

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 347

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2011

In het Algemeen Overleg met de vaste Kamercommissie voor VWS op 22 juni 2011 over de Zorgverzekeringswet/Pakketadvies 2011 heb ik toegezegd op drie onderdelen schriftelijk te reageren, te weten dieetadviesing, verloskunde en het alternatieve dekkingsvoorstel van de PvdA.

I. Dieetadviesing

Tijdens het AO ontstond onduidelijkheid over de begrippen «dieetadviesing» en «algemene adviesing over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten». Graag geef ik hierop een nadere toelichting.

Als onderdeel van de behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening kan de behandelaar advies geven over het bij de aandoening gewenste eetpatroon, met bijvoorbeeld het advies bepaalde voeding te vermijden, niet te vet te eten enzovoort. Dan is er geen sprake van dieetadviesing zoals diëtisten die plegen te bieden, maar van de meer «*algemene adviesing over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten*». Dit valt onder de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden en blijft ook in 2012 verzekerde zorg. *Dieetadviesing* is voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Het gaat om de meer specialistische, op de toestand van het individu toegesneden, adviesing en begeleiding. Nog anders gezegd: het gaat om dieetzorg zoals diëtisten die plegen te bieden.

De voorgenomen pakketmaatregel per 2012 heeft betrekking op de huidige in het pakket opgenomen vier uur specialistische dieetadviesing per jaar en niet op de meer «algemene adviesing». Per 1 januari 2012 is specialistische dieetadviesing niet langer een verzekerde prestatie ten laste van de zorgverzekering.

Uitzondering daarop vormt dieetadviesing die wordt gegeven als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan COPD, diabetes of die een vasculair risico heeft. In die

gevallen zal dieetadviesing per 2012 nog wel onder de verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet vallen.

Het onderscheid tussen dieetadviesing en algemene adviesing over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten licht ik toe aan de hand van het voorbeeld ketenzorg bij diabetes. De zorgstandaard Diabetes stelt als kwaliteitsparameter voor goede diabeteszorg de eis dat een nieuwe diabeet in jaar één naar de diëtist gaat (voor een advies over voeding en eetgewoonten, toegesneden op zijn persoon en fysieke toestand). Aan de begeleiding, die daarna nodig is bij het uitvoeren van het door de diëtist opgestelde plan, wordt de eis van inschakeling van de diëtist niet gesteld. Het is goed voorstelbaar dat die begeleiding wordt overgedragen aan een andere zorgfunctionaris.

In dit voorbeeld komen dus zowel de specialistische «dieetadviesing» zoals diëtisten die plegen te bieden en de meer algemene «adviesing over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten» zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, voor.

De voorgenomen maatregel per 1 januari 2012 aanstaande betekent in het geval van ketenzorg bij COPD, diabetes en vasculair risicomanagement dat de zorg zoals diëtisten die plegen te bieden nog wel wordt vergoed en de meer algemene adviesing en begeleiding ook.

De specialistische «dieetadviesing» in de niet-ketenzorg context is vanaf 1 januari 2012 geen verzekerde prestatie meer onder de Zvw. Het is uiteraard aan verzekeraars om hierop in te spelen, maar wij hebben bij het nemen van de pakketmaatregel meegewogen dat er een gerede kans is – het gaat om een duidelijk afgebakende aanspraak – dat de dieetadviesing onderdeel gaat uitmaken van de aanvullende verzekering.

II. Verloskunde

De leden van de vaste Kamercommissie hebben mij gevraagd hen te informeren over de uitkomsten van het gesprek met de KNOV, dat op 23 juni 2011 heeft plaatsgevonden. Onderwerp van dit gesprek was de onderbouwing van de tariefmaatregel en de opbouw van de geconstateerde overschrijding.

