

Vergaderjaar 2004–2005

29 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005

Nr. 208

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 12 september 2005

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 april 2005 inzake suggesties voor een doorontwikkeling van eigen betalingen (29 800 XVI, nr. 161).

De op 16 juni 2005 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 9 september 2005 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (Groep Nawijn), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GL), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).
Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirs Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66) en Nijs MBA (VVD).

Inleiding

In mijn brief van 28 april ben ik ingegaan op het RVZ-signalement «houdbare solidariteit in de gezondheidszorg». In dit RVZ-signalement worden enkele bouwstenen aangedragen voor een discussie over de wenselijke mate van solidariteit in de toekomst. Ik vind het een erg goed doordacht rapport en heb het met veel interesse gelezen, ook de aanzet tot debat is mij zeer welkom. Dit betekent echter niet dat de standpunten en conclusies in het rapport één op één overeenkomen met mijn gedachtegoed. Het geeft geen pas om te veronderstellen dat alle standpunten en conclusies uit het RVZ-signalement door mij worden gedragen.

Vragen PvdA-fractie

1

Kunt u een cijfermatige onderbouwing geven van de stelling dat risicosolidariteit veel groter is dan inkomenssolidariteit?

De stelling dat risicosolidariteit veel groter is dan inkomenssolidariteit is gebaseerd op basis van zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve analyse in het RVZ-signalement en de uitkomsten van een onderzoek uit 2002 naar solidariteit in ziektekostenstelsels, dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Financiën.

Voor een cijfermatige onderbouwing van de verhouding van de hoeveelheid risicosolidariteit tot de hoeveelheid inkomenssolidariteit verwijs ik naar het rapport «Solidariteit in ziektekostenstelsels; Inkomens- en risicosolidariteit in het tweede compartiment» zoals deze in 2002 is uitgevoerd door het EIM in opdracht van het Ministerie van Financiën.¹ Hieruit blijkt dat de impact van risicosolidariteit op de totale hoeveelheid solidariteit vele malen belangrijker is dan die van de inkomenssolidariteit.

Overigens neemt in de nieuwe Zorgverzekeringswet de risicosolidariteit verder toe doordat er geen premiedifferentiatie meer is toegestaan. De risicosolidariteit wordt wel beperkt door de mogelijkheid om naast de basisverzekering een aanvullende verzekering af te sluiten waarbij wel premiedifferentiatie is toegestaan.

De inkomenssolidariteit wordt in de nieuwe wet onder andere vormgegeven door de zorgtoeslag.

2

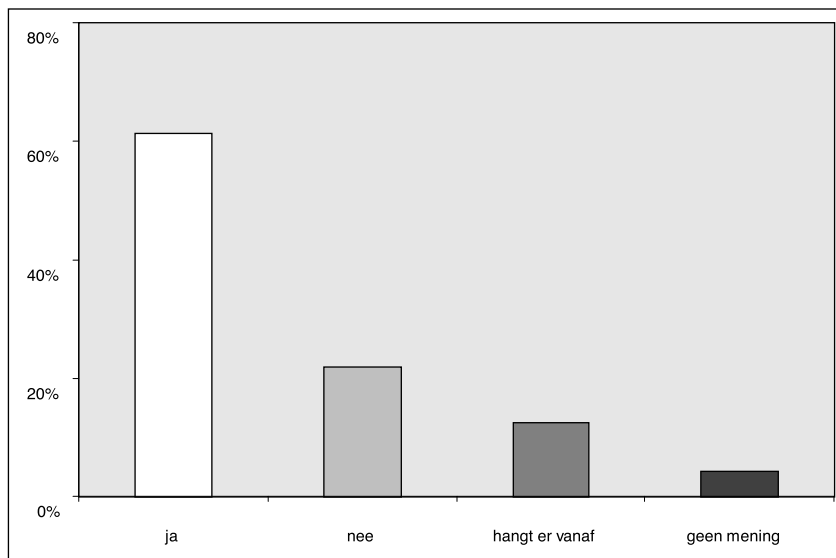
Waaruit maakt u op dat het aantal burgers dat een bepaalde mate van keuzevrijheid in de zorg wenst toeneemt? Hoe groot is naar verhouding het aandeel van deze burgers in het totaal?

De RVZ stelt in zijn rapport dat de keuzevrijheid in de zorg toeneemt. De Raad baseert zich hierbij op een onderzoeksrapport van het Verbond van Verzekeraars uit 2002 getiteld: «*De consument aan het woord: onderzoek naar de mening van de consument over de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekering*». Uit een representatieve steekproef van 1001 huishoudens bleek dat 80% van de Nederlandse bevolking van mening is dat iedere Nederlander zelf zijn/haar verzekeringspakket geheel (32%) of gedeeltelijk (48%) moet kunnen samenstellen.

