

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1479

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «de diagnose na 10 jaar markt»* (ingezonden 30 december 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 10 februari 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 1200.

Vraag 1

Kent u het artikel «De diagnose na 10 jaar markt» over het zorgstelsel?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat de stem en positie van de patiënt in dit stelsel, zelfs na 10 jaar, niet is versterkt? Welke verbetermogelijkheden ziet u als noodzakelijk om de positie van patiënten te versterken?

Antwoord 2

Ik heb geen passage in het artikel gevonden waarin expliciet wordt ingegaan op de positie van de patiënt (of de verzekerde). Wel wordt geconstateerd dat door het nieuwe stelsel de wachttijden in hoog tempo zijn verminderd en dat de toegankelijkheid van de zorg in Nederland voor arm en rijk zeer hoog is. Ik deel uw mening ook niet. De positie van patiënten is de afgelopen jaren aantoonbaar sterker geworden. Voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet was de positie van de patiënt ten opzichte van zorgverzekeraars en artsen zwak. In die tijd konden veel mensen niet van zorgverzekeraar wisselen en konden zij op verwijzing van hun huisarts vaak alleen naar een ziekenhuis waar ze verder geen informatie over hadden. Alleen wie particulier verzekerd was, kon kiezen. Informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg was evenmin voor patiënten beschikbaar. Mensen kunnen nu zelf kiezen voor een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Ook komt steeds meer informatie beschikbaar over de kwaliteit van de zorg die mensen helpt om een beter geïnformeerde keuze te maken en mee te beslissen over hun behandeling. Steeds meer mensen maken hier gebruik van.

¹ Volkskrant, 29 december 2015

Dit constaterende, vind ik dat we op de ingeslagen weg door moeten gaan met het inzichtelijk maken van meer informatie van behandelopties, over de kwaliteit van leven die patiënten in hun persoonlijke situatie te winnen hebben. In mijn brief «Samen beslissen» van 29 oktober 2015 (kamerstuk 32 620, nr. 169) heb ik een groot aantal maatregelen genoemd die de positie van burger in zijn rol als patiënt in dit verband nog meer zal versterken. In mijn brief met de tweede voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» van 3 december 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 172) ben ik ingegaan op de maatregelen die genomen zijn dan wel in voorbereiding zijn met betrekking tot de versterking van de positie van de burger in zijn rol als verzekerde. Tenslotte merk ik op dat ook in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg de juridische positie van de patiënten en cliënten in de gezondheidszorg reeds is versterkt. Zo is een zorgaanbieder verplicht om op verzoek van de patiënt informatie over de kwaliteit van zorg te verstrekken en wordt de aanpak en afhandeling van klachten sterk verbeterd.

Vraag 3

Deelt u de analyse in het artikel dat de kosten van de zorg onveranderd doorgroeien? Zo nee, kunt u toelichten waar deze analyse niet klopt?

Antwoord 3

Indien de uitgavengroei van de afgelopen tien jaar vergeleken wordt met de uitgavengroei in de tien jaren voor de invoering van de Zorgverzekeringswet kan geconstateerd worden dat die uitgavengroei in beide perioden gemiddeld circa 3% is. De uitgavengroei in de Zorgverzekeringswet in de jaren 2006–2011 is gemiddeld 4,2% geweest. Tussen 2011 en 2016 wordt de gemiddelde uitgavengroei geraamd op 1,9%. De hoge groei in de eerste jaren kan worden verklaard door extra uitgaven in verband met het wegwerken van wachtlijsten en de in het artikel genoemde kinderziekten. De laatste jaren is er door scherper inkoopbeleid – met name op het terrein van de medicijnen – en de hoofdlijnenakkoorden voor gezorgd dat er sprake is van een meer beheerste groei. De uitgavenontwikkeling in de afgelopen vijf jaar bevestigt het vertrouwen dat we op de goede weg zijn. Daarbij wil ik opmerken dat, gezien de demografische en technische ontwikkelingen, groei van de uitgaven aan zorg ook de komende jaren mijns inziens onvermijdelijk is. We zullen dus ook de komende jaren scherp moeten acteren op beheersing van deze uitgavengroei.

Vraag 4

Deelt u de analyse in het artikel dat dit zorgstelsel nivellerender is dan het oude stelsel? Hoeveel zorgkosten (premie en eigen risico) betalen mensen met het laagste inkomen per maand, na aftrek zorgtoeslag/compensatie zorgkosten? Hoeveel was dit onder het oude stelsel?

Antwoord 4

In het debat met de Kamer over de begroting van VWS voor 2016 heb ik gezegd dat betaalbaarheid geen ideologie is maar een voorwaarde voor een toegankelijke zorg. Omdat wij een solidair stelsel hebben is er voor de laagste inkomens de zorgtoeslag. Gemiddeld betalen de mensen met een minimum-inkomen daardoor minder dan € 40 premie per maand. Dat is inclusief het gemiddeld eigen risico. Dat is minder dan de laagste inkomens tien jaar geleden aan het ziekenfonds betaalden. Meer specifiek betalen mensen met het laagste inkomen, ondanks de forse kostenstijging, onder de Zorgverzekeringswet gemiddeld € 446 per jaar. Onder de Ziekenfondswet was dat € 544.

