

Vergaderjaar 2016–2017

32 772

Beleidsdoorlichting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 22

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 december 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 5 juli 2016 inzake de Kabinetsreactie op de beleidsdoorlichting «Bevordering werking van het stelsel» begrotingsartikel 2.3 (Kamerstuk 32 772, nr. 12).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 22 december 2016. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inleiding

Uw Kamer heeft vragen gesteld over het eindrapport van de beleidsdoorlichting van artikel 2.3 «Bevordering werking van het stelsel» en de kabinetsreactie op dit rapport.

Hieronder heb ik uw vragen beantwoord. Voor de leesbaarheid heb ik ervoor gekozen om de vragen te clusteren in de volgende vier onderwerpen.

1. Uitvoering van de beleidsdoorlichting.
2. Werking van het stelsel van de curatieve zorg.
3. Uitvoering wanbetalers- en onverzekerdenregelingen.
4. Overig (risicoverevening, onderzoek en de overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg).

1. Uitvoering van de beleidsdoorlichting

Kan de Minister een overzicht geven welke doelstellingen zijn bereikt en welke doelstellingen nog niet, gebaseerd op onafhankelijke informatie? (vraag 5)

Een beleidsdoorlichting heeft de vorm van een synthese-onderzoek. Daarbij wordt op basis van bestaande onderzoeken gekeken naar de effecten van gevoerd beleid.

In deze beleidsdoorlichting is – naast het functioneren van de instrumenten op artikel 2.3 – mede op basis van onderstaande evaluaties een beeld op hoofdlijnen gegeven de beleidstheorie en het functioneren van de curatieve zorg.

Daarbij is gebruik gemaakt van recente evaluaties (inclusief de kabinetsreactie):

- de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 545);
- de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) uit 2014 (Kamerstuk 25 268, nr. 87);
- de evaluatie van het Zorginstituut uit 2014 (Kamerstuk 25 268, nr. 99);
- de evaluatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit 2014 (Kamerstuk 25 268, nr. 87);
- het rapport van de commissie Borstlap uit 2014 (Kamerstuk 25 268, nr. 87);
- de evaluatie van Wanbetalersregeling uit 2011 (Kamerstuk 31 736, nr. 16);
- de evaluatie van de wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz) uit 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 545).

In de kabinetsreactie op de doorlichting (Kamerstuk 32 772, nr. 12) heb ik de evaluaties van de Zvw en Wmg en maatregelen die daarop volgden in hoofdlijnen beschreven. Tevens heb ik stilgestaan bij maatregelen in het kader van de brieven «Jaar van de transparantie» en «Kwaliteit loont».

Voor de doelstellingen die al wel en die nog niet gehaald zijn en de uitgebreide reactie op de evaluaties/rapporten waarin deze stonden, verwijs ik u naar deze kabinetsreacties en brieven.

Er zijn vragen gesteld over het waarborgen van de onafhankelijkheid van de beleidsdoorlichting en naar de betrokkenheid van de heer Schutz. (vragen 1, 35, 41 t/m 43)

Op grond van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek dient bij de beleidsdoorlichting minimaal één onafhankelijke deskundige betrokken te worden. Met de term onafhankelijke deskundige wordt iemand bedoeld die inhoudelijk deskundig is, maar geen verantwoordelijkheid draagt voor het te onderzoeken beleid, of in de onderzochte periode verantwoordelijkheid heeft gedragen voor het te onderzoeken beleid. Voor deze

doorlichting is de heer Schutz gevraagd om als onafhankelijke deskundige op te treden. De heer Schutz voldeed aan deze bovengenoemde criteria. Dat de heer Schutz in 2014 als medewerker van BoerCroon betrokken is geweest bij de evaluatie van het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) maken de heer Schutz en BoerCroon niet verantwoordelijk voor het onderzochte beleid.

Er is een vraag gesteld waarom deze beleidsdoorlichting zelfstandig door VWS is uitgevoerd en of ik voornemens ben de volgende beleidsdoorlichting door een onafhankelijke externe partij te laten uitvoeren. Tevens is gevraagd of ik verbeteringen mogelijk zie. (vragen 2, 3, 4 en 35)

VWS heeft besloten deze doorlichting zelfstandig uit te voeren. Daarbij kon de kennis en inzet van de beleidsmedewerkers optimaal en doelmatig worden aangewend. Dit geldt ook voor samenstelling van de begeleidingscommissie. Hierin namen vanuit VWS de afdelingshoofden van de betrokken beleidsmedewerkers, één medewerker van de directie Financieel economische zaken en de projectleider van de doorlichting deel. Tevens had een medewerker van de Inspectie der Rijksfinanciën van het Ministerie van Financiën zitting in de begeleidingscommissie. Per beleidsdoorlichting maak ik de afweging of deze door het Ministerie van VWS zelf of door een externe partij wordt uitgevoerd. Daarbij wordt gekeken naar de aard en omvang van het onderzoek en de beschikbaarheid van capaciteit van medewerkers. Deze doorlichting voldoet naar mijn mening aan de eisen die zijn gesteld in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek. Ik zie daarom geen verbetering mogelijk in de aanpak zoals bij deze beleidsdoorlichting gekozen is.