Daarnaast heeft Motivaction een onderzoek gedaan naar wensen en gedrag van patiënten bij ziekenhuiskeuze. Uit dit onderzoek bleek dat patiënten in de toekomst zelf een ziekenhuis willen kiezen. Onderstaande figuren zijn afkomstig uit het Motivaction-rapport «zorg dat je kiest!»

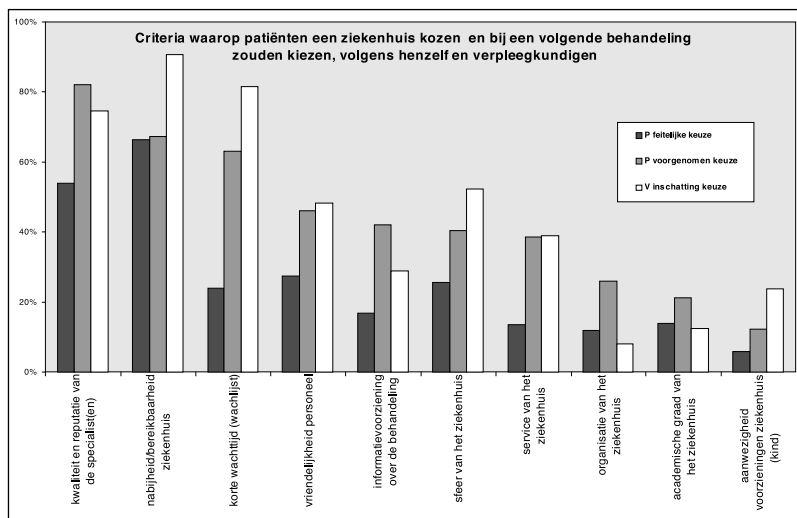
¹ De resultaten van deze studie alsmede de cijfermatige onderbouwing zijn te vinden op http://www.minfin.nl/default.asp?CMS_ITEM=MFCWD250A5F3F29DF4A1BA12CE97489425BB3X2X54057X6.

Figuur 1: Willen patiënten bij een volgende behandeling zelf het ziekenhuis kiezen?



Bron: Motivaction-rapport «zorg dat je kiest!»

Figuur 2: Criteria waarop patiënten kozen en bij een volgende behandeling zouden kiezen volgens henzelf en verpleegkundigen



Bron: Motivaction-rapport «zorg dat je kiest!»

3 en 5

U gaat weliswaar in op drie van de beleidsstrategieën, maar uw standpunt daarover is niet altijd helder. Uw brief heeft meer het karakter van een samenvatting. Hoe luidt uw standpunt over het inbouwen van prikkels in het systeem om gezond gedrag te stimuleren, over de voorgestelde aanpassingen op de eigen betalingen, en over het principe van zorg-sparen?

Is een indicatie te geven van de administratieve lasten van het VVD-voorstel ten opzichte van de huidige no-claim?

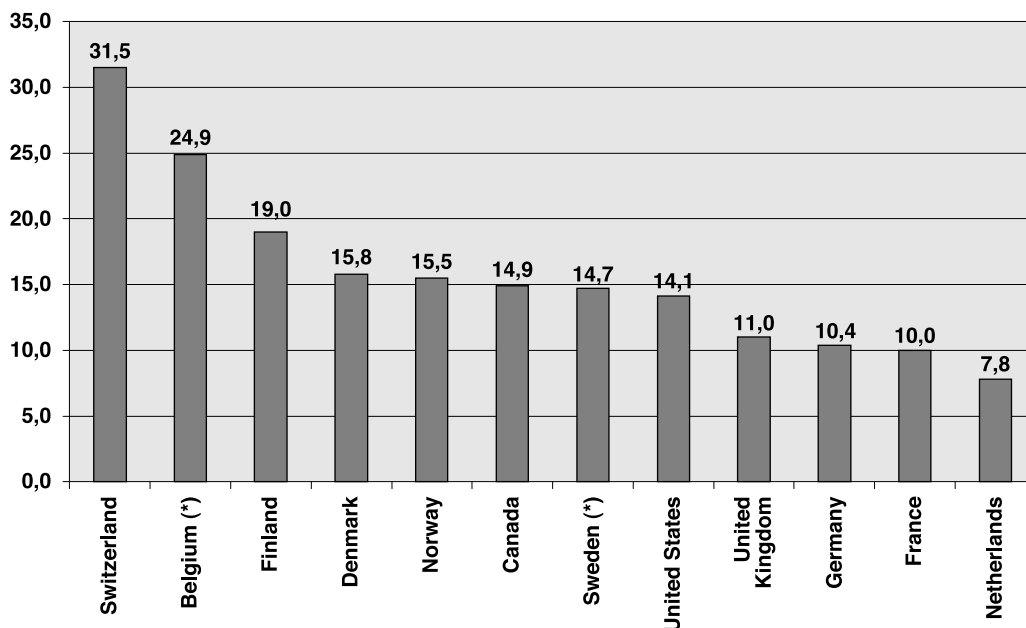
Ik heb in mijn brief van 28 april (Kamerstukken I, 29 483, F; Kamerstukken II, 29 800 XVI, nr. 161) aangegeven dat de bouwstenen uit het RVZ-signalement en de aanzet tot debat mij zeer welkom zijn. Daarnaast heb ik de kamer een analyse van het VVD-voorstel tot een gedifferentieerde premieruggave naar leeftijd en geslacht bij bescheiden zorgconsumptie toegezegd. Deze analyse is op 30 juni naar de beide kamers verstuurd (Kamerstukken I, 29 483, G; Kamerstukken II, 29 483, nr. 26). Tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet in de Eerste Kamer heb ik ook een analyse van de IZA-systematiek en een analyse van een mogelijke omzetting van de no-claimteruggave naar een verplicht eigen risico toegezegd. De conclusies van deze onderzoeken zullen voor de behandeling van de I&A-wet in de Eerste Kamer naar de beide kamers worden verstuurd. Zoals ook vermeld in de brief over de analyse van een gedifferentieerde premieruggave kom ik op dat moment met een standpunt over een mogelijke andere vormgeving van de eigen betalingen in de toekomst. Voor de langere termijn wordt er onderzoek gedaan naar een systeem van zorgsparen, waarbij een verzekerde zelf kan bepalen wanneer hij dat spaargeld inzet. Ervaringen in bijvoorbeeld Singapore, dat het systeem al twintig jaar kent, laten zien dat het mogelijk is om een kwalitatief hoog niveau van zorg te combineren met lage kosten.

