

Vergaderjaar 2006–2007

31 031

Financieel jaarverslag van het Rijk 2006

Nr. 11

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR JEUGD EN GEZIN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juni 2007

Op 22 mei 2007 heeft het verantwoordingsdebat 2006 plaatsgevonden (Handelingen der kamer II, vergaderjaar 2006–2007, nr. 70, blz. 3757–3812) in aanwezigheid van de minister van Financiën. Tijdens dit debat zijn vragen aan bod gekomen die betrekking hebben op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Door de minister van Financiën is toegezegd dat beide ministers schriftelijk de antwoorden op de vragen afdoen. Ter voorbereiding op het wetgevings- en algemeen overleg over het jaarverslag VWS 2006 van 13 juni aanstaande, treft u hierbij, mede namens de staatssecretaris, onze reactie op de gestelde vragen. De gestelde vragen hebben betrekking op de zorgramingen en persoonsgebonden budgetten, kwaliteit van de zorg in relatie tot de introductie van de Zorgverzekeringswet, de ontwikkeling van de zorgpremie, wanbetalers, de gevolgen van de zorgtoeslag, ICT in de zorg en wachtlijsten in de jeugdzorg.

Zorgramingen en persoonsgebonden budgetten

Met betrekking tot de zorgramingen is de vraag gesteld hoe het komt dat VWS op het gebied van de zorg bijna altijd overschrijdingen kent. Tevens is gevraagd hoe het kabinet dit ramingsprobleem gaat aanpakken. Tot slot, is de vraag gesteld of de sterke groei van de persoonsgebonden budgetten al bekend was bij het vorige kabinet.

Het Centraal Planbureau (CPB) raamt bij het begin van een kabinetsperiode de zorguitgaven, de andere collectieve uitgaven en de macro-economische ontwikkeling voor de middellange termijn. Dit betreft een beleidsarme raming, op basis van de meest recente inzichten en macro-economische trends. Het kabinet bepaalt hoeveel middelen beschikbaar zijn voor de zorg. Doorgaans is daarbij het uitgangspunt de beleidsarme raming van de zorguitgaven door het CPB. De raming wordt dus gemaakt door het CPB en is consistent met de overige ramingen van het CPB. In

2006 komt de overschrijding uit op € 878 miljoen. Gemiddeld betreft het verschil tussen de raming en realisatie ongeveer 0,6% per jaar.

Over het algemeen komen overschrijdingen in de zorg voort uit een hoger zorggebruik dan waar het kabinet vooraf rekening mee had gehouden. Het zorggebruik staat onder invloed van het gedrag van diverse actoren: de patiënten, de zorgaanbieders en de verzekeraars. In 2006 is de overschrijding veroorzaakt doordat zowel bij de huisartsen als in de ziekenhuiszorg en langdurige zorg een groter beroep op de zorg is gedaan dan was verwacht. Door het afsluiten van convenanten met de koepels van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars is de uitgavenontwikkeling in de laatste jaren lager uitgekomen dan in de periode voor 2004, maar wel boven de beschikbare kaders. Uiteindelijk prevaleren de wettelijk verzekerde aanspraken van de burgers. Beheersing van de uitgavenontwikkeling wordt voor de komende periode vooral nagestreefd door het introduceren van vormen van prestatiebekostiging. In de Miljoenennota zal een pakket van maatregelen worden gepresenteerd om de overschrijdingen die voortkomen uit 2006 terug te dringen.

Met betrekking tot de persoonsgebonden budgetten is in de Najaarsnota reeds gemeld dat deze sterk groeien. Het bedrag dat daarbij vermeld was, was op dat moment het actuele cijfer voor de overschrijding. Inmiddels is op basis van nieuwe cijfers gebleken dat de groei nog sterker was dan het kabinet toen dacht.

De kwaliteit van de zorg in relatie tot de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Met betrekking tot de Zorgverzekeringswet is de vraag gesteld of de zorg in 2006 van betere kwaliteit is geworden. Hierbij wordt in de vraag tevens de rol van de kwaliteit aangehaald bij de afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