Kan een meer uitgebreide toelichting worden gegeven op de selectie van partijen en personen die hebben meegewerkt aan de beleidsdoorlichting? Waarom is gekozen voor slechts één onafhankelijk deskundige? (vraag 35)

De Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek bepaalt dat er ten minste één onafhankelijk deskundigen betrokken wordt bij de beleidsdoorlichting. Gezien de beperkte scope van deze doorlichting en de extra kosten van inhuur van een tweede of derde onafhankelijke deskundige vond ik het onnodig meerdere onafhankelijke deskundigen bij deze doorlichting te betrekken.

Aan welke externe partijen is het onderzoek ter consultatie voorgelegd? (vraag 21)

Zoals in het eindrapport van de doorlichting is vermeld, zijn met het Zorginstituut, het Centraal Justitieel Incassobureau, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering interviews gehouden of consultatiegesprekken gevoerd. Deze partijen zijn direct betrokken bij de uitvoering van de wanbetalers- en onverzekerdenregeling. De relevante teksten zijn aan de genoemde organisaties gestuurd voor een check op de feiten en eventuele aanvulling wanneer sprake zou zijn van een ommissie in de tekst. In de bijlage 7 van de beleidsdoorlichting is een overzicht van de betrokken organisaties opgenomen.

Waarom was het formuleren van 20%-varianten en de gestelde voorwaarden niet eenvoudig voor dit begrotingsartikel? (vraag 18)

Op grond van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek dienen de 20%-besparingsvarianten daadwerkelijke besparingen op te leveren. Dit betekent dat de besparingsvarianten moeten voldoen aan de kabinetsafpraak dat tijdens een zittend kabinet het inkomsten- en uitgavenkader

alsmede het EMU-saldo ongewijzigd blijven. Bovendien dienen de maatregelen te passen binnen de huidige begrotingsregels. Besparingsvarianten op de VWS-begroting die leiden tot een stijging van de zorgpremie betekenen een lastenverzwaring voor de burger. Dergelijke besparingsvarianten voldoen daardoor niet aan de afspraken over het ongewijzigd laten van inkomsten- en uitgavenkaders.

Kan uitgelegd worden wat met de term globaal wordt bedoeld? (vraag 34)

Met «globaal» wordt hier bedoeld «op hoofdlijnen».

2. Werking van het stelsel van de curatieve zorg

Kan de Minister aangeven op basis van welke punten zij de conclusie trekt dat de werking van het stelsel verder is verbeterd? Kan de Minister hiernaast aangeven welke aandachtspunten zij het meest van belang acht om dit nog verder te verbeteren? (vraag 33)

De algemene conclusie dat de werking van het huidige stelsel van de curatieve zorg verder is verbeterd steunt op recente evaluaties van de Zvw, Wmg, Zorginstituut en NZa.

Zo blijkt uit de evaluatie van de Zvw onder andere dat er op de verzekeringsmarkt geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars; wordt er goed invulling gegeven aan de acceptatieplicht en is er geen risicoselectie waarneembaar.

Bij de evaluatie van de Wmg¹ is gekeken naar de tarief- en prestatieregulering, het markttoezicht en toezicht op de uitvoering van de Zvw en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De onderzoekers komen tot het oordeel dat het wettelijk instrumentarium afdoende is, maar dat in de toepassing door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verbeterlagen mogelijk zijn bijvoorbeeld door het toezicht meer *principle based* in plaats van *rule based* vorm te geven.

Daarnaast wordt het markttoezicht (zorgspecifieke fusietoets en het aanmerkelijke marktkracht instrumentarium) overgeheveld naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM) om het markttoezicht in de zorg te versterken.

De doorlichting geeft aan dat de evaluaties het beeld schetsen dat het huidige zorgstelsel waarbij keuzevrijheid leidt tot goede zorg voor een betaalbare prijs onder randvoorwaarden (zoals de verzekerings-, zorg- en acceptatieplicht) in de praktijk zijn vruchten begint af te werpen. Ik onderschrijf de algemene conclusie dat het stelsel verder is verbeterd, maar dat verdere verbeteringen mogelijk zijn zoals het meer transparant maken van de kwaliteit en de kosten van zorg, het verder doorontwikkelen van het risicovereveningsmodel, de verbetering van de wanbetalersregeling en de positionering en de werkwijze van de NZa.