4

Is het mogelijk, waarbij begrepen wordt dat het om indicatieve ramingen zal gaan, om de cijfers in figuur 1 (Eigen betalingen internationaal vergelijken, jaar 2001) opnieuw te berekenen voor Nederland voor 2005 en 2006, zodat de gevolgen van de invoering van de no-claim zichtbaar worden gemaakt?

Enkele weken geleden zijn de nieuwe OECD Health Data 2005 uitgekomen. In onderstaande grafiek ziet u voor een tiental OECD-lidstaten de aandelen van de eigen betalingen in de totale uitgaven in 2003. België en Zweden leveren de laatste jaren niet de gewenste gegevens over eigen betalingen aan bij de OECD. De website van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) heeft daarentegen wel gegevens waardoor deze landen toch in de grafiek zijn opgenomen. Volgens onderstaande cijfers komen de Nederlandse eigen betalingen uit op 7,8% van de totale zorguitgaven, ruimschoots onder Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk (met tussen 10 en 11% eigen betalingen). Alle andere landen zitten daar weer boven. In deze cijfers zijn voor Nederland de particuliere eigen betalingen meegenomen. Als we alleen de collectief verzekerde zorguitgaven bekijken, dan komen de Nederlandse eigen betalingen uit op 6,5%.

Figuur 3: Eigen betalingen als percentage van totale zorguitgaven 2003



Bron: OECD Health Data 2005, behalve (*) www.who.int (eigen bewerking)

In de brief van 28 april (Kamerstukken I, 29 483, F; Kamerstukken II, 29 800 XVI, nr. 161) schreef ik al dat het aandeel van de «financiële eigen verantwoordelijkheid» met de introductie van de no-claimteruggaveregeling dit jaar stijgt van circa 6,5% naar 9% van de collectief verzekerde zorguitgaven in Nederland. Hiermee zet Nederland een stap op weg naar in andere Europese lidstaten gebruikelijke niveaus van eigen betalingen.

6

Hoe verklaart u uw opvatting dat er wel verdere aanpassingen noodzakelijk zijn, en tegelijk aangeeft dat er geen grote nieuwe stappen op dit punt zijn voorzien? Kunt u nadere indicaties geven van de mogelijke grote of kleine stappen die nog in het verschiet zouden kunnen liggen?

In mijn brief van 28 april (Kamerstukken I, 29 483, F; Kamerstukken II, 29 800 XVI, nr. 161) formuleer ik het bovenstaande als volgt:

«Om ook in de toekomst een houdbaar stelsel te garanderen, kunnen verdere aanpassingen noodzakelijk zijn.»

«Ik voorzie in deze kabinetsperiode geen grote nieuwe stappen op dit punt, al is het alleen maar omdat het veld de handenvol heeft aan alle stelselwijzigingen.»

Zoals gezegd verwacht ik op dit moment voor de korte termijn geen aanpassingen wat betreft het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers welke niet reeds bekend zijn bij de Tweede Kamer.