Per 1 januari 2010 zijn de tarieven voor de reguliere verloskunde verhoogd op basis van de uitkomsten van een kostenonderzoek van de NZa uit oktober 2009. Dat onderzoek gaf aan dat de praktijkvoering van verloskundigen de afgelopen jaren sterk is veranderd met als gevolg een hogere werklast voor verloskundigen. Het onderzoek van de NZa heeft destijds geleid tot een tariefaanpassing van 26%. Deze uitkomsten zijn middels drie tranches verwerkt in het Budgettair Kader Zorg (2010/2011/2012), met een totale structurele impact van € 36,6 miljoen.

Naast deze wijziging van de reguliere tarieven voor verloskundige zorg hebben er met ingang van 1 januari 2010 nog een aantal aanpassingen van de beleidsregels voor verloskundige zorg plaatsgevonden die mogelijk effect hebben op het kader verloskunde. De belangrijkste zijn een herijking van de tarieven voor prenatale screening en het loslaten van volumecriteria voor o.a. diagnostische echo's.

Uit de maartcijfers is een overschrijding van € 10 miljoen op het kader verloskunde gebleken (t.o.v. een totale begroting van € 164 miljoen). Er is in 2010 sprake geweest van een lichte daling van het aantal geboortes en de overschrijding kan dan ook niet zijn veroorzaakt door reguliere verloskundige zorg. De oorzaak daarvoor moet gezocht worden in een toename van het uitgaven aan diagnostische echo's en prenatale screening.

Navraag bij een aantal verzekeraars toont aan dat met name bij de diagnostische echo's sprake is van een (behoorlijke) volumestijging. De KNOV gaf tijdens het gesprek op 23 juni 2011 aan dat beeld wel te herkennen, maar ook verklaarbaar te vinden. Mede door de aandacht die er de afgelopen tijd geweest is rondom het onderwerp «perinatale sterfte is de maatschappelijke druk op verloskundigen om meer echo's te doen toegenomen. In hoeverre dit altijd medisch noodzakelijk is blijft onduidelijk. De KNOV acht dit primair een taak voor de zorgverzekeraar om hierop te sturen, maar ziet ook zeker een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroep en is bereid om mee te zoeken naar een beter beheersbaar systeem.

In het gesprek met de KNOV is ook uitgebreid stilgestaan bij de stijging van de uitgaven aan prenatale screening. De tariefsaanpassing die de NZa daarvoor per 2010 heeft doorgevoerd had te maken met een «achterblijvend» volume aan prenatale screening (ten opzichte van eerdere ramingen). Om het tarief toch kostendekkend te houden is er destijds voor gekozen het tarief te verhogen. Inmiddels wijzen de cijfers van verzekeraars erop dat het volume wel licht stijgt.

Navraag bij de Nza en nadere analyse van het kader verloskunde heeft inmiddels duidelijk gemaakt dat de budgettaire consequenties van deze tariefsverhoging abusievelijk niet zijn verwerkt in het BKZ. De inschatting van de NZa in 2009 was dat de macromeerkosten ca € 6 miljoen zouden bedragen en ik zal dit bedrag dan ook in mindering brengen op de eerder aangekondigde korting van € 10 miljoen.

Het overige bedrag van de korting, te weten € 4 miljoen, handhaaf ik wel gezien de stijging van het aantal echo's – waarbij niet duidelijk is hoe doelmatig deze altijd zijn – en het geconstateerde (licht) stijgende volume aan prenatale screening.

Verder zal ik om toekomstige discussies over volumestijgingen in de verloskunde te voorkomen nader in overleg met de KNOV treden over de mogelijkheden voor een beter beheersbaar systeem rondom diagnostische echo's.

III. Beoordeling financieel voorstel PvdA

Tijdens het Algemeen Overleg van 22 juni 2011 heeft de PvdA om een reactie gevraagd op een alternatief dekkingsvoorstel van € 640 miljoen, zoals opgenomen in het verkiezingsprogramma van de PvdA. Het CPB heeft deze dekkingsvoorstellen doorgerekend in Keuzes in Kaart 2010. Hierbij mijn reactie.