Waarop is gebaseerd dat verzekeraars een goede invulling geven aan de acceptatieplicht en er geen risicoselectie waarneembaar is? (vraag 7)

Uit de hierboven genoemde evaluatie van de Zvw blijkt dat risicoselectie via collectiviteiten niet plaatsvindt. Dit komt overeen met bevindingen van de NZa. De NZa concludeerde in 2014 dat het inzetten van gelegenheidscollectiviteiten om een acceptatiebeleid te kunnen toepassen voor doelgroepen op dit moment niet voorkomt.

¹ Kamerstuk 25 268, nr. 87

Ook in 2016 concludeert de NZa in haar onderzoek naar risicoselectie² dat er geen doelbewuste acties van verzekeraars zijn om bepaalde risicogroepen te selecteren of te weren. Wel is er segmentatie ontstaan door een samenspel van productdifferentiatie door verzekeraars en zelfselectie van verzekerden. De NZa ziet potentiële mogelijkheden voor selectie via de aanvullende verzekering, het vrijwillig eigen risico, intermediairs, collectiviteiten en polissen met beperkende voorwaarden. Voor deze instrumenten geldt dat er een spanningsveld is, omdat ze wel toegevoegde waarde hebben voor de algemene werking van de zorgverzekeringsmarkt. Daarom hebben deze instrumenten mijn voortdurende aandacht.

Welke onderzoeken zijn er gedaan naar de mate van toegankelijkheid van het huidige stelsel? (vraag 12)

In Nederland is iedereen die hier ingezetene is of werkt, verzekerd tegen zorgkosten: burgers zijn verplicht zich te verzekeren, verzekeraars zijn verplicht hen te accepteren. Voor wie de zorgkosten naar rato van zijn inkomen hoog zijn, is er een zorgtoeslag om hen te ondersteunen bij het betalen van de premie. Voor mensen die bijvoorbeeld als gevolg van een chronische aandoening langdurige hoge kosten maakt als gevolg daarvan, hebben gemeenten de mogelijkheid om deze personen tegemoet te komen met maatwerkvoorzieningen. Wachttijden dienen binnen de treeknormen te blijven en indien dat niet het geval is, mag een verzekerde zijn verzekeraar aanspreken op zijn zorgplicht: de zorg moet binnen een redelijke termijn, op een redelijke afstand geleverd kunnen worden. Bovendien dient iedereen voor spoedeisende zorg binnen bepaalde normtijden behandeld te kunnen worden.

Of deze wettelijke kaders in de praktijk voldoende worden geborgd, wordt op diverse manieren getoetst. De NZa houdt toezicht op het naleven van de acceptatie- en zorgplicht door zorgverzekeraars. Zij bezien of verzekerden worden geaccepteerd voor een verzekering (zie ook antwoord hierboven) en of zij voldoende snel toegang hebben tot zorg. Via de zogenoemde Marktscans rapporteert de NZa hier periodiek over, veelal sectorgewijs.

Ook de betaalbaarheid van het stelsel wordt gemonitord via de koopkrachtberekeningen in de jaarlijkse CPB-analyses en begrotingen. Na tien jaar Zvw betaalt iemand op minimumniveau minder aan premie dan in de ziekenfondstijd, doordat verzekeraars concurreren om betaalbare premies en de zorgtoeslag compenseert voor lage inkomens. Doordat de systematiek van verrekenen anders is (het wordt nu niet verrekend voordat het bij de burger komt) is de beleving anders. Mensen ervaren hogere zorgkosten, terwijl ze voor grote groepen toch zijn gedaald.

Er zijn verscheidene internationale onderzoeken die, onder andere, onderzoek doen naar de toegankelijkheid van zorg op basis van verscheidene indicatoren. De meest recent uitgekomen rapporten zijn de International Health Policy Survey van het Commonwealth Fund (16 november jl.) en de Health at a Glance van de OECD (23 november jl.). Uit deze onderzoeken komt naar voren dat de wachttijden voor planbare chirurgie (cataract, knie- en heupvervangings) in Nederland het laagst zijn van Europa, dat de toegang tot de huisarts en medisch specialist, ook buiten kantooruren, erg goed is en dat er in internationaal perspectief niet tot nauwelijks zorg wordt gemeden.