7

Heeft het in de bijlage voor België genoemde 16,6% van de zorguitgaven alleen betrekking op het publiek gefinancierde deel van de zorg (drie kwart van het totaal), of op het geheel van alle zorguitgaven?

Op het geheel van alle zorguitgaven.

De genoemde 16,6% waren afkomstig uit een oudere (bestaande) tabel in de VWS Begroting van 2004. Inmiddels zijn meer recente gegevens beschikbaar (zie ook de grafiek bij vraag 4). De private betalingen in België komen uit op 29% van de totale zorguitgaven. Ruim 86% van deze private uitgaven in België zijn eigen betalingen. De Belgische eigen betalingen bedragen dus 24,9% van de totale zorguitgaven. Op basis van deze gegevens is geen verdere onderverdeling mogelijk naar het privaat of publiek gefinancierde deel.

Vragen VVD-fractie

8 en 9

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) leiden een toename van de solidariteitsoverdrachten en een meer geïndividualiseerde samenleving tot meer druk op het draagvlak voor risicosolidariteit. U geeft in uw brief aan dat het belangrijk is het draagvlak voor risicosolidariteit te bestendigen. Op welke manier denkt u het draagvlak te kunnen bestendigen?

De RVZ schrijft in zijn rapport dat het op dit moment ontbreekt aan een structuur met gedragsprikkelers in het gezondheidszorgsysteem. Het inbouwen van positieve prikkels in het systeem, zo geeft de RVZ aan, zou gezond gedrag kunnen stimuleren. Wat vindt u van het inbouwen van een systeem van positieve zorgprikkelers in de gezondheidszorg? In hoeverre denkt u dat een dergelijk systeem bijdraagt aan een gematigde kostenontwikkeling? Is een systeem van positieve zorgprikkelers volgens u essentieel om de solidariteitsniveau's in stand te houden? Op welke manier wilt u de normatief-ethische discussie over het betalen voor ongezond gedrag vorm gaan geven, en op welke termijn?

- a) Ik verwacht het draagvlak voor houdbare solidariteit te bestendigen door de regel- en wetgeving die ik onder andere heb geïntroduceerd met de nieuwe Zorgverzekeringswet. Ik heb onder andere met een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid getracht het draagvlak voor solidariteit te bestendigen. Dit heb ik onder andere gedaan door de opschoning van het verzekerde pakket, invoering van de no-claim en de mogelijkheden voor een vrijwillig eigen risico in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Maar ook het verbod op premiedifferentiatie en het wegvallen van het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden bestendigen mijns inziens het draagvlak voor solidariteit.
- b) Bovenstaande laat onverlet dat voor het bestendigen van het draagvlak voor solidariteit in de toekomst op termijn mogelijk verdere aanpassingen noodzakelijk zijn. In het RVZ-signalement zijn verschillende beleidsstrategieën aangedragen om zowel de betaalbaarheid in de zorg in stand te houden en tegelijkertijd het draagvlak voor de solidariteit te herijken. Ik heb in de brief van 28 april een drietal van de door de RVZ aangedragen beleidsstrategieën kort besproken: het beheersen van gedrag met gezondheidsrisico's, het invoeren van eigen betalingen om zo de eigen verantwoordelijkheid te vergroten en het sparen voor toekomstig gebruik van zorg.

In navolging van de RVZ ben ik van mening dat het feit dat het overgrote deel van de solidariteit in de gezondheidszorg uit risicosolidariteit, de vraag oproept of juist het beheersen van gedrag met gezondheidsrisico niet meer prioriteit moet hebben. Het is om zowel financiële redenen als om redenen van volksgezondheid wenselijk dat mensen gestimuleerd worden om zichzelf gezond te gedragen¹. Daarnaast komt mijn inziens de bereidheid van gezonden om mee te betalen aan de zorg voor minder gezonden (risico-solidariteit) onder

¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* p. 60–61.

druk te staan als er te weinig van de eigen verantwoordelijkheid van de mensen wordt gevraagd. Dit holt de solidariteit uit en gaat daardoor ten koste van de houdbaarheid.

In het signalement wordt, terecht, aangesloten bij de bredere discussie van houdbaarheid van de solidariteit zoals deze onder andere in de sociale zekerheid al een langere tijd speelt. Begrippen als gedrags-effecten, verwijtbare werkloosheid en passende arbeid zijn in de sociale zekerheid al meer opportuun.

10

De RVZ stelt in zijn rapport dat de no claim op korte termijn als een afdoende niveau van eigen betalingen is. Tegelijkertijd stelt de Raad dat op de langere termijn een viertal aanpassingen van de huidige vormgeving van eigen betalingen noodzakelijk zijn om op de lange termijn een houdbaar stelsel te garanderen. Kunt u zich vinden in deze vier aanpassingen van de RVZ? Zo ja, op welke termijn denkt u dat deze aanpassingen noodzakelijk zijn? Zijn er volgens u nog andere alternatieven denkbaar?