Vraag 5

Wat is de oorzaak dat Nederland zijn positie als koploper qua levensverwachting kwijt is? Welke gerichte actie gaat u hierop nemen? Hoe kan bijvoorbeeld de omslag worden gemaakt van investeren in ziekte en zorg, naar investeren in gezondheid en gedrag dat mensen langer gezond houdt, en bijdraagt aan kwaliteit van leven? Hoe ziet u uw regierol hierin?

Antwoord 5

De levensverwachting voor Nederlandse mannen behoort tot de hoogste van de Europese Unie (EU). Die voor vrouwen is nagenoeg gelijk aan het EU-gemiddelde. In 1970 werden Nederlandse vrouwen nog het oudst van

Europa. Zij raakten hun topositie kwijt omdat ze relatief veel rookten. We kunnen echter optimistisch zijn over de ontwikkeling van de volksgezondheid en het preventiebeleid in Nederland. Volgens de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM (2014) was de levensverwachting in Nederland gemiddeld 81 jaar in 2012. Vrouwen worden gemiddeld bijna vier jaar ouder dan mannen (82,8 versus 79,1). De levensverwachting is flink gestegen; de afgelopen 60 jaar kwam er zo'n 10 jaar bij. Vooral tussen 2002 en 2011 steeg de levensverwachting sterk: met 3 jaar. Dit is, volgens het RIVM, voor een groot deel toe te schrijven aan preventie en gezondheidszorg. Ook op andere indicatoren zien we verbetering. De babysterfte is de afgelopen jaren afgenomen. Het percentage volwassen rokers daalt. Het percentage zware drinkers stabiliseert. Voor overgewicht lijkt voornamelijk een eind te komen aan de jarenlange stijging. Daarmee onderscheiden we ons positief van andere Westerse landen.

Ik vind de percentages nog steeds te hoog. We willen de trends ombuigen: van stabilisatie naar een substantiële afname van een ongezonde leefstijl en de gevolgen daarvan. De belangrijkste gedragsdeterminanten van gezondheid zijn al jaren speerpunten van het landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. Het gaat om roken, alcohol, overgewicht, bewegen, depressie en diabetes. Voor het antwoord op uw overige vragen verwijs ik u naar de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016–2019 (Kamerstuk 32 793, nr. 204) van 4 december 2015 die ik en de Staatssecretaris naar Uw Kamer hebben gestuurd. Daarin hebben we aangegeven dat we het huidige beleid op deze speerpunten de komende jaren voortzetten. In het in deze nota genoemde Nationaal Programma Preventie (NPP) worden onder regie van de rijksoverheid diverse activiteiten gebundeld (zie www.allesisgezondheid.nl). Inmiddels zijn er meer dan 1000 (maatschappelijke) organisaties direct of indirect bij het programma betrokken. Begin 2016 ontvangt uw Kamer de jaarlijkse voortgangsrapportage van het NPP.

Vraag 6

Deelt u de analyse in het artikel dat minder machtige zorgverleners worden fijn geknepen door zorgverzekeraars? Hoe gaat u dit ongewenste effect tegen, met welk beoogd resultaat in 2016?

Antwoord 6

Uit de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II, 29 689, nr. 591) blijkt dat het machtsverwicht op de zorgmarkt verschillen laat zien: enerzijds kan de macht, zoals in het artikel wordt opgemerkt onevenredig bij grote zorgaanbieders liggen, anderzijds blijkt dat de balans tussen verzekeraars en individuele beroepsbeoefenaren kan doorslaan ten gunste van de zorgverzekeraar.

Ik heb u over het beleid dat ik daarop inzet uitgebreid geïnformeerd in de kabinetsreactie op de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 29 689, nr. 591) en in de brieven in het kader van Kwaliteit loont (brieven van 6 februari 2015, Kamerstuk 31 765, van 30 juni 2015, Kamerstuk 31 765, nr. 116 en van 3 december 2015, Kamerstuk 31 765, nr. 172) en in oktober in het kader van de afspraken met de huisartsen (brief van 5 oktober 2015, Kamerstuk 33 578, nr. 18).

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt het contracteringsproces goed in de gaten. Het doel van de door de NZa opgestelde regeling «Transparantie zorginkoopproces Zorgverzekeringswet» is het contracteerproces soepeler te laten verlopen. Deze regels bieden de veldpartijen de ruimte om het contracteerproces vorm te geven op een manier die past bij de specifieke omstandigheden waarin wordt ingekocht. De inhoud van de contracten blijft echter een civielrechtelijke aangelegenheid tussen twee private partijen. Daarnaast biedt het NZa-rapport Contracteerproces eerstelijnszorg uit oktober 2015 een overzicht welke verschillende contractvormen er in de eerstelijnszorg worden gesloten waarbinnen er ruimte is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service. Deze contractvormen kunnen mogelijk als inspiratie dienen om het contracteerproces vorm te geven.

Ik blijf het verloop van het contracteringsproces in 2016 intensief volgen.