² Kamerstuk 29 689, nr. 769

Is de Minister voornemens om de prikkel van het eigen risico op zorggebruik te versterken, bijvoorbeeld door de transparantie over tarieven te vergroten? Zo ja, hoe wil zij dit aanpakken? (vraag 30)

Zoals eerder aangegeven vind ik meer inzicht en in de kosten en kwaliteit van de zorg van groot belang. Het is belangrijk dat mensen vooraf inzicht hebben in de financiële gevolgen die een behandeling met zich meebrengt. Hoe meer transparantie er is, hoe beter mensen een afweging kunnen maken bij het maken van een keuze tussen verschillende aanbieders.

Inmiddels hebben een aantal zorgverzekeraars en een zorgaanbieder inzage gegeven in de tarieven voor een aantal verrichtingen van ziekenhuiszorg (tot het maximale eigen risico). Ik juich deze initiatieven toe en wil partijen aansporen gebruik te maken van de hun ten dienste staande mogelijkheden om die transparantie in de kosten te bieden. Hoe meer transparantie geboden wordt, des te meer kan de verzekerde bepalen of en zo ja welke invloed de kosten van een bepaalde behandeling heeft op zijn of haar eigen risico.

Dit kan daardoor mede een prikkel vormen voor het zorggebruik. Ik ben daar meer uitgebreid op ingegaan in mijn brief van 3 november jl. inzake prijstransparantie in de ziekenhuiszorg.³

Gaat de Minister actie ondernemen om het beeld dat verzekeraars ouderen of chronisch zieken niet willen accepteren voor de aanvullende verzekering wegnemen? (vraag 22)

Ik heb vorig jaar laten monitoren op welke wijze zorgverzekeraars nieuwe verzekerden werven. Dit heeft geleid tot de monitor overstapeseizoen 2015 – 2016⁴. Deze monitor laat zien dat er slechts bij 2% van de aanvullende polissen sprake is van medische selectie. Dit percentage is de afgelopen jaren fors gedaald van 42% in 2012 naar 2% in 2016.

Ik heb partijen hierover geïnformeerd en met name consumenten- en patiëntenorganisaties gevraagd om hun achterban hierop te attenderen. Ook is het meegenomen in de voorlichtingsactiviteiten vanuit het Ministerie van VWS, waarbij voorlichtingsteams markten en beurzen bezochten om vragen te beantwoorden.

Gaat de Minister actie ondernemen om ervoor te zorgen dat de zorginkoopmarkt beter gaat functioneren, waardoor de selectieve inkoop beter van de grond komt? (vraag 22)

Dat soort acties heb ik al regelmatig ondernomen en zal ik ook blijven doen. De acties die in de evaluatie van de Zvw zijn opgenomen zijn door mij uitgevoerd of er wordt aan gewerkt. Soms is dat in een gewijzigde vorm, maar dat is inherent aan een dynamische sector. Drie voorbeelden ter illustratie. Zo zijn ter vervanging van het aanpassen van artikel 13 van de Zvw 21 acties ingezet die ik heb beschreven in de brief «Kwaliteit Loont».⁵ Ik heb u over de voortgang van deze actie recent geïnformeerd⁶. Ook op het terrein van kwaliteit heb ik actie ondernomen. Ik schreef u daarover in mijn brief over de resultaten van het jaar van de transparantie⁷. Ook heb ik de beleidscyclus een deel vervroegd⁸ waardoor eerder bekend is wat de veranderingen in de bekostiging zijn en de financiële

³ Kamerstuk 32 620, nr. 181

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 689

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 116

⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 247

⁷ Kamerstuk 32 620, nr. 168

⁸ Kamerstukken 29 689 en 29 248, nr. 695

ruimte, zodat verzekeraars meer tijd hebben om zich te richten op de inkoop.⁹

Wat is de reactie van de Minister op de constatering dat er een disbalans is in het machtsevenwicht op de zorginkoopmarkt? (vraag 24)

De constatering dat er een disbalans is in het machtsevenwicht op de zorginkoopmarkt is gedaan in de evaluatie van de Zvw in 2014. Het onderzoek van iBMG over machtsverhoudingen binnen de zorg («goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen») is gepubliceerd begin 2016 en geeft een actueler beeld van de huidige situatie. Dit onderzoek is niet in mijn opdracht gedaan, maar het bevestigt voor mij het beeld dat de disbalans sterk afhankelijk is van de sector en de lokale situatie. Afhankelijk van de reden heb ik gekeken wat nodig is aan acties.

Voor de huisartsen en andere eerstelijnsaanbieders heb ik bijvoorbeeld gekeken naar de mate waarin «tekenen bij het kruisje» voorkomt en naar de administratieve lasten. Soms zijn ook wettelijke maatregelen nodig. Zoals ik in mijn brief «Kwaliteit Loont» heb aangekondigd, neem ik maatregelen om het markttoezicht op de zorg te versterken. Met het wetsvoorstel «Herpositionering taken NZa en deregulering»¹⁰, dat ik dit voorjaar naar de uw Kamer heb gestuurd, wordt het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg overgeheveld van de NZa naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en wordt het toezicht aangescherpt. Ook krijgt de ACM een aanzienlijke uitbreiding van de capaciteit voor haar taken in de zorg. De ACM investeert in meer kennis en expertise van de zorg en doet bijvoorbeeld onderzoek naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt, de effecten van fusies, andere methoden om fusies te beoordelen en naar de reisbereidheid van patiënten.

Op basis waarvan is geconstateerd dat er op de verzekeringsmarkt geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars? (vraag 6 en 38)

De hierboven genoemde evaluatie van de Zvw geeft aan dat er geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars. Verzekerden zijn vrij om voor een polis te kiezen en moeten voor de basisverzekering door de verzekeraar worden geaccepteerd. Het aanbod van polissen is dusdanig ruim dat er voor iedereen een goed aanbod is. De NZa heeft zoals hierboven ook aangegeven recent onderzoek gedaan naar risicoselectie¹¹ en concludeert dat er geen doelbewuste acties van verzekeraars zijn om bepaalde risicogroepen te selecteren of te weren.

Hoe wil de Minister de transparantie en kwaliteit van het zorgaanbod verbeteren? Wat schiet er volgens de Minister nu tekort? (vraag 10)

Het is mijn ambitie dat iedere patiënt voor elke vraag in elke fase van de behandeling relevante informatie kan vinden of krijgt aangereikt. Dit is ook een belangrijk onderdeel van de zogenaamde kwaliteits- en doelmatigheidsagenda waarover ik met betrokken partijen afspraken heb gemaakt in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Om dit te bereiken is in 2015 een omvangrijk plan gelanceerd voor de medisch specialistische zorg waarbij het Kwaliteitsinstituut als aanjager voor patiëntgericht informeren fungeert voor de gehele sector en de voortgang stimuleert en monitort.

⁹ Kamerstukken 29 689 en 29 248, nr. 695

¹⁰ Kamerstuk 34 445

¹¹ Kamerstuk 29 689, nr. 769

Ik schreef u hierover in mijn brief «Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda Medisch Specialistische Zorg».¹²

Ik heb u mijn brief «Resultaten van het Jaar van de transparantie»¹³ van 22 april 2016 hierover nader geïnformeerd. Met de resultaten uit het jaar van de transparantie zijn we er nog niet. Er is nog een flinke inspanning nodig om deze ambitie volledig te realiseren. Ik heb daarom voor de komende jaren € 5 miljoen aan subsidies beschikbaar gesteld. Dit jaar (2016) voor informatie te behoeve van de besluitvorming tussen de patiënt en zijn zorgverlener en in 2017 voor informatie die antwoord geeft op de vragen van de patiënt over hoe zijn of haar leven eruit ziet na de behandeling, zoals kan ik weer een gewoon leven leiden? Heeft de behandeling invloed op mijn werk, op mijn relatie? Over het belang van inzicht in uitkomsten die voor patiënten relevant zijn, en de rol van kwaliteitsregistraties daarbij, schreef ik u in mijn brief «Beleidsprioriteiten Informatievoorziening en ICT».¹⁴

Waarom wordt gesteld dat herpositionering zal bijdragen aan de rolvastheid van de NZa en aan verduidelijking in de rolverdeling tussen VWS en de NZa? Om welke onduidelijkheid gaat het hier en welke maatregelen treft de Minister precies? (vraag 14)

Uit de twee evaluaties van de Wmg¹⁵ blijkt dat de huidige combinatie van taken, zowel beleidsrijke regulering als toezicht, het lastig maakt voor de NZa om een duidelijke positie en een helder profiel als onafhankelijke toezichthouder te verwerven. De reguleringstaak van de NZa vergt afstemming en samenwerking met de zorgsector en het departement, terwijl de toezichts- en uitvoeringsrol van de NZa juist afstand en onafhankelijkheid ten opzichte van de sector en het departement vereist. Om deze ongewenste situatie te doorbreken, zal voortaan niet de NZa, maar ik als Minister van VWS de reguleringskaders vaststellen. De regering verwacht dat de knip in reguleringstaken tussen VWS en de NZa er in de praktijk aan bijdraagt dat de NZa een onafhankelijke rol ten opzichte van VWS en de zorgsector kan innemen. Binnen de kaders die VWS heeft gesteld, kan de NZa zelf uitvoering aan de VWS-regels geven (gebonden uitvoering). Met de voorgestelde knip komt de regering tegemoet aan twee knelpunten die Andersson Elffers Felix (AEF) in het evaluatierapport over de Wmg en de NZa heeft vastgesteld over de huidige taakverdeling op het gebied van regulering. Dit betreft een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering en een diffuse sturingsrelatie tussen VWS en de NZa. Doordat de NZa een onafhankelijke positie kan innemen, is zij beter in staat zich te profileren als robuuste en onafhankelijke autoriteit.