De Raad acht de no claim in combinatie met een vrijwillig eigen risico in de basisverzekering op de korte termijn een afdoende niveau van eigen betalingen in het licht van de veranderingsoperatie die deze verzekering is. Op de wat langere termijn zijn volgens de Raad een viertal aanpassingen noodzakelijk:

- a) het vervangen van de no-claim door een verplicht eigen risico.
- b) Het indexeren van zowel de hoogte van de no-claim als eigen risico met een percentage dat minimaal gelijk is aan de nominale stijging van de zorguitgaven.
- c) Een procentuele eigen bijdrage ter dekking van de directe hotelkosten.
- d) Zorg die niet evidence-based is moet worden geconfronteerd met hoge eigen bijdrage.

Ik ben van mening dat een aanspraak op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden in de toekomst noodzakelijk is om het draagvlak voor solidariteitsoverdrachten te bestendigen. Eigen betalingen zijn een manier om de eigen verantwoordelijkheid te vergroten. Zoals ook vermeld in mijn brief aan de kamer van 30 juni (Kamerstukken I, 29 483, Kamerstukken II, 29 483, nr. 26) is de vormgeving van eigen betalingen in de zorg erg complex, waarbij er vaak sprake is van een spanningsveld tussen doeltreffendheid en eenvoud.

Ad a)

Ik heb de kamer een studie toegezegd naar de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een verplicht eigen risico.

Ad b)

De hoogte van de no claim wordt op dit moment geïndexeerd met de loonontwikkeling, waarbij de hoogte van de no claim wordt geïndexeerd in stappen van € 10,=. Ik heb vooralsnog geen reden om aan te nemen dat deze indexering niet voldoet. Wel moet goed worden gezien of de huidige indexatie in de toekomst voldoet, mede gelet op het feit dat de gekozen indexatie van de no claim hoogstwaarschijnlijk een procentuele daling van de eigen betalingen ten opzichte van de totale zorguitgaven zal betekenen.

Ad c)

Ik ben op dit moment niet voornemens om een procentuele eigen bijdrage ter dekking van de directe hotelkosten in te voeren.

Ad d)

Indien bij alle zorgvormen evidence based besluitvorming omtrent de opname in het pakket plaatsvindt, zal dit ertoe leiden dat zorgvormen waarvan de werkzaamheid en doelmatigheid niet wetenschappelijk vast staan, uit het pakket geweerd worden. Deze zorgvormen komen dan voor eigen rekening.

11

In het buitenland zijn de eigen betalingen veelal hoger dan in Nederland. Deze hogere eigen betalingen verminderen de overdrachten voor risico-solidariteit. Welke conclusie trekt u op basis van dit inzicht in de internationale vergelijking?

De solidariteitsoverdrachten in de zorg zijn nu vele malen groter dan tijdens de beginfase van de verzorgingsstaat. Mensen met lage zorgkosten betalen nu, veel meer dan in het verleden, mee aan de zorgkosten van mensen met hoge zorgkosten. Een blijvende groei van de risico-solidariteit onder druk van de toenemende vergrijzing en technologische mogelijkheden zet op de langere termijn het draagvlak voor risico-solidariteit onder druk. Eigen betalingen beperken de hoeveelheid risico-solidariteit in de zorg en kunnen dus een ventiel zijn voor de toenemende druk op het draagvlak voor risicosolidariteit. Het feit dat de eigen betalingen in het buitenland veel hoger zijn dan in Nederland, is een indicatie dat hogere eigen betalingen in Nederland in de toekomst mogelijk zijn.

Nederland heeft echter geen traditie van hoge eigen betalingen, zoals in enkele landen om ons heen. Een discussie over de hoogte van de eigen betalingen moet dan ook worden gezien in een sociaal-cultureel perspectief. Daarnaast is er in veel landen met hogere eigen betalingen sprake van enige vorm van een inkomensafhankelijk plafond, waardoor in ieder geval de eigen betalingen van de lage inkomens beperkt blijven.

12

Wat is uw visie op eigen betalingen en de vormgeving daarvan in het nieuwe zorgstelsel? Welke vorm van eigen betalingen en/of combinatie van eigen betalingen geniet uw voorkeur, en waarom? Aan welke eisen dient een vorm van eigen betalingen volgens u te voldoen? Wat is uw mening over de verschillende vormen van eigen bijdragen? Bent u voornemens deze vormen van eigen bijdragen (no claim, vrijwillig eigen risico en eigen betalingen) te stroomlijnen? Wat zijn uw voornemens ten aanzien van de in de Eerste Kamer tijdens de behandeling van de Zorgverzekeringswet ingediende motie waarin de regering wordt verzocht voor de behandeling van de I&A wet in de Eerste Kamer een onderzoek in te stellen naar een systeem van één verplicht eigen risico aan de voet waarbij de mogelijkheid van differentiatie nadrukkelijk wordt meegenomen? Is door u reeds een onderzoek ingesteld? Wanneer kunnen de resultaten van dit onderzoek worden verwacht?