Algemeen

In de eerste plaats kan worden opgemerkt dat de PvdA in het verkiezingsprogramma andere keuzes maakt dan die in het Regeerakkoord zijn gemaakt. Dit kabinet kiest er voor om zo snel mogelijk de overgang te maken naar een stelsel waarin de zorgverzekeraar selectief inkoop op prijs, kwaliteit en doelmatigheid en waarin de zorgaanbieder ruimte krijgt om maatwerk te bieden aan de goed geïnformeerde patiënt.

Deze transitie duurt deze kabinetsperiode en zal ook daadwerkelijk pas op die termijn vruchten afwerpen. In het regeerakkoord is in het licht van de invoering van prestatiebekostiging, uitbreiding van het B-segment en het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars een besparing ingeboekt van € 90 miljoen in 2015 en ruim € 300 miljoen structureel.

De zorgsector kan in deze kabinetsperiode groeien met € 15 miljard. Overschrijdingen zal ik terughalen om de premiebetaler te beschermen en de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Hieronder ga ik nader in op de voorstellen van de PvdA.

Concentratie van topzorg

Hoewel ik voorstander ben van het verbeteren van de kwaliteit van zorg door specialisatie in functies als topzorg en specifieke behandelingen deel ik de keuzes die de PvdA voorstaat van het verplicht concentreren van bepaalde zorgfuncties als spoedeisende hulp en topzorg niet. De PvdA boekt voor 2012 € 200 miljoen in voor verplichte concentratie van topzorg en specifieke behandelingen. Het kabinetsbeleid is gericht op specialisatie van hoogcomplexere zorg waar weinig patiënten voor zijn. Dat zal zeker op termijn (dus niet al in 2012) geld opleveren. Geld dat nodig is om de structurele groei op te vangen. Deze dekking is derhalve niet haalbaar voor de voorgestelde maatregelen om in 2012 de overschrijdingen terug te halen.

Ambulancezorg

De PvdA spreekt ook over mogelijke opbrengsten bij de ambulancezorg. Met ingang van 1 januari 2011 heb ik de sector een efficiëncytaakstelling opgelegd die oploopt tot circa 10% in 2013. Over deze zaken heb ik met Ambulancezorg Nederland afspraken gemaakt in een convenant. De efficiëncykorting bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder de bevrozing van een aantal volumeparameters en een vermindering van de budgetten vanaf 2011. Ik zie op dit moment geen ruimte en aanleiding voor een aanvullende taakstelling.

Naast het reguliere ambulancevervoer zijn er de zogenoemde MICU's (mobiele intensive care units). Het MICU-vervoer is bedoeld om patiënten van de ene intensive care afdeling naar een andere intensive care afdeling te brengen omdat er behoefte is aan een hoger level IC-zorg, danwel omdat juist volstaan kan worden met een lager level. In dat laatste geval kan transport bijvoorbeeld aangewezen zijn om ruimte te maken op de zwaardere IC-afdeling. Ik zie hier geen besparingsmogelijkheden.

Normeren topinkomens in de zorg

De PvdA stelt voor de inkomens van bestuurders in de zorg te verlagen. Daarmee zou een besparing van € 300 miljoen op de zorguitgaven kunnen worden gerealiseerd. Opgemerkt dient te worden dat ik ook streef naar beperking van de bovenmatige inkomens van bestuurders van zorginstellingen. Een wetsvoorstel terzake ligt in uw Kamer.

In dat licht is in het regeerakkoord reeds een besparing ingeboekt vanaf 2015 in verband met governance en het versterken van de positie van de Raden van Bestuur ten opzichte van de medisch specialisten. Daar is al € 110 miljoen voorzien als besparing door de genoemde versterking van de positie van Raden van Bestuur, governance, taakherschikking ende invoering van de wet normering topinkomens. Daarmee is ook voor deze groep al een – gelet op de totale kosten van de bestuurdersinkomens en de eerdere analyses over de huidige hoogtes ervan – ambitieuze taakstelling geformuleerd. Omrekening van het bedrag dat de PvdA hiervoor inboekt naar bestuurders die jaarlijks gemiddeld een nieuwe arbeidsovereenkomst aangaan (daar komt de Wet Normering Topinkomens tot materiële uitwerking), resulteert in irreële taakstellingen op individuele bestuurdersinkomens. De voorgestelde dekking is derhalve niet deugdelijk.