In het eerste jaar van de Zvw hebben de verzekeraars hun handen vol gehad aan de administratieve en commerciële omschakeling. Mede daarom hebben verzekeraars zich nog niet erg van elkaar onderscheiden. Daarnaast noemt de NZa in zijn recente rapportage «Richting geven aan keuze» drie meer structurele belemmeringen. Het beleid is erop gericht om deze drie belemmeringen weg te nemen. Een eerste belemmering is de nog onvoldoende flexibiliteit in de prijsvorming. Verzekeraars kunnen nog maar voor minder dan 10% van de zorg onderhandelen over de prijzen. Het Coalitieakkoord kondigt echter een verdubbeling van dit gedeelte aan naar 20%. Bovendien is het voornemen om op het resterende deel een vorm van maatstafconcurrentie te gaan invoeren en de kapitaallasten een integraal onderdeel van de productprijzen te laten worden. Ten tweede lopen verzekeraars nu nog beperkt risico over de inkoop van deze zorg. Zoals opgenomen in het Coalitieakkoord is het kabinet van plan de risicodragendheid van verzekeraars te vergroten door de afbouw van ex-post correctiemechanismen. In de brief aan de Kamer van 16 januari jongstleden (kenmerk Z/F-2743245) is beschreven hoe deze afbouw gaat plaatsvinden. Daarbij is benadrukt dat de afbouw hand in hand dient te gaan met de vergroting van de risico's van de zorgaanbieders, zoals hierboven beschreven. Ten derde is er nog onvoldoende transparantie op het kwaliteitsaspect. Er zijn initiatieven van verzekeraars om de wensen van verzekerden meer centraal te stellen bij de zorginkoop. Een voorbeeld hiervan is het aanbod van polissen die gericht zijn op het bieden van adequate zorg voor specifieke aandoeningen, zoals diabetes. Een ander voorbeeld is de introductie van een systeem om klantervaringen te meten. Deze initiatieven zijn nog niet maatgevend voor het totaalbeeld. Gelet op het belang van transparantie heeft de overheid de belanghebbende partijen (consumenten, aanbieders en verzekeraars) bij elkaar gebracht om een nationale standaard te ontwikkelen om klantenerva-

ringen in de zorg te meten (de CQ-index). Het Centrum Klantervaring Zorg heeft hierbij een centrale rol.

Ontwikkeling zorgpremie

Tevens is tijdens het verantwoordingsdebat gevraagd op welke wijze ingrepen zijn toegepast om de ontwikkeling van de zorgpremie te beheersen. In de vraag zijn het opleidingsfonds en de reserves van verzekeraars aangehaald.

De hoogte van de zorgpremie hangt in belangrijke mate samen met de geraamde zorguitgaven, zowel de procentuele zorgpremie die door het kabinet wordt vastgesteld als de nominale premie die door de individuele verzekeraar wordt vastgesteld. Ten aanzien van het opleidingsfonds speelt het volgende. In 2007 is dit gefinancierd vanuit begrotingsmiddelen. Hierdoor kon de premie in 2007 lager uitvallen dan als het opleidingsfonds vanuit premiemiddelen gefinancierd had moeten worden. Niettemin blijft het opleidingsfonds uit collectieve middelen gefinancierd. De premie door de burger betaald is zo vervangen door andere collectieve lasten. Wat de reserves van verzekeraars betreft: zolang de grenzen die DNB daaraan stelt niet overschreden worden, is dat het domein van de verzekeraars. Vanzelfsprekend kan niet structureel ingeteerd worden op de reserves.

Wanbetalers

Tijdens het verantwoordingsdebat is de stelling geponeerd dat aan de notoire wanbetalers uitsluitend acute zorg moet worden verleend en dat daarvoor naderhand alsnog de rekening moet worden gepresenteerd. Daarnaast moet een einde worden gemaakt aan de situatie dat wanbetalers hun zorgtoeslag wel gewoon uitbetaald krijgen.

Nederland kent geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Integendeel, de zorgverlener is uit hoofde van zijn professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval in aanmerking komende zorg te verlenen. In beginsel zal de rekening van verleende medisch noodzakelijke zorg aan de onverzekerde zelf worden gepresenteerd. Voor onverzekerde verzekeringsplichtigen geldt dat indien zij zorg inroepen, zich alsnog kunnen verzekeren.

Het voornemen is om alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen te financieren uit één door de overheid te financieren fonds, zoals ook in de brief van mijn ambtsvoorganger van 18 december 2006 (kenmerk ZVV-2736741) is gemeld. Daartoe kan de werking van het huidige Koppelingsfonds worden uitgebreid tot alle vormen van medisch noodzakelijke zorg, waarop illegalen aanspraak kunnen maken. Het gaat daarbij om nagenoeg alle zorgvormen die zijn opgenomen in het Nederlandse wettelijke sociale verzekeringspakket, maar slechts onder de voorwaarde dat de vraag of de zorg wel nu en hier moet worden verleend positief wordt beantwoord door de behandelend arts. De noodzaak van de medische zorg dient te worden gezien in samenhang met de nog te verwachten duur van het verblijf.

Zoals in de beantwoording van kamervragen van de Kamerleden Cramer en Wiegman over wanbetalers in de zorgverzekering (zie mijn brief met kenmerk Z-K-U-2761262 van 10 mei 2007) is aangegeven, is in de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel «Verzwaren incasso-regime premie en andere maatregelen zorgverzekering» nader ingegaan op de wenselijke vervolmaatregelen in de aanpak van wanbetalers. Eén van deze maatregelen betreft de stopzetting van de betaling van zorgtoeslag door de Belastingdienst aan de verzekerde. In overleg met de

Belastingdienst worden thans de mogelijkheden in kaart gebracht voor de uitwerking van deze maatregel. Bij brief van 23 mei 2007 (kenmerk Z/F 2771450) is de Kamer hierover bericht.