18, 19 en 23

Op welke wijze wilt u de discussie over de vormgeving van eigen betalingen voortzetten?

U bent voornemens nadere studies te verrichten naar de suggesties van de RVZ en de aangedragen bouwstenen. Aan wat voor een onderzoeken denkt u, en wat wilt u concreet gaan onderzoeken?

U voorziet in deze kabinetsperiode geen grote nieuwe stappen wat betreft het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Voorziet u wel kleine stappen? Zo ja, welke?

In mijn brief aan de Tweede Kamer over de haalbaarheidsstudie van een gedifferentieerde premieruggave (Kamerstukken I, 29 483, G; Kamer-

stukken II, 29 483, nr. 26) heb ik een analyse gegeven van het VVD-voorstel voor een gedifferentieerde premieruggave. Daarnaast heb ik de leden van de Eerste Kamer tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zorg-verzekeringwet in de Eerste Kamer op 7 juni 2005 (Handelingen I, 2004/05, nr. 27 pag. 1183–1263) toegezegd een haalbaarheidsonderzoek te doen naar het IZA-systeem. Op dit moment voert Deloitte een dergelijk onderzoek uit. Daarnaast heb ik de Eerste Kamer een studie toegezegd naar het omzetten van de no claim in een verplicht eigen risico. Deze studies moeten gereed zijn voor vóór de behandeling van de invoerings- en aanpassingswet in de Eerste Kamer. Als al deze studies gereed zijn zal ik met een onderbouwd standpunt komen over een mogelijke andere invulling van de eigen betalingen in de toekomst. Voor mijn uiteindelijke toekomstvisie over eigen betalingen is het echter noodzakelijk dat ook de resultaten van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling beschikbaar zijn.

Ik voorzie op dit moment voor de korte termijn geen aanpassingen wat betreft het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers welke niet reeds bekend zijn bij de Tweede Kamer.

13

U bespreekt in uw brief het VVD-voorstel om de no-claimteruggaveregeling te variëren naar risicogroep. U bespreekt een aantal voor- en nadelen van dit voorstel. Een voordeel van het voorgestelde systeem is het gedragseffect. Dit positieve effect wordt echter volgens u afgezwakt doordat de restitutie in het VVD-voorstel afhankelijk is van het relatieve gebruik in plaats van het absolute zorggebruik. In dit voorstel bestaat er volgens u geen enkele prikkel om tot het goedkoopste cohort te behoren. Maar de cohorten worden ingedeeld op basis van leeftijd, niet op basis van zorgkosten. Een prikkel om tot een cohort te behoren bestaat inderdaad niet. Er bestaat echter binnen het cohort wel degelijk een prikkel om tot het goedkoopste kwartiel te horen. Hoe minder zorg de verzekerde gebruikt hoe groter de kans dat hij of zij een groot deel van de premie teruggestort krijgt. Bovendien is de prikkel voor jongeren om zuinig om te gaan met zorg in het VVD-voorstel juist sterker dan in het huidige no-claimsysteem. In hoeverre denkt u dat de prikkel om minder zorg te gaan gebruiken verandert met invoering van het VVD-voorstel? In welke mate zal het positieve effect dan volgens u worden afgezwakt?

In mijn brief over de haalbaarheid van een systeem van een gedifferentieerde premieruggave (Kamerstukken I, 29 483, G; Kamerstukken II, 29 483, nr. 26) die ik op 30 juni aan uw kamer heb gestuurd, ga ik uitgebreid in op de prikkelwerking van het voorstel.

U merkt terecht op dat de zinsnede «bestaat enkel een prikkel om tot het goedkoopste cohort te behoren» foutief is. Daar moet staan «bestaat enkel een prikkel om tot het goedkoopste kwartiel van het cohort te behoren.»

14, 17 en 20

Het VVD-voorstel is volgens u beperkt bruikbaar. Eén element dat volgens u zorgt voor de beperkte bruikbaarheid is het risico dat een cohort bij verzekeraar A niet vergelijkbaar is met verzekeraar B. Gevolg daarvan zou kunnen zijn dat twee identieke zorggebruikers de situatie zich voor zou doen dat de ene wel en de ander geen premierestitutie verschaft. Dit «nadeel» wordt door u al ondervangen door gebruik te maken van een landelijk gemiddelde premierestitutiegrens. Is dit naar uw mening hiermee niet ondervangen?