Kan de Minister de bewering dat de herpositionering van de NZa zal bijdragen aan de rolvastheid van de NZa met feiten of behaalde resultaten onderbouwen? (vraag 15)

Het wetsvoorstel «Herpositionering taken NZa en deregulering» ligt momenteel bij uw Kamer, er zijn dus nog geen behaalde resultaten. De regering heeft zich bij haar keuze gebaseerd op het rapport van de Commissie Borstlap en de evaluaties van de Wmg en de NZa door AEF.

¹² Kamerstuk 29 248, nr. 294

¹³ Kamerstuk 32 620, nr. 168

¹⁴ Kamerstuk 27 529, nr. 142

¹⁵ Kamerstukken 29 689 en 32 123 XVI, nr. 282 en Kamerstuk 25 268, nr. 87

Welke geformuleerde onderzoeksvragen zijn bij de evaluatie van de Zvw door het ministerie geschrapt? (vraag 11)

VWS heeft bij de evaluatie van de Zvw geen onderzoeksvragen geschrapt.

Welk onderzoek is er gedaan naar de uitvoeringskosten van het huidige stelsel? (vraag 13).

VWS heeft geen specifieke onderzoeken uitgevoerd naar de uitvoeringskosten van het huidige stelsel.

3. Uitvoering wanbetalers- en onverzekerdenregelingen

Waarom verloopt de uitvoering van de wanbetalers- en onverzekerdenregeling over het algemeen goed? (vraag 19)

De wanbetalersregeling kent een preventieve werking en zorgt ervoor dat wanbetalers aangespoord worden om contact op te nemen met hun zorgverzekeraar en werk te maken van hun betalingsachterstand. Deze regeling zorgt er dankzij bijzondere incasso-bevoegdheden ook voor dat een deel van de premie wordt geïnd waar dit vroeger niet gebeurde. In die zin werkt de wanbetalersregeling goed. Daarnaast is in het rapport Evaluatie Zorginstituut Nederland¹⁶ geconstateerd dat de uitvoering rechtmatig verloopt en er belangrijke verbeteringen zijn doorgevoerd in de ICT. Een punt van aandacht zijn de bevindingen van de Nationale ombudsman (rapport «Zorgen voor de toekomst», 27 september 2016) die voor een deel ook samenhangen met de problemen in de ICT in eerdere jaren (voor de doorgevoerde verbeteringen). Het Zorginstituut heeft de aanbevelingen van de Ombudsman ter harte genomen en concrete acties ondernomen.

In het rapport van de evaluatie van de onverzekerdenregeling¹⁷ is geconcludeerd dat de onverzekerdenregeling in hoge mate doeltreffend en doelmatig is.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Wet Ovoz) (2011) zijn tot en met 2015 400.266 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtigen. Het grootste gedeelte hiervan (372.055) heeft vervolgens actie ondernomen door zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (218.697) of te betwisten dat zij Wlz-verzekerd zijn (153.358).

Aantal onverzekerden per jaar per 31 december:

	2011	2012	2013	2014	2015
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	47.458
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	54.480
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	29.454	22.432

In 2015 is een datafilter ingesteld waardoor buitenlandse studenten die hier uitsluitend om studieredenen zijn niet meer onnodig worden aangeschreven. De daling die in 2015 is opgetreden is hiervan een gevolg.

¹⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 545

¹⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 545

Kan de Minister aangeven of, en zo ja welke extra maatregelen zij zal nemen om het aantal wanbetalers te verminderen en wanbetaling te voorkomen? (vraag 40, 20)

Het aantal wanbetalers in de zorg is op dit moment aan het afnemen. Eind 2014 vielen ruim 325.810 mensen onder de wanbetalersregeling. Dit is gedaald naar 290.519 op 1 augustus 2016. Ik heb u hierover ook bericht in de verzekerdenmonitor 2016¹⁸. De daling is een direct effect van de «Wet verbetering wanbetalersmaatregelen». Dat komt vooral doordat twee zorgverzekeraars de mogelijkheden uit de nieuwe wet intensief gebruiken om regelingen te treffen met wanbetalers. Ik heb de andere zorgverzekeraars opgeroepen dit goede voorbeeld te volgen.

Is de Minister van plan om het risico op de toename van het aantal wanbetalers te volgen? (vraag 26)

Ik houd het aantal wanbetalers nauwlettend in de gaten.

Klopt het dat het aantal wanbetalers de afgelopen jaren is gestegen? (vraag 39, 20)

Het aantal wanbetalers is gestegen van 303.528 eind 2011 tot 325.810 eind 2014 en is daarna gedaald naar 290.519 op 1 augustus 2016.

In welke 35 gemeentes wonen de meeste wanbetalers? (vraag 28)

In de onderstaande tabel vindt u de top 35 gemeenten in 2014¹⁹.

gemeente	Aantal	gemeente	Aantal
Rotterdam	16.350	Schiedam	1.700
Amsterdam	15.170	Maastricht	1.670
's-Gravenhage	11.340	Sittard-Geleen	1.590
Utrecht	3.820	Apeldoorn	1.550
Eindhoven	3.460	Lelystad	1.540
Tilburg	3.430	Emmen	1.460
Almere	3.320	Zoetermeer	1.440
Nijmegen	2.400	Amersfoort	1.420
Arnhem	2.370	Leiden	1.410
Dordrecht	2.370	Helmond	1.300
Breda	2.250	Venlo	1.300
Groningen	2.220	Delft	1.290
Heerlen	2.110	Zwolle	1.170
Enschede	2.070	Vlaardingen	1.170
Zaanstad	2.010	Deventer	1.090
Haarlem	1.960	Haarlemmermeer	1.090
Leeuwarden	1.910	Kerkrade	1.070
's-Hertogenbosch	1.740		

Waarom is het niet realistisch om een streefwaarde te bepalen voor de wanbetalers- en onverzekerdenregeling? (vraag 16, 17, 19, 25, 36 en 37)

Zoals ik in de Kabinetsreactie heb aangegeven zal ik in overleg treden met het Ministerie van Financiën en het Zorginstituut (straks het CAK) om te onderzoeken welke streefwaarden voor beide regelingen mogelijk zijn. Deze streefwaarden zullen niet gericht zijn op het aantal wanbetalers en onverzekerden, maar op het proces van de uitvoering.

¹⁸ Kamerstuk 33 077, nr. 16

¹⁹ De cijfers zijn afkomstig van het CBS:

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/42/wanbetalers-zorgverzekering-2014-naar-gemeente>

Zoals ik heb aangegeven tijdens het debat van 15 april 2016 over de «Wet verbetering wanbetalersmaatregelen» is het aantal wanbetalers van vele factoren afhankelijk. Een hard streefgetal kan ik niet noemen. Wel verwacht ik dat met de maatregelen uit de bovengenoemde wet het aantal wanbetalers met enige tienduizenden kan dalen. Deze daling is inmiddels ingezet.

Ik verwacht dat dit zich de komende jaren zal voortzetten.

Eind 2015 waren er 13.476.957 Zvw-verzekerden boven de 18 jaar; het percentage onverzekerden is 0,16%.

Wanneer zal de Kamer de volgende evaluatie van de wanbetalersregeling ontvangen? (vraag 29)

De volgende evaluatie van de wanbetalersregeling is opgenomen in de «Wet verbetering wanbetalersmaatregelen» en is gesteld op drie jaar na inwerkingtreding van die wet. Deze evaluatie zal begin 2019 worden voorbereid.

Waarom is de projectsubsidie aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) niet afzonderlijk geëvalueerd? (vraag 27)

De waarde van een evaluatie is beperkt. De SKGZ heeft een subsidie om activiteiten te ontplooiën om mensen te wijzen op hun verzekeringsplicht en de gevolgen van het niet verzekeren of het niet betalen van de zorgpremie, onder meer door uitleg van de onverzekerden- en wanbetalersregeling. Ieder jaar worden hiervoor prestatieafspraken gemaakt. Het Ministerie van VWS beoordeelt aan de hand van de afgesproken prestatie-indicatoren of de SKGZ aan de prestatieafspraken heeft voldaan.

4. Overig

Risicovereveningsmodel

In welke mate is het risicovereveningsmodel verbeterd en naar welk niveau streeft de Minister? (vraag 8)

In de onderzoeken die worden gedaan voor de risicoverevening, wordt naar tal van statistische maatstaven gekeken om de verbeteringen van modellen kwantitatief te kunnen beoordelen. Ik streef echter niet naar bepaalde waarden daarvoor. Waar het mij om gaat, is dat de doelen van de risicoverevening zo goed mogelijk worden gerealiseerd: het borgen van het gelijke speelveld tussen verzekeraars, het tegengaan van risicoselectie en het bevorderen van de doelmatigheid.

De risicoverevening is ook niet het enige instrument dat ingezet kan worden om deze doelen te realiseren. Daarnaast is het goed om in gedachte te houden dat met de risicoverevening geen «perfectie» wordt nagestreefd, waarbij 100% van de kostenverschillen tussen verzekeraars goed zouden worden voorspeld en gecompenseerd. Dat zou namelijk betekenen dat verzekeraars ook worden gecompenseerd voor praktijkvariatie en andere doelmatigheidsverschillen en staat haaks op het streven om de doelmatigheid te bevorderen.

Jaarlijks informeer ik uw Kamer in juni over de verbeteringen die ik het volgende jaar in de risicovereveningsmodellen wil doorvoeren. Daarin geef ik – om concreet te maken in welke mate de risicoverevening verbetert – ook aan wat het resultaat is van die modelverbeteringen, bijvoorbeeld voor de herverdeling van gezonde naar ongezonde verzekerden. Zo stijgt die volgend jaar naar bijna € 15 miljard, oftewel 38% van

de totaal geraamde uitgaven. In 2006 was dit nog € 5 miljard en 26% en in 2015 ruim € 12 miljard en 33%.²⁰

Hoe wil de Minister de voorspelkracht van het risicovereveningsmodel verbeteren? (vraag 9)

Voor het verbeteren van de voorspelkracht van de risicovereveningsmodellen is gedegen onderzoek nodig. Op 16 september 2016 heb ik uw Kamer geïnformeerd over het meerjarige onderzoeksprogramma voor de risicoverevening²¹. Daarin heb ik de volgende prioriteiten vastgesteld voor het onderzoeksprogramma:

- Doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
- Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
- Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ en
- Meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

In bijlage 2 bij bovengenoemde brief is het volledige onderzoeksprogramma opgenomen, waarin per onderzoek kort is toegelicht welke potentiële verbeteringen worden onderzocht. Zoals ik in die brief al heb toegezegd, zal ik u in juni 2017 informeren over de uitkomsten van de onderzoeken die komend jaar tot afronding komen.

Onderzoeksgelden

Gaat de Minister bij de onderzoeksinstituten afspraken maken om onderzoeksruimte binnen de programma's te reserveren voor flexibele inzet van middelen? (vraag 31)

Daar waar mogelijk zal aangesloten worden bij (meerjarige) onderzoeksprogramma's van bestaande onderzoeks- en kennisinstituten zoals ZonMw en Nivel. Zoals in de beleidsdoorlichting is vermeld, is dit alleen mogelijk voor te «programmeren» onderzoeken. De ad hoc specifieke onderzoeksvragen kunnen gezien de tijdsdruk niet in een meerjarig onderzoeksprogramma van deze onderzoeks- en kennisinstituten worden opgenomen.

Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg

Wat is het streven van de Minister voor het in loondienst gaan van medisch specialisten? (vraag 32)

Afgelopen juli heb ik u met mijn brief «Governance in de zorgsector»²² geïnformeerd over mijn visie aangaande de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis. Ik vind het belangrijk dat (financiële) gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten en ziekenhuisbesturen wordt bevorderd. Dat is van belang voor goede en doelmatige patiëntenzorg. Met de invoering van integrale bekostiging zijn in veel ziekenhuizen de maatschapstructuren vervangen door een samenwerkingsmodel tussen de verschillende beroepsgroepen. Vanwege potentiële risico's in het samenwerkingsmodel, zoals versnippering, beperkte betrokkenheid of concurrentie tussen het msb en het ziekenhuis, beschouw ik het samenwerkingsmodel nadrukkelijk als een tussenstap naar gelijkgerichtheid. Ik streef zodoende naar een doorontwikkeling van dit samenwerkingsmodel. Ofwel naar een model waarin specialisten in loondienst van het

²⁰ Kamerstuk 29 689, nr. 725

²¹ Kamerstuk 29 689, nr. 766

²² Kamerstuk 32 012, nr. 39

ziekenhuis zijn ofwel naar een model waarin medisch specialisten participeren in het bestuur van het ziekenhuis, met verdeling van zowel zeggenschap als risico's. Ik ben van mening dat zowel voorgenoemd loondienstmodel als participatiemodel betere condities scheppen voor gelijkgerichtheid en zodoende goede en doelmatige patiëntenzorg. Ik heb geen nadrukkelijke voorkeur voor één van deze twee modellen, het gaat om het resultaat: gelijkgerichtheid. Ik roep ziekenhuizen en medisch specialisten op om hierin te blijven investeren en daarbij het loondienstmodel en participatiemodel als stip op de horizon niet uit het oog te verliezen.