krachtens bij de wet te stellen beperkingen. Een burger die een medische behandeling nodig heeft, sluit daartoe een behandelingsovereenkomst met een zorgaanbieder, zoals bedoeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze burger geeft daarmee toestemming aan de zorgaanbieder; schending van artikel 11 is dan niet aan de orde.

Zoals ik al zei over de verhouding van artikel 13 tot de WGBO, impliceert de keuze van de patiënt voor een bepaalde zorgaanbieder met wie hij een behandelingsovereenkomst aangaat, niet dat de verzekeraar de zorg moet vergoeden als de verzekerde een naturapolis heeft afgesloten. Artikel 11 van de Grondwet staat dit niet in de weg.

**De voorzitter:**

Voordat de minister met het volgende onderwerp verder gaat, schors ik de vergadering voor twee minuten.

De vergadering wordt van 11.55 uur tot 11.57 uur geschorst.

□

**Minister Schippers:**

Hoe kan er sprake zijn van keuzevrijheid als de markt voor 90% in handen is van vier zorgverzekeraars? Het is algemeen bekend dat er vier zorgverzekeraars zijn. Daar houdt de ACM toezicht op: is er voldoende mededinging in de markt van zorgverzekeraars? Naast die vier bestaat er nog een hele reeks van kleinere en soms meer gespecialiseerde of sterk regionale zorgverzekeraars. Dit wordt door onze mededingingswaakhonden al met al beoordeeld als een markt waar voldoende keuze is. Ik hoop overigens wel dat er eens een keer een nieuwe toetreding komt. Er waren nieuwe toetreders, maar doordat de premie vorig jaar zo scherp is gesteld, is het voor nieuwe toetreders heel lastig om binnen te komen. Met alle zware eisen die wij op basis van de bankencrisis financieel aan de zorgverzekeraars stellen, is het ook heel lastig, maar het zou natuurlijk heel gezond zijn als dit zou gebeuren.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Dat ben ik wel met de minister eens, want hoe minder zorgverzekeraars, hoe minder keuze. Als zorgverzekeraars gaan fuseren, wordt het natuurlijk steeds moeilijker voor mensen om te kiezen. Misschien komt de minister nog aan de premies toe, maar als een paar verzekeraars de premie van bijvoorbeeld de restitutiepolis verhogen — dan komt er dus een verschil tussen de nieuwe polis en de restitutiepolis — verkleinen zij daarmee de ruimte voor mensen. Als die paar grote verzekeraars dit doen, heb je veel minder ruimte om echt te kunnen kiezen voor een goedkopere restitutiepolis.

**Minister Schippers:**

Dat verschil is er al en gaat groter worden als er een polis komt zonder betaling van niet gecontracteerde zorg; dat is evident. Als een zorgverzekeraar zijn restitutiepolis te duur maakt, is er echter altijd een andere verzekeraar die die restitutiepolis goedkoper aanbiedt. We hebben in Nederland echt in restitutie gespecialiseerde zorgverzekeraars. De restitutiepolis is hun corebusiness. Zij zullen waarschijnlijk dus geen nieuwe polis aanbieden, maar zullen zich houden bij hun leest, namelijk bij de restitutiepolissen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Het is maar de vraag of er altijd een verzekeraar zal zijn die zal zorgen voor een restitutiepolis met een redelijke prijs. Ik denk dat de hoogte van de premies nog wel aan de orde komt, maar ik hoor graag van de minister wat volgens haar een acceptabel verschil zou zijn tussen beide soorten premies.

**Minister Schippers:**

Ik begrijp niet waarom u er aan twijfelt. Als er vraag naar is, komt er vanzelf aanbod. Zo werkt het systeem. We hebben zelfs aanbod van restitutieverzekeringen door vaak kleinere zorgverzekeraars die alleen restitutiepolissen aanbieden en die dus heel concurrerend moeten zijn, omdat anders een verzekerde bij hen weggaat. Dus het idee dat restitutiepolissen zomaar, zonder aanleiding, de lucht in kunnen schieten qua prijs, is een constatering die ik niet deel. Nu zijn er ook al grote verschillen. We hebben toege staan dat er een maximumverschil is van 10% tussen collectiviteiten en de premie die verder gerekend wordt. Heel veel collectiviteiten die worden afgesloten, kunnen nu dus al 10% goedkoper zijn dan als ik als gewoon iemand mij meldt bij een verzekeraar om mij te verzekeren. Het is ook allemaal terug te vinden in de vergelijkingen dat dit kan. Er zijn ook heel veel collectiviteiten opgericht. Ik denk dat dit alleen maar goed is.

**De voorzitter:**

Mevrouw Leijten, u had vragen die nog niet zijn beantwoord door de minister?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ja, maar eentje sluit in ieder geval aan op waar het hier over gaat, dus die zou ik graag nu willen stellen. De minister zegt in haar antwoord op de vraag van mevrouw Voortman dat het evident is dat het verschil tussen de prijzen van de polissen groter wordt en dat het vervolgens een kwestie

van vraag en aanbod is of er nog een dure polis blijft of dat goedkope polissen de hoofdmoot worden. De minister weet echter toch dat heel veel mensen niet de mogelijkheid hebben om te kiezen voor een dure polis of het zelf betalen van de behandeling, simpelweg omdat ze dat geld niet hebben? Hoe wil de minister dan die keuzevrijheid betitelen?

**Minister Schippers:**

Ik weet niet wat mevrouw Leijten bedoelt met een dure polis. Is dat de huidige restitutiepolis? Welnu, die blijft en die is er volgend jaar ook. Aangezien de kosten van de zorg groeien, zal de premie waarschijnlijk volgend jaar ook wat stijgen. Die stijgt daarin mee en die blijft er gewoon zijn. Het enige wat erbij komt, is dat je aan de onderkant, aan de andere kant, de sterkere naturapolis kunt hebben waarbij je geen vergoeding krijgt als je naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. De doelmatigheid die de zorgverzekeraar daarmee realiseert, zie je dus in de prijs terug. Dat is natuurlijk het concurrentiemodel, namelijk dat je de winst door de doelmatigheid van goede zorgafstemming, kwaliteit en weinig hersteloperaties en weinig praktijkvariatie, terugziet in een lagere premie. Dat hoop ik ook.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De 1,4 miljard winst in 2012 en de 1,5 miljard winst in 2013 zien we niet terug in de premie, maar dat daargelaten. De minister geeft wel degelijk aan dat er een goedkopere polis komt, waarbij de vrije artskeuze eigenlijk is verkocht, en dat men, als men de vrije artskeuze wil behouden, een dure polis moet aanschaffen. Eigen keuze, eigen verantwoordelijkheid. Ze gaat er alleen aan voorbij dat heel veel mensen die dure polis niet kunnen betalen. Daarmee zullen mensen met een laag inkomen hun eigen vrije artskeuze dus moeten verkopen en kunnen rijke mensen die terugkopen. Ze heeft eigenlijk klip-en-klaar uitgelegd dat dit het stelsel is dat ze voorstaat.

**De voorzitter:**

Dat was dus geen vraag.

**Minister Schippers:**

We hebben een systeem waarbinnen je zelf kunt kiezen voor een restitutiepolis of een naturapolis. Dat verandert niet. Dus "extra duur" en "rijken die kunnen kiezen", daarvan zeg ik: iedereen die dat wil, kan kiezen voor een restitutiepolis. We geven mensen met een laag inkomen een zorgtoeslag, gebaseerd op de gemiddelde premie, zodat ze op basis van de berekeningen ook vrij kunnen kiezen voor de polis die ze willen. Ja, er komt een mogelijkheid dat mensen die financieel in de knel zitten en het eigenlijk wel fijn vinden dat de zorgverzekeraar voor hen de eerste kwaliteitsslag maakt in de contractering, dan ook minder geld aan zorg kwijt zijn. Ik denk dat het heel paternalistisch is om zo'n keuze voor iemand niet mogelijk te maken, in de zin van: zak er maar in met je schulden. Het is hartstikke goed dat die polis er komt. Dat zal voor heel veel mensen misschien een uitkomst kunnen zijn.

Verder — het gaat allemaal in drieën — is het helemaal niet zo dat er maar winsten worden opgepot. Er is een premieverlaging van €100 bovenop de raming die het ministerie had gemaakt. Er zijn hogere eisen gesteld aan verzekeraars

vanuit dit huis ten aanzien van hun reserveringen. Bovendien hing in de lucht wat nu daadwerkelijk gaat gebeuren, namelijk dat de AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet gaat, waarin de regels die we in dit huis hebben opgesteld, bepalen dat verzekeraars reserveringen hiervoor moeten maken. Enerzijds stellen wij dus hogere eisen, komt er meer zorg in de Zorgverzekeringswet en dwingen wij verzekeraars hogere reserves aan te houden. Anderzijds hebben de verzekeraars een premieverlaging doorgevoerd die €100 meer bedroeg dan de €24 die in onze raming stond.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

In de Eerste Kamer is hierover bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet een belangrijke discussie gevoerd. Toentertijd heeft dat geleid tot de motie-Swenker, van een Eerste Kamerlid van de VVD, waaronder ook de naam van het CDA stond. In die motie staat dat de keuzevrijheid van de patiënt gewaarborgd blijft door middel van het aanbieden van restitutiepolissen zonder dat sprake kan zijn van extra premiebetalingen. Staat de minister nog steeds achter de uitspraak in die motie, die door mijn partij en ook door de VVD is onderschreven?