Gevolgen zorgtoeslag

In het verantwoordingsdebat is gevraagd naar de administratieve gevolgen van de zorgtoeslag en de mogelijke inkomensgevolgen hiervan.

Nu is er in Nederland een stelsel, waarin alle verzekerden feitelijk zelf hun verzekering kunnen kiezen. In dat stelsel bestaat ook een premie die voor alle verzekerden van een verzekeraar even hoog is. Alle verzekerden worden geprikkeld om te kijken of er niet een verzekeraar is die een betere prijs- en kwaliteitsverhouding levert. Dat dit gewerkt heeft mag blijken uit het grote aantal verzekerden dat van verzekeraar is gewisseld in 2006 (18%) en uit het feit dat de premie duidelijk lager is uitgekomen dan eerder verwacht. Dat dit stelsel gepaard gaat met het uitkeren van zorgtoeslag aan de meerderheid van de huishoudens was altijd al beoogd.

De stelselwijziging is in zijn algemeenheid gepaard gegaan met beperkte inkomensgevolgen. Een beperkt aantal groepen is er mede door de komst van het nieuwe stelsel meer dan gemiddeld op voor- of op achteruit gegaan. Er wordt zo nu en dan nog steeds de indruk gewekt dat de voordelen van de stelselherziening met name bij hoge inkomens zijn terecht gekomen. Dat is niet het geval. Slechts een klein deel van de huishoudens met een hoog inkomen is er op vooruit gegaan, en dan voornamelijk – de niet veel voorkomende – alleenverdiener met kinderen met een gemiddelde of lage werkgeversvergoeding.

ICT in de zorg

In het verantwoordingsdebat is gevraagd om een bevestiging van het kabinet dat de ambities rond het elektronisch patiëntendossier gehandhaafd blijven. De reactie, zo is gevraagd, zou moeten zijn in de vorm van een uitgewerkt schriftelijk implementatieplan met heldere doelen en tijdspaden.

In antwoord op uw vraag naar een uitgewerkt schriftelijk implementatieplan met heldere doelen en tijdspaden meld ik u het volgende. Het Elektronisch Medicatiedossier (EMD) en het Waarneemdossier Huisartsen (WDH) en de eerste twee hoofdstukken van het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD), worden in verschillende fasen ingevoerd. Deze fasen zijn de «proof of concept fase», de «koploper fase» en de «landelijke uitrol». VWS voert de regie over de invoering van het EMD en het WDH, in nauwe samenwerking met het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ). In het spoorboekje van juni 2005 en daarna in reguliere voortgangsrapportages ICT en EPD¹ is het gevraagde implementatieplan en de voortgang van de plannen opgenomen.

Op 9 februari 2007 hebt u de vierde voortgangsrapportage ICT en EPD ontvangen (TK 2006–2007, 27 529, nr. 29). Daarin is omschreven wat het «go-moment» voor de landelijke uitrol van het EPD inhoudt. Niet voordat onomstotelijk is vastgesteld dat het EMD in de regio's Amsterdam en Rijnmond en het WDH in de regio Twente voldoen aan de eisen voor een veilige en betrouwbare landelijke communicatie, kan worden gestart met landelijke uitrol.

Daarnaast is in de vierde voortgangsrapportage uitgebreid ingegaan op een aantal acties dat VWS onderneemt ten behoeve van een snelle landelijke invoering: ondersteuning in de vorm van handboeken, helpdesk en monitoring; de businesscase die inzicht geeft in de mogelijke financiële gevolgen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars; de communicatie;

¹ Zie onder andere TK 2004–2005, 27 529, nr. 15 en TK 2005–2006, 27 529, nrs. 18, 22 en 24.

stand van zaken wetgeving en het overleg met ICT-leveranciers, inclusief de planningen van de ICT-leveranciers.

Op korte termijn ontvangt u van mij de vijfde voortgangsrapportage ICT en EPD met actuele planningen van de ICT-leveranciers. Ik heb geen reden om aan te nemen dat invoering van het EMD en WDH in 2009 niet wordt gehaald. Overigens ben ik daarbij afhankelijk van de inwerkingtreding van de Wet op het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z). Deze wet wacht op behandeling door de Eerste Kamer.

Wachlijsten jeugdzorg

Tijdens het verantwoordingsdebat is gevraagd of in de begroting voor 2008 de doelstelling kan worden opgenomen dat de wachlijsten nagevoeg moeten zijn opgelost en dat het daarvoor benodigde geld wordt gereserveerd. Tevens is gevraagd of er voldoende betrouwbare gegevens zijn om de problemen in de jeugdzorg aan te pakken.

Het terugdringen van wachlijsten is één van de prioriteiten van het kabinet. Met de provincies worden afspraken gemaakt over het zo doelmatig mogelijk inzetten van middelen. Bij de begroting van 2008 wordt u nader geïnformeerd over de inzet van het beschikbare geld. Daarnaast worden op dit moment gegevens betreffende de wachttijden in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg verzameld. Nog deze maand ontvangt u daarover een brief.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De minister voor Jeugd en Gezin,
A. Rouvoet