In het verkiezingsprogramma stelt PvdA ook voor de inkomens van medisch specialisten te verlagen (besparing € 300 miljoen). Ik wijs er op dat mijn voorganger de tarieven van medisch specialisten reeds fors heeft gekort.

Via het gesloten convenant met de Orde van Medisch Specialisten en het beheersmodel dat ik vanaf 2012 wil invoeren zorg ik ervoor dat de uitgaven aan medisch specialisten binnen de beschikbare kaders blijven en een beheerst groeipad laten zien. De potentiële besparing die de PvdA voorstelt is al bereikt, maar dan op een andere wijze. Een wijze die geen verplichtingen oplegt met betrekking tot inkomens en verschillen tussen inkomens van specialisten op basis van kwaliteit en prestatie mogelijk maakt.

Geneesmiddelen

Herberekening of gedeeltelijke herberekening van het Geneesmiddelvergoedings-systeem (GVS) is al eerder voorgesteld als dekkingsalternatief. Een motie van de heer Van der Veen cs. over een gedeeltelijke herberekening – alleen voor maagzuurremmers – is enkele dagen geleden /op 21 juni 2011 door de Kamer verworpen (Tweede Kamer 2010–2011, 29 477, nr 160).

Volledige herberekening van de GVS-vergoedingslimieten is vorig najaar opgevoerd en afgewezen als dekkingsalternatief voor eigen betalingen voor paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg. In de brief van 6 september 2010 is door mijn ambtsvoorganger uitvoerig ingegaan op de opbrengstberekening van het College voor zorgverzekeringen aan de hand van de prijzen van juli 2010. Daarnaast heeft hij een inschatting gemaakt van de maatschappelijke gevolgen van een volledige herberekening van het GVS (Tweede Kamer 2009–201, 32 123 XVI, nr. 164). In de brief wordt geconcludeerd dat de opbrengst van een herberekening van het GVS per saldo ten hoogste € 28,3 miljoen zou bedragen en dat, afhankelijk van het prijsgedrag van fabrikanten, er een risico is dat herberekening zelfs tot hogere uitgaven leidt. Herberekening van het GVS levert dan ook niet het veronderstelde bedrag van € 100 miljoen op.

Bij deze opbrengstberekening is uitgegaan van een maximale eigen betaling van € 200,- per (chronische) gebruiker en is rekening gehouden met de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget. Het afzien van een maximering van de eigen betaling zou een nog hogere bijbetaling betekenen voor een groep chronische, vaak oudere patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken.

De in de brief van 6 september 2010 opgenomen gegevens zijn de meest recente opbrengstgegevens waarover VWS beschikt. Ik zal deze berekening niet actualiseren nu de motie van de heer Van der Veen cs. waarbij verzocht wordt een gespecificeerde berekening te sturen van de opbrengst van een GVS- actualisering, door de Kamer op 21 juni 2011 is verworpen.

Wat de genoemde € 40 miljoen opbrengst ten aanzien van een overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget betreft: de beoogde, door ziekenhuizen te realiseren inkoopvoordelen zijn inderdaad al ingeboekt in verband met de overheveling van TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget per 1 januari 2012.

Tot slot

Overigens kan opgemerkt worden dat in de doorrekening van het verkiezings-programma van de PvdA door het CPB is opgenomen de aanspraken op paramedisch zorg in te perken. Daarnaast om eenvoudige verbandmiddelen, maagzuurremmers, cholesterolverlagers en «lichte» GGZ-diagnosen niet langer te vergoeden. In dit verband wordt een besparing van 700 miljoen opgenomen. Gedeeltelijk komen de voorstellen

die ik nu heb gedaan dus overeen met die van de PvdA. Daarbij is relevant dat in mijn voorstellen langdurige gebruikers van maagzuurremmers worden ontzien.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers