

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

474

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Zorg moet fundamenteel anders volgens «coronaminister» Hugo de Jonge: «Regie terug bij overheid»»* (ingezonden 19 juni 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Minister voor Medische Zorg (ontvangen 15 oktober 2020).
Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 3491.

Vraag 1

Deelt u de mening dat de coronacrisis aantoont dat de zorg goed zonder markt kan? Kunt u uw antwoord toelichten?¹

Antwoord 1

De coronacrisis heeft ons allereerst laten zien dat gezondheid, sociaal contact en welbevinden basisbehoeften zijn voor iedere Nederlander. In de beleidsagenda (paragraaf 2.1.) zijn we ingegaan op wat de ervaringen van de coronacrisis ons hebben geleerd over hoe ons stelsel functioneert in tijden van abrupte en grote schaarste. Deze ervaringen zullen we samen met de bestuurlijke en praktische ervaringen, zoals in de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek, betrekken bij de discussienota «Zorg voor de toekomst» (voorheen: contourennota) die we voor de begrotingsbehandeling naar de Kamer sturen.

Vraag 2

Deelt u de mening dat de invoering van marktwerking in de zorg gefaald heeft? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2

Ik heb vaker gezegd dat we voor elk segment van gezondheidszorg steeds naar de optimale balans zoeken tussen enerzijds de publieke randvoorwaarden die aan de zorg worden gesteld en anderzijds de positieve prikkels in de verschillende onderdelen in ons zorgstelsel. Daarbij is het zo dat we meer

¹ AD, 13 juni 2020, «Zorg moet fundamenteel anders volgens «coronaminister» Hugo de Jonge: «Regie terug bij overheid»» (<https://www.ad.nl/politiek/zorg-moet-fundamenteel-anders-volgens-coronaminister-hugo-de-jongeregief-terug-bij-overheid-abae1330/>)

moeten inzetten op samenwerking tussen zorginstellingen, over de domeinen heen en in de regio.

Vraag 3

Kunt u de opmerking «en daar waar de financiering erop gericht is om te concurreren, moet dat anders worden geregeld», toelichten? Wat heeft u precies in gedachten?

Antwoord 3

Zoals ik in het interview met het AD aangaf, moeten wat mij betreft alle soorten zorg verregaand (blijven) samenwerken, domeinoverstijgend en in de regio. Dat is nodig om nu en in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen gegeven de toenemende schaarste aan mensen en middelen. Er is al veel mogelijk binnen het huidige stelsel, maar de praktijk wijst ook uit dat partijen in de samenwerking soms knellende kaders ervaren, bijvoorbeeld door de wijze waarop de bekostiging en financiering geregeld zijn. Een goed voorbeeld betreft de wijkverpleging, waar we ondertussen afspraken hebben gemaakt over de contractering van gezamenlijke initiatieven van niet-planbare nachtzorg en het meer als één team van zorgprofessionals samen werken in de wijk. Ook heb ik de NZa gevraagd om vanuit dit perspectief voorstellen te doen voor een verbeterde bekostiging van de wijkverpleging.

Vraag 4

Hoe gaat u de samenwerking tussen zorgverzekeraars structureel maken? Deelt u de mening dat iedere Nederlander dezelfde polis zou moeten hebben?

Antwoord 4

Iedereen in Nederland is verplicht verzekerd voor een basispakket aan zorg en voor verzekeraars geldt een acceptatieplicht. Ik vind niet dat iedere Nederlander exact dezelfde polis zou moeten hebben, omdat ik ook belang hecht aan het feit dat mensen kunnen kiezen voor een polis en dat dit »stemmen met de voeten« bevordert dat verzekeraars zorg inkopen die doelmatig is en aansluit bij de behoeften van verzekerden. Tegelijkertijd zijn er situaties, waarin samenwerking tussen zorgverzekeraars gewenst is. Zo is afgestemd dat de twee grootste zorgverzekeraars in elke regio borgen dat de acute zorg goed geregeld is, werken zorgverzekeraars samen op een regiobeeld op te stellen van de opgaven in de regio en is een samenwerkingsstructuur met gemeenten opgezet gericht op preventie, ouderen en de ggz. Deze initiatieven laten zien dat er op allerlei terreinen al sprake is van samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en met andere inkopende partijen in de zorg, in het bijzonder gemeenten.

Vraag 5, 6

Hoe gaat u de samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders structureel maken? Wordt het «verdelen van de markt» mogelijk voor ziekenhuizen? Kunt u uw antwoord toelichten? Hoe gaat u de centrale regie in de zorg structureel maken?

Antwoord 5, 6

Er kon ook voor de crisis al veel op het gebied van samenwerking, zowel tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, als tussen ziekenhuizen onderling. Ook wil ik kijken welke samenwerkingsverbanden die in de crisis tot stand zijn gekomen of zijn geïntensiveerd, behouden kunnen blijven. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de wijze waarop er tijdens het hoogtepunt van de COVID-19 crisis samen met ziekenhuizen en de ROAZen voor is gezorgd dat IC-patiënten verplaatst konden worden naar andere ziekenhuizen omdat het ziekenhuis waar de patiënt oorspronkelijk binnenkwam de toestroom niet aankon.

Het is primair aan zorgaanbieders om, samen met zorginkopers en binnen de kaders die de overheid heeft gesteld, de zorg te organiseren en zelf te besluiten over mogelijk samenwerkingsverbanden. Wel bevorderen we samenwerken in de zorg op heel veel manieren, zoals bijvoorbeeld het tegen het licht houden van de bekostigingsregels en uitkomstgerichte zorg. Dat verschilt per segment van de zorg. Vanuit het perspectief van patiënten/

verzekerden lijk het me niet verstandig dat ziekenhuizen de markt onderling zouden kunnen verdelen.

In de discussienota «Zorg voor de Toekomst» wordt nader ingegaan op mogelijkheden om de coördinatie en regie in de zorg te versterken.

Vraag 7

Welke vormen van bureaucratie zijn tijdens de crisis overboord gegaan? Welke vormen van bureaucratie kunnen wat u betreft structureel afgeschaft worden en welke niet? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7

De afgelopen periode heb ik veel voorbeelden gezien van hoe organisaties tijdens de coronacrisis op een andere, slimme manier met regels omgaan. Dan gaat het om stelselpartijen die de regels oprekken of soepeler toepassen, bijvoorbeeld door de verruiming van de mogelijkheid om digitale consulten en contacten te declareren, het uitstellen van de aanlevertermijn voor de jaarverantwoording en het tijdelijk verruimen van de BIG-eisen zodat mensen met een recent verlopen BIG-registratie toch zorg mochten verlenen. Maar ook zorginstellingen zelf, zoals Bernhoven en Medisch Spectrum Twente, geven aan dat het door de crisis mogelijk blijkt om te snoeien in overbodige bureaucratie. Dan gaat het meer over interne processen en werkwijzen binnen de instelling. De komende periode wil ik hiervan een beter beeld krijgen, om die goede voorbeelden breder te delen en meer navolging te laten plaatsvinden. Een regel of werkwijze die je tijdens de crisis niet hebt gemist, hoeft wellicht helemaal niet meer terug te komen.

Vraag 8

Hoe verhouden uw opmerkingen zich tot het feit dat veel zorgverleners die door de crisis in financiële problemen komen, voor hun continuïteit afhankelijk zijn van zorgverzekeraars met private belangen?

Antwoord 8

Zorgverzekeraars zijn particuliere instellingen, maar zij hebben wel een wettelijke zorgplicht en moeten daarmee zorgen dat de zorgcapaciteit vandaag én morgen op orde is. Precies om die reden zijn verzekeraars, met mijn steun, al bij het begin van de coronacrisis naar voren gestapt om financieel comfort te bieden door zorginstellingen te blijven betalen, ook bij een terugval in geleverde zorg en door hen financieel te ondersteunen, bijvoorbeeld door aangepaste bevoorschotting, om te voorkomen dat instellingen in de knel kwamen tijdens de coronacrisis.