**Minister Schippers:**

Ik stond achter de motie die toen werd ingediend in de fase waarin het stelsel toen verkeerde. Het was toen belangrijk dat wij van twee systemen één systeem maakten. Eigenlijk waren er veel meer systemen. Er was een ziekenfonds, er was een particulier systeem en er waren systemen voor particulieren die hun premie niet meer konden betalen. Wij hebben dit toen in één systeem gevoegd. Voor de start van dat systeem vond ik het een belangrijk uitgangspunt. Wij zien nu echter dat het stelsel en de voordelen voor de patiënt achterblijven doordat wij deze blokkade hebben gelegd. In de praktijk is een restitutiepolis in het algemeen duurder dan een naturapolis. Dat is logisch want de efficiëncykosten zie je niet terug in de premie voor de restitutiepolis en wel in die voor de naturapolis. Dat wordt sterker. Ik vind dat wij in deze fase van het stelsel toe zijn aan een nieuwe stap. Je moet iedere motie bekijken tegen de achtergrond van de fase waarin zij is ingediend. Dat is ook de reden waarom wij deze wijziging voorstellen.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Er ligt ook nog een andere notie onder het zorgverzekeringsstelsel, namelijk die van solidariteit. Volgens mij is dat gedeeld standpunt. Daaruit kun je afleiden — dat komt ook in die discussie terug — dat mensen met lagere inkomens of minder inkomen een restitutiepolis, of een polis met volledige keuzevrijheid, moeten kunnen betalen. Het systeem verandert, maar hoe denkt de minister over die aanname?

**Minister Schippers:**

De zorgtoeslag blijft gebaseerd op de gemiddelde premie. Die garantie hebben wij in het systeem opgenomen, zodat de lagere inkomens of mensen met een bijstandsuitkering vrij kunnen kiezen voor een polis. Uiteindelijk bepalen mensen zelf waar zij meer of minder geld aan uitgeven. De zorgtoeslag is in dit geval een ontzettend belangrijk ankerpunt. Met mevrouw Bruins Slot ben ik van mening dat solidariteit voor ons systeem cruciaal is. Ik zie echter dat

de kosten blijven toenemen — die zorg wordt breder gedeeld — zodat voor een normaal iemand straks de premie niet meer is op te brengen. Als dat gebeurt, knagen wij pas echt aan de fundamenten van het systeem. Ik vind dat wij dit echt met alles wat in ons zit, moeten zien te voorkomen. Er zijn maar een paar methodes. Als je de premie niet wilt laten stijgen, kun je het eigen risico verhogen, het pakket kleiner maken of de lijn van doelmatigheid volgen. Wij doen het laatste. Wij laten het pakket in stand en wij verhogen het eigen risico niet, maar wij drukken echt op de doelmatigheid met dit wetsvoorstel.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Ik hoor de minister zeggen dat de restitutiepolis, dus de polis waarbij de keuzevrijheid volledig in stand blijft voor de patiënt, aangeboden blijft worden. Welke garanties zitten er echter in de wet dat deze ook daadwerkelijk aangeboden blijft worden tegen een betaalbare premie?

**Minister Schippers:**

Die wordt nu ook aangeboden. Daar zit verder geen verandering in. De kans dat die niet meer wordt aangeboden, acht ik afwezig.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Er zitten dus geen garanties in de wet dat de restitutiepolis behouden wordt. Wij hebben te maken met een markt van vier grote zorgverzekeraars die 90% van de markt in handen hebben. Dat is dus een oligopolie. Elke econoom weet dat dit geen efficiënte markt is. De kans dat de restitutiepolis op een gegeven moment uit de markt gedrukt wordt, is dus aanwezig. Kan de minister een garantie in de wet inbouwen of welke garantie heeft zij en hoe zorgt zij ervoor dat wij niet aan die vier grote zorgverzekeraars overgeleverd zijn, maar dat we kunnen zeggen dat de restitutiepolis behouden moet worden en dat die keuzevrijheid voor de mensen behouden moet worden?

**Minister Schippers:**

Wij hebben de ACM die toezicht houdt op de mededinging. U stelt dat er een oligopolie is maar dat wordt niet gesteld door de ACM. Als er maatregelen worden genomen waarvan je kunt zeggen dat er sprake is van een kartel, dan is de ACM daar om in te grijpen. Daarvoor hebben wij een toezichthouder. Maar het is wel zo dat er aanbod is als er vraag is. Ik zie geen enkele aanleiding waarom de restitutiepolis zou verdwijnen. Sterker nog, als ik grote koppen in de kranten zie zoals "vrije artskenkeuze verdwijnt", dan beschouw ik dat als een aanmoediging om het komend jaar nog maar eens extra op die restitutiepolis te gaan zitten, gewoon uit angst, terwijl dat niet nodig is. Dat vind ik zo jammer, want het is niet nodig. Hier wordt een kwaliteit- en doelmatigheidsslag gemaakt, zoals wij met elkaar willen, want u staat hier ook vooraan als ik iets in het pakket wil veranderen. Dan zegt u ook "schande". U staat hier ook vooraan als het eigen risico omhoog gaat. Dan zegt u ook "schande". Nu ga ik iets aan de doelmatigheid doen om ervoor te zorgen dat we daadwerkelijk beter afgestemde en doelmatiger zorg krijgen, en zegt u ook "schande".

**Mevrouw Klever (PVV):**

Ik wil wel even reageren op wat de minister zegt. De PVV geeft keer op keer aan hoe we de zorg wel goedkoper kunnen maken. Pak de fraude eens aan, pak de bonussen voor falende bestuurders eens aan, pak het systeem aan in plaats van zorg af te pakken. Dus ik vind het echt onterecht dat de minister zegt dat de PVV altijd vooraan staat om overal schande van te roepen, want de PVV komt altijd met voorstellen om de zorg goedkoper te maken zonder de zorg voor mensen duurder te maken of mensen hun zorg af te pakken.

**De voorzitter:**

U hebt uw punt gemaakt.

**Minister Schippers:**

Wij hebben de WNT, dus langzaam maar zeker zullen die salarissen gelukkig ook wat meer conform de wenselijkheid worden.

Is het niet zo dat therapietrouw staat of valt met een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en hoe draagt het wetsvoorstel hieraan bij? Ik ben het daarmee eens. Ik denk dat een vertrouwensrelatie belangrijk is bij dit belangrijke onderwerp van therapietrouw, maar het wetsvoorstel treedt niet in deze relatie. Als ik in behandeling ben bij een arts die het volgende jaar niet is gecontracteerd door mijn verzekeraar, dan mag ik daar gewoon in behandeling blijven, ondanks het feit dat die arts niet is gecontracteerd. Dan maak ik eerst de behandeling af. Als het wetsvoorstel in werking treedt, maak ik wanneer ik onder behandeling ben dus die behandeling af. Als ik nu een naturapolis heb die 80% vergoedt en als ik onder behandeling ben bij een niet-gecontracteerde aanbieder terwijl die behandeling niet in mijn volgende polis zit, dan maak ik eerst die behandeling af. Dat is geregeld, ook via een amendement, maar wij hebben ook in het systeem zitten dat je behandelingen afmaakt die je bent begonnen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Dat amendement beoogt dat je dan in ieder geval niet meer gaat betalen, maar het gaat eraan voorbij dat mensen vaak bij meerdere specialisten in behandeling zijn als het gaat om chronisch zieken. Hoe werkt het dan als voor de ene behandelaar het tarief lager wordt en voor andere niet, terwijl een derde misschien wel helemaal niet wordt gecontracteerd? Dan kan het dus gebeuren dat je je keuze juist helemaal niet meer kunt maken omdat als je de ene zorgaanbieder wilt houden iets anders geldt dan als je de andere wilt houden.

**Minister Schippers:**

Nee, want je maakt een behandeling af op de voorwaarden waarop je die bent begonnen. Dus ondanks het feit dat een aanbieder waarbij ik onder behandeling ben niet gecontracteerd is, blijft die aanbieder nadat deze wet is ingegaan dezelfde vergoeding krijgen die hij voorheen kreeg, totdat de behandeling is afgerond. Dus het is niet zo dat we een patiënt belasten doordat hij ineens allerlei aanpassingen moet doen of verschillende regelingen op elkaar moet gaan afstemmen. Nee, als je onder behandeling bent, blijf je onder dezelfde voorwaarden onder behandeling.

**Mevrouw Voortman** (GroenLinks):

Dat blijft dan dus tot in lengte van dagen gelden, begrijp ik hieruit. Dit gaat er ook aan voorbij dat het kan gebeuren dat iemand vervolgens weer andere behandelaars nodig heeft. Dus volgens mij blijf je de situatie houden waarin iemand kan zeggen dat hij er op grond van deze regeling voor zou moeten kiezen om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen maar op grond van de geboden zorg daar juist moet blijven. Daarmee plaats je mensen voor een onmogelijke keuze.