U concludeert in uw betoog over het VVD-voorstel met de mededeling dat dit plan zorgt voor een complexe regeling met bijbehorende administratieve lasten. De invloed van het VVD-voorstel op de administratieve lasten

wordt echter in de brief niet besproken. Kunt u concreet aangeven wat de effecten van het VVD-voorstel zijn op de administratieve lasten? Heeft u daarbij rekening gehouden met de stand van de ICT-ontwikkelingen? Waarom kunnen banken wel wat in de zorg niet kan? U gaat tot genoegen van de VVD-fractie het plan tot doorontwikkeling van de no-claim aan een haalbaarheidsstudie onderwerpen. Zullen de effecten van dit voorgestelde systeem op de administratieve lasten in deze studie worden meegenomen? Wanneer kan dit onderzoek worden verwacht?

In mijn brief over de haalbaarheid van een systeem van een gedifferentieerde premieruggave (Kamerstukken I, 29 483, G; Kamerstukken II, 29 483, nr. 26) die ik op 30 juni aan uw kamer heb gestuurd, ga ik uitgebreid in op het verschil tussen een systeem van een gedifferentieerde premieruggave en de huidige no-claimteruggaveregeling.

15

Een landelijk elektronisch patiëntendossier zou volgens u in de toekomst mogelijk gebruikt kunnen worden op de manier zoals de VVD-fractie dit heeft voorgesteld. Op korte termijn is deze toepassing echter niet uitvoerbaar. Eerder in de brief schrijft u dat de zorgpas gebruikt kan worden om een directe relatie te bewerkstelligen tussen zorggebruik en kosten. Wanneer denkt u dat het Landelijk Elektronische Patiëntendossier (EPD) wel volledig operationeel zal zijn? Bent u bereid het VVD-voorstel verder te ontwikkelen opdat bij het volledig operationeel zijn van het EPD dit systeem direct ingevoerd zou kunnen worden?

In mijn brief over de haalbaarheid van een systeem van een gedifferentieerde premieruggave (Kamerstukken I, 29 483, G; Kamerstukken II, 29 483, nr. 26) die ik op 30 juni aan uw kamer heb gestuurd, ga ik uitgebreid in op de technische haalbaarheid van een zorgpas.

16

In het VVD-voorstel is de restitutie afhankelijk van de hoogte van de premie. Bij een stijging van de premie betekent dit ook een stijging van de restitutie. Waarom is dit volgens u een nadeel? In de huidige no-claimregeling wordt de hoogte van de teruggave geïndexeerd met de loonontwikkeling. De restitutie in het VVD-voorstel zal daarom naar verwachting sneller stijgen dan in de huidige no-claimregeling. Is het mogelijk om deze snellere stijging te ondervangen door bijvoorbeeld de restitutie in het VVD-voorstel jaarlijks negatief te indexeren?

Ik heb in mijn brief van 28 april (Kamerstukken I, 29 483, F; Kamerstukken II, 29 800 XVI, nr. 161) aangegeven dat het genoemde verschil tussen het VVD-voorstel en de no-claimregeling goed moet worden onderzocht. Indien zou worden gekozen voor een vormgeving van de eigen betalingen in de toekomst volgens het VVD-voorstel, moet de specifieke invulling nader worden bezien. Voordat ik een standpunt inneem over de eigen betalingen in de toekomst wacht ik de onderzoeken naar een IZA-achtig systeem en het omzetten van de no-claim in een verplicht eigen risico af.

Vragen SP-fractie

21

Bent u bereid de gevolgen van eigen betalingen te onderzoeken?

Ik heb de kamer een evaluatie van de no-claimteruggaveregeling toegezegd. Ik ben van plan deze toezegging na te komen, zoals ik altijd mijn toezegging pleeg na te komen.

22

U stelt dat het kabinet al veel prikkels heeft geïntroduceerd die de eigen verantwoordelijkheid van burgers moeten vergroten. Kunt u concreet aangeven tot welke gevolgen dit heeft geleid?

Dit kabinet heeft het verzekerde pakket verkleind door het op te schonen, de no-claim ingevoerd en een vrijwillig eigen risico in de nieuwe Zorgverzekeringswet mogelijk gemaakt. Ik beschik op dit moment nog niet over de resultaten van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. Het evaluatiekader van dit onderzoek heb ik op 12 april naar de beide kamers gestuurd (Kamerstukken I, 29 483, E; Kamerstukken II, 29 483, nr. 25).

Vragen GroenLinks-fractie

24

Hoe en door wie wordt vastgesteld of verstrekkingen «evidence based» zijn?