Vraag 9

Hoe verhouden uw opmerkingen zich tot uw voornemen om de vrije artskenkeuze in te perken? Is het enkel terecht kunnen bij zorgverleners waarmee de verzekeraar een contract heeft niet ook een gevolg van doorgeslagen marktwerking? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

Er bestaat geen voornemen om te regelen dat verzekerden alleen terecht kunnen bij gecontracteerde zorgverleners. Wel is van belang om contractering in de zorg te bevorderen. Niet-gecontracteerde zorg brengt het risico met zich mee dat zorgaanbieders zonder al te veel belemmering kunnen declareren en de verzekeraar is gehouden te betalen. Ik vind dit een verabsolutering van keuzevrijheid met ongewenste effecten, zeker in het licht van de toenemende schaarste aan mensen en middelen. Daarnaast wil ik langs verschillende wegen bevorderen dat de fragmentatie in het zorgaanbod, zoals we die bijvoorbeeld kennen in de wijkverplegingen ook in de geestelijke gezondheidszorg, vermindert en dat de onderlinge samenwerking steviger wordt.

Vraag 10

Deelt u de mening dat bij centrale regie en minder markt geen budgetplafonds en budgetpolissen horen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 10

Nee. Ook indien er sprake is van meer samenwerking en regie kunnen budgetplafonds en polissen met beperkende voorwaarden onderdeel zijn van het zorgstelsel en passen bij de inkooprol van verzekeraars. Daarbij geldt dat een ziekenhuis en verzekeraar bij een omzetplafond duidelijk moeten communiceren wat de mogelijkheden zijn voor patiënten. Patiënten kunnen voor zorgbemiddeling contact opnemen met hun zorgverzekeraar die een zorgplicht heeft.

Vraag 11, 12

Kunt u toelichten hoe u de afhankelijkheid van het buitenland gaat verminderen?

Hoe gaat u de afhankelijkheid van de markt verminderen op het gebied van geneesmiddelen- en vaccinontwikkeling?

Antwoord 11, 12

Hierover heeft uw Kamer op 30 juni 2020² een brief ontvangen, die tevens de beantwoording is van de motie van de leden Marijnissen en Heerma.

Vraag 13

Deelt u de mening dat faillissementen van ziekenhuizen een gevolg zijn van doorgeslagen marktwerking? Kunt u uw antwoord toelichten? Hoe gaat u dit voorkomen in de toekomst?

Antwoord 13

Op 19 juni 2020 is de gebundelde beleidsreactie op de diverse rapporten die over de faillissementen van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen aan uw Kamer toegestuurd. Hierin wordt beschreven hoe in ieder geval ongecontroleerde faillissementen in de toekomst moeten worden voorkomen.

Vraag 14

Hoe beoordeelt u de bestendigheid van het zorgstelsel tegen een tweede golf van besmettingen met het coronavirus of een nieuwe virusuitbraak?

Antwoord 14

Hiervoor verwijs ik naar de brief «Lessons learned» van 1 september en de reguliere stand van zaken brieven COVID-19.

Vraag 15

Wat betekenen uw opmerkingen voor de verdeling van de zorgkosten? Deelt u de mening dat bij minder markt en meer samenwerking ook meer solidariteit hoort en dus het afschaffen van het eigen risico en het compleet fiscaliseren van de premie? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 15

De zorg is in ons land in hoge mate gebaseerd op solidariteit van mensen die geen of weinig zorg ontvangen met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen. Hierbij wordt rekening gehouden met de draagkracht van mensen. Dit kabinet heeft verschillende maatregelen genomen om de stapeling van eigen betalingen te beperken. Zo is het verplicht eigen risico tot en met 2021 bevroren op 385 euro en het abonnementstarief in de Wmo ingevoerd. Het eigen risico en de huidige nominale premie leveren een bijdrage aan bewustwording over de kosten van zorg. Afschaffing van het eigen risico zou leiden tot een stijging van de zorgkosten, en dus tot een hogere nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage. Dit vind ik niet gewenst. Voor mensen die vanwege hun chronische ziekte of beperking standaard hun eigen risico opmaken kan dat onrechtvaardig voelen. Echter, voor hen is er de mogelijkheid om het eigen risico in delen te betalen en als zij een laag inkomen hebben zijn er bijvoorbeeld via de gemeente mogelijkheden voor tegemoetkomingen.

² Kamerstuk 25 295, nr. 454