**Minister Schippers:**

Dit geldt voor een aangesloten behandeling. Als je vrij wilt blijven kiezen en als je er niet mee akkoord gaat dat je zorgverzekeraar voor jou een voorselectie maakt op basis van in april aangegeven kenmerken, dan moet je een restitutiepolis nemen. Dat is nu ook zo. Daarvoor betaal je nu ook meer dan voor een naturapolis. Dus in dat opzicht is de situatie ongewijzigd.

**Mevrouw Leijten** (SP):

Een van de voorbeelden die ik heb genoemd, waar de minister totaal niet op is ingegaan, is dat van een psychiater die zegt: ik heb soms mensen onder behandeling die niet in behandeling zijn. Het kan namelijk even goed gaan met iemand. Wat als diegene weer ziek wordt? Mag hij dan nog kiezen voor zijn bekende therapeut, wiens behandeling werkt, of moet hij, omdat de zorgverzekeraar daar niet ingekocht heeft, een nieuwe behandelrelatie gaan opbouwen met een nieuwe therapeut, omdat de zorgverzekeraar dat wil?

**Minister Schippers:**

Het is niet omdat de zorgverzekeraar het wil. Je kiest een polis omdat je het fijn vindt dat je zorgverzekeraar een voorselectie heeft gemaakt op basis van criteria die je kent. Dan kun je zien wie gecontracteerd is. Voordat je überhaupt voor een polis kiest, kun je zien of die psychiater gecontracteerd is. Als jij het belangrijk vindt dat hij gecontracteerd is, dan neem je een andere polis of kijk je of een andere verzekeraar hem wel heeft gecontracteerd. Je hebt daar zelf een keuze in.

**Mevrouw Leijten** (SP):

Die keuze is niet zo groot als het te duur wordt. Zeker psychiatrische patiënten hebben vaak niet zoveel geld. Stel dat het een behandelaar is die bewust geen contract aangaat. Die mensen zijn er. Zij willen niet naar het pijpen van de zorgverzekeraar dansen. Die hulp is in de toekomst dan niet meer mogelijk voor die psychiatrische patiënt. Dat klopt dan toch?

**Minister Schippers:**

Wel als hij een restitutiepolis neemt.

**Mevrouw Leijten** (SP):

Maar die is onbetaalbaar.

**Minister Schippers:**

Is die nu onbetaalbaar? Zoveel euro scheelt het helemaal nog niet met een naturapolis. En dat verandert helemaal niet. Mevrouw Leijten doet net alsof er ineens een soort prijsexplosie ontstaat. Een premie wordt vastgesteld op basis van kosten, kosten die je betaalt aan zorg. Die kosten veranderen niet. Ze stijgen langzaam maar zeker — dat is al erg genoeg — maar ze veranderen niet met dit wetsvoorstel. De kosten van die restitutiepolis veranderen dus evenmin met dit wetsvoorstel. Wij geven alleen een extra mogelijkheid. Ik vind het paternalistisch om op voorhand die extra mogelijkheid te verbieden voor mensen die daarvoor wel zouden willen kiezen.

Op de kwaliteitsinkoop ben ik al uitgebreid ingegaan. Er zitten heel veel activiteiten bij het zorgaanbod, bij de NPCF, bij zorgverzekeraars. Wij hebben daar het Kwaliteitsinstituut op gezet. Die transparantie moet beter. Deze wet stelt extra transparantie-eisen aan zorgverzekeraars richting aanbieders. Er moet extra informatie beschikbaar zijn voor verzekerden die een polis moeten kiezen. Wij willen meer informatie over ziekenhuizen. Dat traject wordt ingezet. Wij zitten daar bovenop. Ik heb al toegezegd om daar voor het zomerreces nog een uitgebreide brief over te schrijven. Daarin zal ik ingaan op wat er allemaal loopt en op het tijdspad.

**De voorzitter:**

Mevrouw Bruins Slot, een korte interruptie graag.

**Mevrouw Bruins Slot** (CDA):

Volgens mij ben ik ook niet van de lange inleidingen.

**De voorzitter:**

Ik wilde een preventieve opmerking maken.

**Mevrouw Bruins Slot** (CDA):

In een van de amendementen wordt geregeld dat zorgverzekeraars inzichtelijk moeten maken welk kwaliteitsbeleid zij hanteren voor de zorginkoop. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt daar toezicht op. Hoe ziet dat toezicht van de NZa eruit? Houdt zij alleen maar toezicht op de vraag óf er een kwaliteitsbeleid is of kijkt zij ook naar de inhoud van dat kwaliteitsbeleid?

**Minister Schippers:**

Nee, het gaat om de vraag of er kwaliteitsbeleid is. Als dat beleid er niet is, is dat heel erg zichtbaar. Dan kan de NZa daarop wijzen.

**Mevrouw Bruins Slot** (CDA):

De minister zegt dat het gaat om de vraag of er kwaliteitsbeleid is. De NZa spreekt zich dus niet uit over wat er in dat kwaliteitsbeleid staat, over de kwaliteit van het kwaliteitsbeleid. Die kant is dus niet gedekt. Als er een slecht kwaliteitsbeleid ligt, kan de NZa op basis van dit argument dus geen oordeel uitspreken.

**Minister Schippers:**

Het echte oordeel over de kwaliteit ligt en blijft liggen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De inspectie beoordeelt echt of iets goede zorg is of niet. Het moet inzichtelijk worden op basis waarvan een zorgverzekeraar inkoop. Daar is dat voor bedoeld. Als de zorgverzekeraar niet als criterium heeft — ik zeg maar wat — dat je minimaal 100 operaties gedaan moet hebben, want dan zijn jouw teams pas op elkaar ingespeeld en heb je minder hersteloperaties, dus dan wordt de zorg beter, ja, dan koopt die verzekeraar daar dus ook niet op in.

Er is ook gevraagd of die eisen dan ook voor restitutiepolis- sen gelden. Nee, want die verzekeraar koopt helemaal geen zorg in, dus alle artikelen die over de inkoop gaan, gelden niet voor de restitutiepolis. Als je geen zorg inkoop, gelden die inkoopartikelen ook niet. Dan betaalt de verzekeraar gewoon uit wat hij aan nota's binnenkrijgt. Zodra men gaat inkopen, gelden ze wel. Ik weet dat een aantal restitutieverzekeraars ook inkopen, dus dan gelden ze.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Een vraag ter verduidelijking. Als patiënten en artsen met elkaar zeggen: dit is kwaliteit, daar zijn wij het over eens, dat is meetbaar, dan is de intentie dat de zorgverzekeraars dat ook inkopen. Als het aantoonbaar goed is, is het logisch dat het wordt gekocht. De intentie is dat de NZa erop toeziet dat die lijn wordt gevolgd. Dat is toch wat de NZa straks gaat doen? De NZa gaat toch niet naar details kijken, maar ziet er in grote lijnen op toe dat er wordt ingekocht op basis van kwaliteitsstandaarden en dat soort dingen?

**Minister Schippers:**

Dat is heel erg lastig. Je ziet nu ook dat het lastig is om te bepalen wat goede kwaliteit is. Eigenlijk zeggen we dat we via het Kwaliteitsinstituut eens wat beter gaan vaststellen wat kwaliteit is. Daarin werken zorgverzekeraars, patiënten en zorgaanbieders samen om richtlijnen, protocollen et cetera op te stellen. De betrokkenheid van zorgverzekeraars bij dat proces vind ik cruciaal. Waarom? Als eenmaal in richtlijnen, waarbij de zorgverzekeraars zelf betrokken zijn, is vastgesteld dat het goede kwaliteit is, dan zullen de zorgverzekeraars dat ook toepassen in hun inkoopbeleid. Nu zie je dat die richtlijnen niet van de verzekeraars zijn, maar van anderen. Daarom, en bij gebrek aan richtlijnen, laten we eerlijk zijn, stelt iedereen zo zijn eigen normen. Nu kan het zijn dat een ziekenhuis van verzekeraar X de eis krijgt van 100 operaties en van verzekeraar Y de eis van 150 operaties. Ze krijgen allerlei verschillende eisen. De slag die we met zijn allen willen maken, is naar een situatie toe waarin meer centraal wordt vastgesteld wat goede zorg is, door mensen die daar verstand van hebben. T-1 april. Daaraan kun je goed zien of de zorgverzekeraar dat doet. Als de zorgverzekeraar dat uiteindelijk aan alle kanten nalaat, dan is dat dus ook zichtbaar voor iedereen.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Ik vroeg het expliciet, omdat ik daarover gisteren een interruptiedebatje met mevrouw Bruins Slot had. De NZa kijkt er dus wel degelijk naar, of voorwaarde dat het veld die kwaliteit inzichtelijk maakt. Volgens mij helpt dat het proces een stuk vooruit. Dank.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Een vraag op het punt of de extra eisen voor de inkoop nu ook gelden voor de restitutieverzekeraars. De minister zegt: nee, als je geen inkoop hebt, heb je ook niets te maken met eisen die voor het inkoopproces gelden. Mee eens, dat lijkt me een logische redenering. Ik begrijp echter dat de redenering is dat er soms afspraken zijn met zorgaanbieders. Kunnen die dan niet aangemerkt worden als zorginkoop, waarop die bepalingen wel van toepassing zijn? Kan de minister daar nog nader op ingaan? Wanneer is een afspraak met een aanbieder ook zorginkoop?

**Minister Schippers:**

Het is pas relevant als de verzekerden echt op basis daarvan moeten kiezen. Als je als verzekeraar afspraken maakt met een zorgaanbieder, maar tegelijkertijd al het andere zorgaanbod betaalt, dan ben je niet selectief aan het inkopen en mogen je verzekerden overal heen. Dan is het niet relevant om in november aan te geven wat er in jouw polis zit, want dan zit alles in jouw polis. Dan is het dus ook niet relevant om aan inkoopvoorwaarden te doen, want je koopt wel in, maar je stuurt helemaal niemand. Het is alleen maar van toepassing als het relevant is.

Bieden de amendementen voldoende waarborgen dat kleine en innovatieve aanbieders ook worden gecontracteerd, en dus niet alleen grote en bestaande aanbieders? Ik denk dat daarin een enorm belangrijke slag wordt gemaakt, zeker ten opzichte van nu. Nu weet je helemaal niet wat voor innovatief aanbod er eigenlijk is, waar het blijft liggen en hoeveel er eigenlijk wordt ingekocht. Dat weet je alleen als je naar de zorgverzekeraars gaat en er expliciet naar vraagt. Ik vind het goed dat de amendementen regelen dat verzekeraars transparant moeten aantonen hoe zij zorgaanbieders non-discriminatoir behandelen bij de zorginkoopprocedures. Dat betekent dat je zorgaanbieders niet zomaar mag uitsluiten van het inkoopproces, omdat ze te klein zijn of omdat ze misschien te groot zijn. Er wordt ook geregeld dat zorgverzekeraars transparantie moeten bieden over het inkoopproces en over het inkoopbeleid ten behoeve van het jaar erop. Zorgaanbieders weten dan waar ze aan toe zijn. Het is nu een grote klacht van zorgaanbieders dat zij niet weten waarop wordt ingekocht.

De vraag over het verschil in premie heb ik beantwoord.

Wat doe ik als de plannen niet 1 miljard opleveren of zelfs tot meerkosten leiden? Ja, wat doe je als het Hoofdpijnenakkoord niet werkt? Dan moet je andere maatregelen nemen. Ik heb nu geen maatregelen hoeven nemen voor het pakket, sterker nog, wij hadden 1,5 miljard afgesproken en ik heb 1,2 miljard kunnen wegpoetsen door succesvol geneesmiddelenbeleid. Laten wij eerlijk zijn! Als het niet werkt, dan stijgt de premie, wordt het pakket kleiner of gaat het eigen risico omhoog. Er moet ergens een uitklep zitten, want het is niet gratis. Het is te hopen dat wij met elkaar de slag kunnen maken naar efficiëntere en betere zorg, want betere zorg is ook goedkopere zorg. Het is altijd goedkoper als iets niet opnieuw hoeft te worden gedaan.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Als het niet werkt, klopt het dan dat de minister het macrobeheersingsinstrumentarium gaat inzetten? Gaan wij

dan de overschrijdingen terughalen bij degenen die te veel hebben uitgegeven?

**Minister Schippers:**

Dat is onderdeel van het akkoord.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

De minister zegt eigenlijk dat als het macrobeheersingsinstrumentarium niet werkt, zij naar volgende maatregelen gaat kijken. Ik wil dat even helder hebben.

**Minister Schippers:**

Als dit systeem niet werkt — daar gaat de vraag eigenlijk over — moet je op zoek naar drastische maatregelen zodat het systeem wel werkt. Ik denk dat het systeem wel werkt. Ik denk dat de eerste signalen daarvan zichtbaar zijn. Zeker weten doe je het nooit. Wij moeten de vinger aan de pols houden. In het Hoofdlijnenakkoord staat dat ik dan in gesprek ga en op basis daarvan eventueel het mbi zal inzetten. In het gesprek moet de vraag worden beantwoord waar het aan ligt, want er kunnen andere dingen aan de orde zijn die niet met het Hoofdlijnenakkoord zijn verbonden.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Ik neem aan dat de minister wel verwacht dat dit zal leiden tot kostenbeheersing en besparingen. Wat is het bedrag dat deze wetswijziging naar verwachting zal opleveren en kan zij dit onderbouwen?

**Minister Schippers:**

Dat heb ik in het begin van mijn betoog al uitgebreid gedaan. Er zitten allerlei maatregelen in het Hoofdlijnenakkoord die te maken hebben met kwaliteit: het beter afstemmen van zorg, waardoor er minder dingen misgaan, geen hersteloperaties en minder praktijkvariatie. Dat heb ik allemaal al gezegd. Het is heel ingewikkeld dit goed door te rekenen en er een prijskaartje aan te hangen. Daarom hebben wij dat vertaald in volume: van 2,5% naar 2% volumegroei en van 1,5% naar 1% volumegroei volgend jaar. Daaruit is het prijskaartje van 1,3 miljard naar voren gekomen. Wij investeren echter ook en daarom is het ongeveer 1 miljard.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Het gaat nu over deze specifieke wetswijziging. Wat is de beoogde besparing van deze specifieke wijziging? Dat wil ik graag weten.

**Minister Schippers:**

Dat heb ik ook al aangegeven. Deze wetswijziging is voorwaardelijk voor één belangrijke partij binnen het Hoofdlijnenakkoord. Die partij heeft gezegd: als ik die volumes moet laten dalen, kan ik geen wegtek hebben van de afspraak die ik daarover met het veld maak. De volumes moeten dalen, daarom kunnen wij die wegtek niet hebben en moet artikel 13 worden aangepast. Dat is ook de reden waarom wij het aanpassen en waarom er verbintenissen liggen tussen het

Hoofdlijnenakkoord, waar artikel 13 voorwaardelijk in staat, en het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Het moet 1 miljard opleveren. Wij hebben dit bedrag vaker gehoord, ook in de media. Dit moet gebeuren door minder volume. Hoeveel procent volume moet er weg en waar? Het lijkt mij dat hiervoor een onderbouwing bestaat. Als de minister die niet heeft, wil zij die dan bij de zorgverzekeraars opvragen? De zorgverzekeraars zeggen namelijk wat zij nodig hebben om 1 miljard te besparen. Ik vind dat wij moeten kunnen zien welke volumes moeten dalen en welke operaties minder aangeboden moeten worden of tegen lagere kosten. Die berekeningen moeten ergens bekend zijn.

**Minister Schippers:**

Dat is allang met de Kamer gewisseld. Je kunt natuurlijk uitrekenen hoeveel het oplevert in de medisch-specialistische zorg, in de ggz en in de eerstelijnszorg als je niet met 2,5%, maar met 2% groeit en als je het jaar erop niet met 2%, maar met 1,5% groeit, zoals dit jaar. Volgend jaar gaan we naar 1%. Je kunt het dus tot en met 2017 gewoon uitrekenen. Ik heb het de Kamer voorgerekend en het is in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken. Het zit hem in beddenreductie en in de ggz. We sluiten mensen niet in instellingen op als het maar enigszins mogelijk is om thuis zorg te leveren. We moeten daar dan wel een zorgteam opbouwen, maar we houden de mensen weg bij de instellingen. Dat is beter en goedkoper. Al die maatregelen daaronder staan in het Hoofdlijnenakkoord. Er is een volumedaling aan gekoppeld en die kun je uitrekenen door die per jaar tot en met 2017 op te tellen. Dan kom je uit op ongeveer 1,3 miljard. Er zitten ook intensiveringen in voor ongeveer een miljard netto.

**Mevrouw Leijten (SP):**

De minister herhaalt haar antwoord en geeft daarmee geen antwoord. Wij vragen niet naar de besparing die de uitvoering van het gehele akkoord oplevert, want dat hebben we eerder gehoord en bediscussieerd. We hebben het over de besparing die deze maatregel oplevert, dus de maatregel om geen vrije artskeuze te hebben, maar om die door de verzekeraar te laten sturen. Of je die goed vindt of niet, ik wil daarvan de besparing zien of in ieder geval zien welke volumes daardoor met hoeveel zullen dalen. Dat is toch zeker wel beschikbaar voor de Kamer?

**Minister Schippers:**

Dat is beschikbaar voor de Kamer, want de hoofdlijnenakkoorden zijn beschikbaar voor de Kamer en de verzekeraars hebben de aanpassing van artikel 13 voorwaardelijk gesteld om de volumedaling te kunnen realiseren. Zij hebben gezegd dat ik moest kunnen sturen als ik van hen verwachtte dat ze geen wachtlijsten lieten ontstaan, maar wel minder zorg verleenden. Ik moest dus kunnen zeggen dat het hem in hersteloperaties zou gaan zitten en niet in het iemand langer op zijn heup laten wachten. Dat is niet de bedoeling. Aan het Hoofdlijnenakkoord is dit voorwaardelijk gesteld. In het Hoofdlijnenakkoord zit een volumedaling. Ik heb voorgerekend hoe die is opgebouwd. Als je de instrumenten niet geeft, krijg je ook de resultaten niet.