Het begrip evidence based geeft slechts aan dat een beslissing met de beste wetenschappelijke onderbouwing tot stand komt. Dat kan gaan om medische behandelingen (evidence based medicine) maar ook beleidsontwikkeling (evidence based policy making). Vaak is er echter (te) weinig informatie voorhanden. Ook dan kan er nog steeds sprake zijn van evidence based besluitvorming: men heeft dan alle beschikbare informatie zo goed mogelijk geordend en (zo goed als mogelijk) ontdaan van bronnen van vertekening. Er is in het spraakgebruik dus enige verwarring over het begrip: enerzijds evidence based als handelen volgens keihard wetenschappelijk bewijs versus evidence based handelen dat zo goed mogelijk gebruik maakt van alle beschikbare informatie.

In Nederland doet het College voor zorgverzekeringen uitspraken over de vraag of verstrekkingen deel uitmaken van de aanspraken in het kader van de Ziekenfondswet/Zorgverzekeringswet. Het College voor zorgverzekeringen past daarbij informatiesynthesetechnieken toe die leiden tot evidence based besluitvorming omtrent deze pakketvraagstukken.

25

Kunt u enkele voorbeelden noemen van zorg die wel wordt vergoed vanuit het basispakket, maar die niet «evidence based» is?

Het gaat niet zo zeer om de vraag of de behandeling «evidence based» is maar om de vraag of de beslissing dat de behandeling in het pakket is opgenomen evidence based is. Met de komst van de dbc's wordt het – meer dan in het verleden mogelijk was – mogelijk om medisch specialistische zorg expliciet te toetsen en te beslissen of pakketopname gewenst is.

26

Klopt het dat het niet mee laten tellen van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg voor het eigen risico van de basisverzekering een relatief eenvoudige maatregel is, omdat dezelfde uitzonderingsgronden ook gelden voor de no-claim? Hoe beoordeelt u een dergelijk voorstel?

Art. 20 van de Zorgverzekeringswet regelt dat bij AMvB wordt bepaald welke zorgvormen niet meetellen bij vrijwillig eigen risico. Art. 20 van de Zorgverzekeringswet heeft uitwerking gekregen in het Besluit Zorgverzekering dat op 28 juni jl. is vastgesteld. Daarmee zijn beschikbaarheidsvergoeding en de tussen huisarts en verzekeraar af te spreken extra vergoedingen uitgesloten van het vrijwillig eigen risico; vergoeding per consult, kraamzorg en verloskunde vallen wel onder vrijwillig eigen risico.

Art. 19 van de Zorgverzekeringswet geeft de verzekeraar wel de bevoegdheid zelf te bepalen of hij een polis met eigen risico aanbiedt; de verzekeraar moet wel altijd een polis zonder vrijwillig eigen risico aanbieden.

27

Hoe groot is het aandeel «hotelkosten» voor verblijf in het ziekenhuis, verzorgingshuis en verpleeghuis? Zijn de hotelkosten voor verblijf in het ziekenhuis zichtbaar op de dbc-factuur?

Op dit moment wordt bij verblijf in een ziekenhuis geen bedrag onderscheiden ter dekking van hotelkosten. Hotelkosten voor verblijf in een ziekenhuis zijn dan ook niet zichtbaar op de dbc-factuur.

Bij verpleeg- en verzorgingshuizen kan het verschil tussen de eigen bijdrage voor de intramurale en de extramurale AWBZ worden gezien als dekking van hotelkosten.

28

Welke mogelijkheden ziet u als het gaat om de aanbeveling private zorg/maatschappelijk ondernemen van de RVZ? Wat zijn de mogelijkheden om bijvoorbeeld mantelzorg en terminale zorg fiscaal te ondersteunen? Wat zijn de voor- en nadelen daarvan?

Op 17 juni heb ik een notitie naar de kamer gestuurd over de mantelzorg (Kamerstukken II, 2004/05, 30 169 nr. 1). In deze notitie wordt gesteld dat een fiscale regeling per definitie een meer generiek karakter heeft dan de gerichte ondersteuning van de Wmo. De Wmo biedt mantelzorgers die het hard nodig hebben de helpende hand. Het inzetten van de voor de Wmo benodigde financiële middelen voor een fiscale aftrekpost heeft niet de voorkeur van het kabinet. Liever via de Wmo de helpende hand daar waar het nodig is, dan een fiscaal steuntje in de rug waarvan het effect niet te richten is op de situaties waar deze ondersteuning echt nodig is.

Binnen de fiscaliteit bestaat overigens reeds de buitengewone uitgavenregeling, waarbinnen ziektegerelateerde uitgaven onder bepaalde voorwaarden in aftrek kunnen worden gebracht. Deze fiscale tegemoetkoming geldt allereerst voor de belastingplichtigen die zelf ziek of invalide zijn, maar de regeling is onder voorwaarden óók van toepassing op een welomschreven groep mantelzorgers.

Voor een verdere ondersteuning van de mantelzorg op lokaal niveau is overigens € 5 miljoen in 2006, oplopend tot € 10 mln in 2007 structureel toegevoegd aan de reeds beschikbare € 22 miljoen.