**De voorzitter:**

Ik kijk in verband met de lunchpauze even naar de minister. Hoeveel tijd denkt u nog nodig te hebben?

**Minister Schippers:**

Ik ben bij vraag 45 van de 102.

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat u verdergaat en doe een beroep op de Kamerleden om zo min mogelijk te interrumperen.

**Minister Schippers:**

Hoe streng wordt er toegezien op de contractering? Hebben mensen daar inzicht in, zodat zij een goede keuze kunnen maken? Een naturaverzekering dient ervoor te zorgen dat zorg voor een verzekerde beschikbaar is binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand. Dat heet de zorgplicht van de zorgverzekeraar. De NZa kan handhavend optreden als de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet naleeft. Het inkoopbeleid is verder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, maar daarop wordt wel toegezien. Op grond van de ingediende amendementen dienen zorgverzekeraars jaarlijks voor 1 april transparantie te bieden over de zorginkoopprocedure en het inkoopbeleid, zodat zorgaanbieders hier tijdig kennis van kunnen nemen. Ook verzekeren krijgen op deze wijze inzicht in het inkoopbeleid van hun zorgverzekeraar en kunnen desgewenst mede daarop hun keuze voor een polis baseren.

Kan ik garanderen dat ook aanbieders in de buurt worden gecontracteerd en dat mensen niet ver hoeven reizen? "Binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand" is daarvoor de wettelijke waarborg.

Wordt zorg die niet gecontracteerd wordt op basis van artikel 13 van het Zvw-pgb uitgesloten? Het pgb in de Zorgverzekeringswet heeft betrekking op verpleging en verzorging. Met dit pgb mag juist niet-gecontracteerde verpleging en verzorging ingekocht worden. Die wordt dus niet uitgesloten, integendeel. Ook zorg van niet-BIG-geregistreerden mag worden ingekocht met een dergelijk pgb.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Kan het gebeuren dat een verzekeraar tegen iemand die bepaalde zorg in pgb-vorm wil, zegt dat hij die al via zorg in natura bij bepaalde mensen heeft ingekocht, waardoor diegene voor die zorg in pgb-vorm meer moet betalen?

**Minister Schippers:**

Nee, maar de zorgverzekeraar kan wel zeggen dat de zorg ook in natura beschikbaar is. Als iemand echter zegt dat hij een pgb wil om zelf mensen in te huren, kan dat ook, als ze tenminste aan de criteria voldoen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Kunnen verzekeraars barrières opwerpen die ervoor zorgen dat het pgb minder toegankelijk wordt voor mensen, bijvoorbeeld door de tarieven te wijzigen? Kan het zijn dat mensen op een gegeven moment de keuze krijgen tussen dure zorg met een pgb of goedkope zorg in natura?

**Minister Schippers:**

Nee, wij hebben afgesproken dat er een toereikend tarief moet zijn. Het tarief of budget moet toereikend zijn om daadwerkelijk een pgb te kunnen realiseren. Als uit de monitor blijkt dat dit niet gebeurt, kan ik via lagere regelgeving ingrijpen, maar aangezien Per Saldo en ZN zij aan zij aan tafel hebben gezeten om dit te realiseren, verwacht ik geen problemen. Ik heb het echter wel als stok achter de deur. We hebben afgesproken dat er toereikend wordt betaald. Het kan dus niet zo zijn dat een zorgverzekeraar zo'n laag bedrag betaalt dat men er niets mee kan. Dat is niet conform de afspraak.

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat u verdergaat met de beantwoording van de vragen. De vragen die al per interruptie zijn beantwoord, hoeven niet meer herhaald te worden.

**Minister Schippers:**

Mevrouw Voortman stelt terecht dat het voor cliënten lastig kan zijn als ze te maken krijgen met verschillende domeinen en verschillende voorwaarden voor het pgb. Dat is onlosmakelijk verbonden met de keuze om de zorg in verschillende domeinen onder te brengen. We hebben de Jeugdwet, de Wmo, de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet. Ons uitgangspunt is dat we de pgb's in de vier domeinen zo veel mogelijk op elkaar laten aansluiten, zodat het voor de cliënt zo gemakkelijk mogelijk is. De wettelijke domeinen kennen ook karakterologische en terminologische verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden bij de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen. Zo past het binnen het grotere geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is georganiseerd.

Als een verpleegkundige in dienst is van een instelling, bestaat dan de kans dat zij niet fair kan indiceren? Ik heb daar helemaal geen vrees voor, omdat ik denk dat er geen enkel belang is. Het belang van de verpleegkundige is om goed te kijken wat iemand nodig heeft. Na die indicatie gaat iemand nadenken of hij de zorg in natura kan krijgen of deze liever zelf regelt. De verpleegkundige stelt alleen de zorgbehoefte vast, ongeacht de vorm waarin de zorg geleverd wordt.

Er is gevraagd of de toegang gegarandeerd wordt. Wij zullen hierop toezien door de monitoring. Als uit de monitoring blijkt dat dit een lege huls is en dat mensen niet echt voor een pgb kunnen kiezen, kunnen we dat allemaal lezen, om vervolgens te bezien welke maatregelen genomen moeten worden. Wij zullen een vinger aan de pols houden. Er is een goede overgangsregeling, want de pgb-houders binnen de AWBZ die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit hebben voor verpleging en verzorging, behouden hun recht op zorg in de vorm van een Zorgverzekeringswet-pgb zolang het indicatiebesluit duurt, doch uiterlijk tot 1 januari 2016. Zij kunnen zelf hun zorg met het pgb regelen. Zij kunnen ook hun huidige zorgverleners houden. Het overgangsrecht geldt niet voor pgb-houders die hun Zorgverzekeringswet-pgb volledig bij een gecontracteerde aanbieder besteden. Dat is logisch, want dan is de zorg in natura beschikbaar. Er is geen budgetgarantie, maar het overgangsrecht is wel bedoeld om de continuïteit van de zorg voor de huidige pgb-houders te borgen. Een Zorgverzekerings-

wet-pgb dat zo laag is dat mensen hun ingehuurde werknemers er niet van kunnen betalen, past niet bij de afspraak die wij met de andere partijen hebben gemaakt. Huidtherapie valt niet onder het basispakket en is ook niet als vorm van zorg in het Besluit zorgverzekeringen opgenomen, zoals bij fysiotherapie en oefentherapie wel het geval is. Er is één behandeling die onder het basispakket valt en die ook door huidtherapeuten wordt geleverd. Dat betreft lymfoedeem. Deze behandeling valt onder de fysiotherapie op de chronische lijst. Omdat fysiotherapie is uitgezonderd in het ingediende amendement valt de behandeling hiervan door huidtherapeuten daar ook onder. Het maakt niet uit of deze zorg geleverd wordt door een fysiotherapeut of een huidtherapeut. In beide gevallen is ze conform dit amendement uitgezonderd van artikel 13 Zvw.

Zijn de audiciens en de audiologen uitgezonderd van de wijziging? De uitzonderingen in het amendement-Slob betreffen huisartsenzorg, verloskundigenzorg, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg met uitzondering van tandheelkundige specialistische zorg, kraamzorg, dieetadvisering, verpleging en verzorging zonder verblijf. Audiciens leveren hoortoestellen. Dat valt onder de hulpmiddelenzorg. Fysiotherapie is een bepaald type zorg. Hulp van audiciens is iets anders. Zij leveren hoortoestellen. Dat valt onder de hulpmiddelenzorg. Die wordt niet uitgezonderd en de hulp door audiciens ook niet. Een audioloog is een technisch specialist die zorg levert in het kader van medisch-specialistische zorg. Hij valt dus niet onder de uitzonderingen.

Is podotherapie uitgezonderd? Podotherapie als zodanig zit niet in het basispakket. Wel verlenen podotherapeuten zorg ten laste van het basispakket. Het gaat hierbij om voetzorg die onderdeel is van diabeteszorg. Deze diabeteszorg zit in het basispakket. Het gaat bij diabeteszorg om geneeskundige zorg zoals huisartsen maar ook medisch specialisten die plegen te bieden, en zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Die zorg wordt veelal door podotherapeuten geleverd. Voor zover het gaat om huisartsenzorg valt de voetzorg en dus de podotherapeut onder de uitzonderingen, en anders niet.

Hoe zit het met de definitie "zoals huisartsen die plegen te bieden" in het amendement op stuk nr. 20? Vallen de POH's-ggz en alle POH's en praktijkondersteuners in de ouderenzorg daaronder? Ja, die vallen daar allemaal onder.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Niet elke huisarts heeft een POH op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. Een POH geestelijke gezondheidszorg kan een verpleegkundig specialist zijn, maar bijvoorbeeld ook een psycholoog. Hoe kijkt de minister ertegenaan dat een psycholoog die gecontracteerd is of die in de huisartsenzorg werkt wel onder de uitzondering valt, terwijl diezelfde psycholoog als hij niet onder de huisartsenzorg werkt ook niet onder de uitzondering valt? Het is immers eigenlijk dezelfde zorg.

**Minister Schippers:**

De aanleiding voor artikel 13 ligt in de ggz. In de ggz wordt heel veel zorg geleverd waarover zware discussie is, laat ik het zo maar zeggen. Men zegt daarover: dat zouden we eigenlijk allemaal veel beter moeten doen. Nou is er in de

ggz nog iets aan de hand. We hebben in de ggz afgesproken dat we het aantal bedden in de instellingen gaan afbouwen. Al die patiënten komen dus naar de wijk. Ze moeten in hun wijk of buurt zorg krijgen die bij hen past en die voor hen op maat gesneden is. Ik vind het cruciaal dat de zorgverzekeraar zijn taak kan oppakken in de fase waarin de ggz nu verkeert. Daarin krijgen we dus een massale stroom aan zorg vanuit de instelling naar de buurt. Het zal niet zo zijn dat deze mensen te weinig werk hebben. We moeten er wel voor zorgen dat dit in goede banen wordt geleid. Iedereen moet de juiste zorg krijgen op de juiste plek en in het juiste traject.

In de ggz hebben we bovendien geen kaders. We hebben niet een eerstelijnskader en een tweedelijnskader zoals we die in de ziekenhuiszorg hebben. We hebben daar één kader. Er is sprake van grote veranderingen en een heel nieuw bekostigingssysteem. Er zijn heel veel patiënten die in de wijk nieuwe vormen van zorg moeten ontvangen. Het is absoluut belangrijk dat we de hele ggz, ook de eerste lijn, onder artikel 13 laten vallen.

**De voorzitter:**

Tot slot, mevrouw Bruins Slot.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Maar als je dat omdraait, is dat een belangrijk argument om juist de basis-ggz en de generalistische-ggz wel onder de uitzonderingen van de heer Slob te laten vallen, omdat je die zorg toegankelijk wilt laten zijn. Maar mijn vraag is een andere. In de discussie in deze Kamer over de geestelijke gezondheidszorg en eventueel onterecht verleende zorg is een aantal voorbeelden genoemd. Daarbij ging het toch vaak om klinische instellingen en niet zozeer om de psycholoog die in de buurt van de huisarts zorg verleent?

**Minister Schippers:**

Ook. Het nadeel is dat de zorgverzekeraar dat alleen achteraf, na een lang traject dat alle individuele beroepsbeoefenaren moeten doorlopen, kan vaststellen, waardoor het een heel arbeidsintensief verhaal is. U zegt dat de zorg toegankelijk moet zijn. Ja, die zorg moet toegankelijk, vindbaar en in een keten opererend zijn, juist met de veranderingen die we voor ogen hebben in de ggz. Daarvoor moeten we een eerstelijnspsycholoog of eerstelijnspsychotherapeut hebben die in dat samenwerkingsverband zit. We moeten het niet over de schutting in een wijk gooien, waarna er allerlei initiatieven ontstaan zonder enige regie. Het is heel erg belangrijk dat we de ggz in de eerste lijn onder artikel 13 laten vallen.

Zou het niet goed zijn als de NZa voor artikel 13, artikel 13a en artikel 13aa wel handhavingsbevoegdheden krijgt en direct kan handhaven, zonder dat elke casus voor de rechter moet komen? Het is ontzettend belangrijk dat je, als je een civielrechtelijk issue hebt, dat voor de civiele rechter kunt brengen en dat jouw casus op jouw individuele situatie wordt beoordeeld. Dat zal altijd blijven. Maar we hebben wel met elkaar afgesproken dat we nieuwe eisen gaan stellen aan zorgverzekeraars. Die zijn in de amendementen geregeld. Daarvan maakt de NZa een inkoopscan op basis van het inkoopbeleid en op basis van de realisatie. Dan wordt gevraagd of er een gelijk speelveld is en of er divers



en innovatief is ingekocht. Als blijkt dat een verzekeraar daar niet aan voldoet, bijvoorbeeld doordat er niet non-discriminatoire is ingekocht, kan de NZa optreden. Daarvoor heeft de NZa bevoegdheden die al in haar gereedschapskist zitten. Dat is goed, want dat zorgt voor druk.

Hoeveel betalen zorgverzekeraars aan niet-gecontracteerde zorg en hoe groot is de omvang in de eerste lijn? Ik weet niet hoeveel zorgverzekeraars uitgeven aan niet-gecontracteerde zorg. De gegevens zijn gebaseerd op de kwaliteitslagen, onderliggend aan de volumedoelstellingen. We hebben niet zomaar opgeschreven dat je van volume x een half procent of een procent omlaag gaat, zonder dat er iets onder ligt. Nee, daar liggen allerlei kwalitatieve maatregelen onder, waardoor je ook daadwerkelijk naar een lager volume zou kunnen, met een verspillingagenda en antifraudebeleid.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik wil even controleren of ik het goed begrijp. De minister zegt: ik weet op dit moment niet de totale omvang van de niet-gecontracteerde zorg in de ggz, in de ziekenhuiszorg, in de zelfstandige klinieken. Dat is onbekend bij het ministerie.

**Minister Schippers:**

Nou, ik weet toevallig dat de contracteringsgraad van de tandartsen bijzonder laag is, namelijk nog geen 10%. Dat kun je waarschijnlijk wel opzoeken. Maar wij houden niet bij wat gecontracteerd is en wat niet. Niet-gecontracteerd heeft immers ook variaties. Hoeveel krijg je bijbetaald?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Als je straks wilt zien wat het effect is geweest van artikel 13, moet je natuurlijk ook weten wat je vertrekpunt was aan niet-gecontracteerde zorg. Als we de opbrengst van artikel 13 Zvw willen kwantificeren, is het dan niet handig om nu gewoon te weten hoe groot de omvang van de niet-gecontracteerde zorg is?

**Minister Schippers:**

Ik kan om te beginnen kijken naar het volume. Hebben we de afgesproken doelen gehaald? Maar verder krijg ik via de inkoopscan zicht op basis waarvan verzekeraars inkopen. Daarvan krijg ik ieder jaar een NZa-scan. Die heb ik nu niet.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik wil hier toch even op doorgaan, want ik vind dit een belangrijk punt. Er wordt beweerd dat artikel 13 de panacee is om ondoelmatige en te dure zorg, maar ook niet-kwalitatieve zorg, eruit te drukken. Dat instrument moet hiervoor ingezet worden. Maar we weten niet of dat ook daadwerkelijk lukt, want we weten niet hoeveel er wel en niet gecontracteerd is en we weten dus ook niet hoe dat in de toekomst zal werken. De minister moet dan toch eigenlijk aan mevrouw Bruins Slot de toezegging doen dat ze dat nu gaat uitzoeken, zodat we over twee jaar serieus kunnen kijken of die ondoelmatige, te dure en kwalitatief niet-goede zorg er ook echt uit is.

**Minister Schippers:**

Dat hebben we toch gedaan in het Hoofdlijnenakkoord? Daarin hebben we voorwaarden gesteld voor wat er inhoudelijk moet gebeuren en we hebben vastgesteld wat eruit moet komen. Een van die voorwaarden is artikel 13. Het is niet het enige; er zit van alles in dat akkoord. Andere partijen geven immers aan dat dit heel veel aandacht krijgt en dat zij ook voorwaarden in dit akkoord hebben staan. Dat klopt. Al die voorwaarden bij elkaar leveren die doelmatigheid op, waardoor je minder volume hebt. Dus je kunt dan toch zien of die volumes zijn gedaald? Je kunt nu toch zien dat het in de ziekenhuiszorg onvoldoende werkt, omdat er daar nog overschrijdingen zitten, en men dus nog niet op het pad van het Hoofdlijnenakkoord is?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Om te weten of de selectieve contractering haar werk doet, moet je natuurlijk weten of er nu selectieve contracten zijn, hoeveel dat er zijn en hoeveel er wordt uitgegeven aan niet-gecontracteerde zorg. Dat zijn allemaal heel relevante vragen van mevrouw Bruins Slot, waar de minister omheen gaat. Meten is weten. Heel vaak is dat moeilijk als het om kwaliteit gaat, maar dit gaat gewoon om cijfers en in kaart brengen. We hebben honderd ziekenhuizen en vier verzekeraars; dat is zo te doen. Maak er deze zomer een studie van en dan kunnen we tenminste over twee jaar zien waar we staan. De NZa had het eigenlijk wat mij betreft al moeten hebben, maar goed, als ze het niet heeft, heeft ze het niet.

**Minister Schippers:**

We kunnen natuurlijk overal scans van maken, maar we hebben nou net met elkaar een nieuwe scan afgesproken. Deze inkoopscan gaan we jaarlijks inzetten. We kunnen daarmee zien waar de zorgverzekeraars op inkopen en wat hun beleid is. We krijgen dan eindelijk inzicht in dingen waarin we dat nu helemaal niet hebben. Aan het eind van het jaar kunnen we dan zien of en in hoeverre de verzekeraars dat hebben gerealiseerd. Laten we daarmee beginnen, voordat we van onszelf een soort studiehuis maken. We hebben randvoorwaarden en uitkomsten, dus we kunnen ook ieder jaar zien of we al dan niet aan die uitkomsten voldoen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar het feit dat er een heleboel veranderingen ingezet worden per 1 januari. De bekostiging van de huisartsen gaat bijvoorbeeld veranderen, net als die van ziekenhuizen en de wijkverpleegkundigen, en de verpleging en verzorging wordt overgeheveld. Is het slim om ook dit wetsvoorstel dan op 1 januari in te laten gaan? Dit wetsvoorstel is feitelijk helemaal in lijn en ter ondersteuning van het stelsel zoals dat al in 2006 is ingevoerd. We introduceren geen nieuw systeem. Dit systeem bestaat al, er zit alleen een lek in. Dit lek proberen wij te dichten. Ik denk dat het juist op tijd is om grote veranderingen die wij hebben ingezet in goede banen te leiden, met name in de ggz, waarin echt heel veel in goede banen geleid moet gaan worden voor de patiënt.

**De voorzitter:**

Ik kijk even hoe lang de minister nog nodig denk te hebben. Ik stel voor, om 13.00 uur te schorsen voor de lunchpauze gedurende een halfuur, zodat we daarna verder kunnen. Wellicht kan de minister een paar vragen alsnog afronden.

**Minister Schippers:**

Soms zitten ze er dubbel in, dus dan ga ik wat harder.

Ik kom bij de uitwisseling van medische gegevens en artikel 13. Verzekeraars dwongen aanbieders om de stoornis op de rekening te zetten. Hoe gaat de minister dit voor de toekomst voorkomen, omdat er dan geen escape meer is via artikel 13? Wij hebben hierover met elkaar heel heldere afspraken gemaakt. Die zijn geschonden; daarop is corrigerend opgetreden. Dat is terecht. Zorgverzekeraars hebben hun excuses aangeboden. Ze hebben gezegd: sorry, niet iedere medewerker was op de hoogte van de afspraken die wij daarover hebben gemaakt; dat zal niet meer gebeuren. Wij maken wetten, en daar moet iedereen zich aan houden. Als dat niet gebeurt, dan moeten we ingrijpen. Dat is nu zo en dat is straks hetzelfde.

Dan kom ik bij ketenzorg en anderhalfstelijnszorg. Waarom valt dat niet onder de uitzondering van het amendement op stuk nr. 20? Ik ga niet over de uitzonderingen van een amendement in de Kamer, maar ik vind het onwenselijk als het daar onder zou vallen. Voor zover ketenzorg onder de eerstelijnszorg valt, valt die namelijk ook onder de uitzonderingen. Maar, voor het overige gedeelte is dat niet het geval. Juist bij deze nieuwe vormen van zorg vind ik het belangrijk dat we afspraken kunnen maken over hoe we het met elkaar organiseren, zodat er geen wildgroei ontstaat, maar we wel nieuwe initiatieven stimuleren en tot stand laten komen, en er regie is in de buurt. Juist in de buurt verwachten wij heel veel; daar moet heel veel veranderen en is die rol uitermate belangrijk.

Ik denk dat ik de vraag van mevrouw Bruins Slot ten aanzien van de culturele achtergrond, levensovertuiging en godsdienst heb beantwoord in het begin van deze termijn. Niet?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Een klein aspect is nog niet beantwoord. Waar ziet de Nederlandse Zorgautoriteit op toe? Als het gaat om godsdienstige overtuiging of godsdienstige gezindheid, levensovertuiging of culturele achtergrond, kijkt de Nederlandse Zorgautoriteit dan óf er iets is opgenomen of kijkt zij of er ook voldoende keus is opgenomen?

**Minister Schippers:**

De NZa bekijkt hoe de zorgverzekeraars vormgegeven aan de diversiteit van het aanbod. We hebben gesteld dat je divers moet zijn. Er wordt toezicht gehouden op de manier waarop dat gebeurt.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dus er wordt gecontroleerd hoe de zorgverzekeraars het doen, maar als blijkt dat een zorgverzekeraar er helemaal geen aandacht aan wil besteden en dat ook feitelijk in zijn verantwoording opschrijft, kan de Nederlandse Zorgautoriteit daar dan iets van vinden?

**Minister Schippers:**

Ja, want we hebben met elkaar vastgesteld dat er een divers aanbod moet zijn. Daar hebben we deze aspecten nog eens extra uitgelicht.

Hoe zorgen we ervoor dat de nazorg in de buurt van de patiënt komt? Daar is dat artikel juist enorm belangrijk voor. Een verzekeraar kan zeggen: ik koop die zorg bij u in, maar patiënten die ver weg wonen, moeten nazorg in hun buurt kunnen krijgen; ik wil dat dus regelen. Overigens gaan we wettelijk nog vaststellen wat een redelijke termijn is en wat een redelijke afstand is, dus hoelang je moet wachten en hoever je moet reizen. Ik denk echter dat we juist bij dit soort onderwerpen slagen kunnen maken, die we nu nog niet zien.

Kunnen verzekerden rechten ontlenen aan informatie op de website over het gecontracteerde aanbod? Dat wordt geregeld met de wijziging van artikel 13. Als de verzekerde niet zes weken voor aanvang van het verzekeringsjaar had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was, dient de zorgverzekeraar de volledige kosten te vergoeden. De informatie die de zorgverzekeraar hierover op de website zet, mag niet misleidend zijn. Als dat wel het geval is, zal hij eveneens de kosten moeten vergoeden.

Kan de verzekerde overstappen als de zorgverzekeraar het contract wijzigt en kan dat ook als het omzetplafond is bereikt? Ik heb al vaker inzicht gegeven in hoe het omzetplafond geregeld wordt. Als je een omzetplafond hebt, moet je in je polis laten weten wat er dan gebeurt. Zo weet men vooraf dat men dat risico loopt. En ja, een verzekerde kan overstappen, maar hij kan ook gewoon in het overgangsrecht de zorg blijven krijgen die hij al had van zijn aanbieder, ook als die aanbieder niet gecontracteerd is.

Is de kans groot dat een zorgaanbieder die dit wetsvoorstel aanvecht bij het Europees Hof van Justitie, gelijk krijgt? De wijziging van artikel 13 leidt ertoe dat zorgverzekeraars de vergoeding van zorg die door een naturaverzekerde is ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op een lager niveau of zelfs nihil mogen stellen. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland en in een andere Europese lidstaat worden hierin gelijk behandeld. Er geldt dus geen andere regel voor buitenlandse zorgaanbieders dan voor binnenlandse zorgaanbieders. Het wetsvoorstel kan leiden tot een belemmering van het vrije verkeer van naturaverzekerden die naar een buitenlandse zorgaanbieder willen gaan, die zorg aan zo'n naturaverzekerde wil bieden. Zoals ik uiteengezet heb in de schriftelijke voorbereiding, ben ik van mening dat deze eventuele belemmering van het vrije verkeer ook gerechtvaardigd wordt in het licht van de eisen die hieraan worden gesteld in de jurisprudentie van het Europees Hof. In de patiëntenrichtlijn staat dat het zo geregeld mag worden dat je, voordat je naar een buitenlandse zorgverlener gaat, toestemming nodig hebt van je zorgverzekeraar. Dat gaat dus verder dan wat wij hier regelen, omdat een Nederlandse verzekerde gewoon naar een gecontracteerde aanbieder in het buitenland kan gaan. Daarom heb ik er vertrouwen in dat, als het Europees Hof een afweging moet maken, die goed uitvalt. Je weet het vooraf bij zo'n Europees Hof nooit, maar ik heb er het volste vertrouwen in.

Is het pgb nou een restitutie of een echt pgb? In mijn ogen is het altijd een vorm van restitutie, maar is het hier in het vat gegoten van een pgb. Het heeft daar ook elementen van: een mogelijkheid voor eigen regie bij inzet van zorg, voor een afgebakende doelgroep die aan de criteria voldoet. Je kunt zelf kiezen welke zorgverleners je wilt inzetten en

je stuurt die ook zelf aan. Het kan dus ook zijn dat iemand zorg levert die handelingen uitoefent waarvoor hij of zij niet bevoegd is, maar wel bekwaam gemaakt is. Zo is dat nu in het pgb ook, en zo zal dat in de Zvw ook zijn.

Ik heb blijkbaar ooit als Kamerlid gekozen voor een pgb voor alle zorgverzekeringswet-zorg, omdat dit goed was voor keuzevrijheid, innovatie en toetreding. Waarom doe ik dat nu niet? Overigens denk ik dat je altijd klein moet beginnen. Dat wil zeggen, eerst maar eens kijken hoe iets uitpakt bij het een, voordat je het bij het ander toepast. Daarnaast is het zo dat, op grond van de Zorgverzekeringswet, de mogelijkheid bestaat van een voorschot op restitutie. We hebben al eens eerder een experiment gedaan met een pgb — dat betekende ook een voorschot op de restitutie — en toen is geconstateerd dat een nieuwe wettelijke bepaling niet nodig was. Het amendement had geen betrekking op alle vormen van zorg, maar slechts op enkele bij AMvB aan te wijzen zorgvormen. Ik denk dat we nu tot een goede regeling zijn gekomen; dat we deze regeling goed in de gaten moeten houden om te kijken hoe ze werkt; en mocht ze niet werken zoals we dat willen, dat we dan moeten ingrijpen. We kunnen er altijd lessen uit trekken, misschien voor andere zorgvormen.

De normale verouderingsprocessen zijn een belangrijk onderwerp. Daar is veel misverstand over ontstaan. Het is altijd jammer als er sprake is van een misverstand, want niemand is daarbij gebaat. De passage is niet bedoeld als criterium voor het Zorgverzekeringswet-rgb. Het is dus niet een criterium. Als een oudere voldoet aan de criteria, komt hij in aanmerking voor een pgb, net als ieder ander. De criteria houden bijvoorbeeld in dat de verzekerde in staat moet zijn om de verantwoordelijkheden bij een Zorgverzekeringswet-rgb in te vullen en dat zijn zorgvraag bijvoorbeeld inhoudt dat zorg 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Bij de totstandkoming van de afspraak is tussen partijen besproken dat actieve participatie in de maatschappij in combinatie met een specifieke zorgbehoefte kan leiden tot de wens van de inzet van een Zorgverzekeringswet-rgb. Met de passage is in dat verband bedoeld dat bij personen die zorg nodig hebben in verband met normale verouderingsprocessen, naar verwachting geen sprake zal zijn van het voldoen aan het criteria, maar het is helemaal geen apart criterium.

Mevrouw Bruins Slot vroeg aansluitend wat dit betekent voor een patiënt met dementie: wordt die uitgesloten van een pgb? Nee, daar wordt hij niet van uitgesloten. Iemand met dementie kan een pgb aanvragen. Daar zit dus het misverstand. Het zal alleen vaak niet de persoon zelf zijn die de regie voert, maar zijn of haar partner. Iemand met dementie wordt echter niet uitgesloten van een pgb. Ik vind het heel jammer dat die verwarring is ontstaan, want die geeft heel veel ruis en die moeten we zien te voorkomen.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Als het geen criterium is, waarom zijn normale ouderdomsverschijnselen dan zo nadrukkelijk in die akkoorden betrokken en waarom is daar dan toch best veel over geschreven? Hoe kan dat nou?

**Minister Schippers:**

Men heeft daarmee willen zeggen dat je dan vaak op basis van zorg in natura het aanbod vindt dat je nodig hebt. Ik ben daar niet bij geweest, maar ik zie de verwarring. Ik vind die verwarring vervelend en ik probeer hier helder te zijn in mijn antwoorden. Het hebben van dementie is geen criterium, maar ook geen diskwalificatie. Je kunt dan net als ieder ander een pgb aanvragen. Als je niemand hebt die voor jou de regie kan voeren, is een pgb onmogelijk. Als je een partner hebt die actief is, participeert en zegt "wij willen een pgb en mijn partner voldoet aan de criteria", krijg je dat pgb natuurlijk wel.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Vooral die actieve participatie is een belangrijke toevoeging. Dus als de partner actief participeert, kan men ook een pgb krijgen. Ik heb verder nog een vraag over de verhouding tussen dit pgb en de uitzondering van de verpleging en de verzorging in het amendement-Slob. De zorgverzekeraars hebben daarvan gezegd dat dit de doelstelling van 400 tot 600 miljoen euro onder druk gaat zetten. Deelt de minister de opvatting van de zorgverzekeraars?

**Minister Schippers:**

Nee, die deel ik niet. Het pgb wordt vastgesteld op basis van de zorgvrager en niet op basis van de partner. Je kunt natuurlijk wel in een situatie terecht komen waarin je als zorgvrager aan de criteria voldoet maar je in plaats van natura kiest voor een pgb, omdat dit in het desbetreffende gezin gemakkelijker is te behappen.

Dan het tijdig uitbetalen van de rekening omdat de kosten zelf niet zijn voor te schieten. De manier waarop zorgverzekeraars het Zorgverzekeringswet-rgb gaan uitvoeren lijkt op het trekkingsrecht. De verzekerde krijgt niet vooraf geld op zijn rekening maar weet wel welk budget hij kan verwachten. Op basis daarvan kan hij dus zorg inkopen. Je kunt dus wel afspreken met de zorgaanbieder dat de betaaltermijn van de verzekeraar de betaaltermijn van de zorgaanbieder is en dat het dus gewoon in een keer doorgaat. Het is dus niet zo dat er daardoor een hobbel ontstaat die mensen niet meer kunnen nemen.

Vervolgens kom ik te spreken over het rapport-Baarsma en het advies van de Raad van State ten aanzien van verticale integratie. Je kunt de vraag stellen of dit in deze markt een nuttige en proportionele maatregel is. Ik denk van wel, zij denken daar iets anders over. Zij zeggen dat het niet veel voorkomt. Ik denk dat dit komt omdat deze wet heel lang in de lucht heeft gehangen en dat het anders veel vaker was voorgekomen, maar dat men erdoor is afgeschrikt. Mijn motivatie is dat niet dynamiek in de zorg het probleem is maar juist het gebrek daaraan. Als je grote kolossen laat ontstaan, neemt die dynamiek steeds verder af. Als we nou vele toetreders hadden op de markt van zorgverzekeraars zou ik mij daar minder zorgen over maken maar ik zie ze niet. Het belangrijkste argument echter is het vertrouwen dat een verzekerde moet kunnen hebben in zijn verzekeraar. Dat vertrouwen is onvoldoende groot. Ik vind dat we dat moeten laten groeien.

**De voorzitter:**

Ik wil even weten of u hiermee alle vragen van mevrouw Bruins Slot hebt beantwoord.

**Minister Schippers:**

Nog vijf.

**De voorzitter:**

Dan wil ik toch voorstellen dat u die vijf na de lunchpauze beantwoordt.

**Minister Schippers:**

Ik doe ze heel snel.

**De voorzitter:**

Hebt u nog een procedurele opmerking, mevrouw Leijten?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ja, want dat betekent ook dat de afspraken die gemaakt zijn met de NZa dus ook later aan de orde komen?

**De voorzitter:**

Ja, natuurlijk. Er zijn vragen over gesteld.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik nodig de minister uit om dat wat ze heeft afgesproken met die topbestuurders aan ons te doen toekomen in een brief. De afspraak is gemaakt dat de oud-voorzitter en de andere bestuurder als interim-voorzitter mogen blijven werken. Ik vind dat de minister de onderliggende afspraken naar de Kamer moet sturen. Daar zit een deal onder en ik vind dat we die goed moeten kunnen beoordelen en controleren. Ik wil dat graag zo snel mogelijk kunnen bestuderen.

**De voorzitter:**

Dan kijk ik even rond om na te gaan hoe de anderen daarover denken.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

De keuze dat de top aftreedt vinden we een verstandige, maar het betreft twee mensen die in de krant staan en naar wie een onderzoek loopt terwijl de feiten nog niet bekend zijn. Ik vind het inmiddels heel ingewikkeld dat deze mensen al publiekelijk veroordeeld zijn en dat er gesproken wordt over gesloten deals. Het zijn afspraken tussen die mensen. Ik wil graag dat de minister zich daarover verantwoordt, maar zullen wij als Kamer ook het nette voorbeeld volgen en niet over deals en allerlei dingen spreken en mensen veroordelen ...

**De voorzitter:**

Dus u steunt het voorstel van mevrouw Leijten niet?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

... terwijl wij het accountantsonderzoek nog niet hebben gehad? Dus graag een verantwoording van de minister, maar ik behoef geen contracten te zien.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Het gaat om twee mensen die vrijwillig zijn afgetreden en met wie afspraken zijn gemaakt. Volgens mij is het een simpel informatieverzoek. Dus steun voor het verzoek van mevrouw Leijten.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Van harte steun voor het verzoek van mevrouw Leijten. De Kamer heeft recht op de informatie over de afspraken die de minister heeft gemaakt.

**De heer Rutte (VVD):**

Wij zitten middenin een debat waarin de minister heeft toegezegd, de informatie te zullen geven. Dat kan prima mondeling. Er is geen enkele reden waarom dat meer spoed zou hebben dan aan het eind of wanneer dan ook in de beantwoording van de minister. Geen steun dus.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Ik wacht ook rustig de antwoorden van de minister af. Verder lijkt het mij te ver gaan — wij zijn niet met een regeling van werkzaamheden bezig — om in het kader van deze wetsbehandeling daarvan hier een nummer te maken.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Voor mij geldt hetzelfde. Ik wacht de antwoorden van de minister af. Dan kunnen we altijd bekijken of we nog meer informatie willen.

**De heer Slob (ChristenUnie):**

Ik sluit mij aan bij de woorden van de heer Van der Staaij. Laat de minister eerst maar een toelichting geven, zoals zij een paar uur geleden al had toegezegd.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik sluit mij ook aan bij de woorden van de heer Van der Staaij.

**De voorzitter:**

Heeft de minister de behoefte om kort te reageren?

**Minister Schippers:**

Nee, voorzitter, het lijkt mij niet verstandig.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.09 uur tot 13.40 uur geschorst.