

Vergaderjaar 2005–2006

30 300 XVI

van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 7

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIEN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 september 2005

Aanleiding

In vervolg op mijn brief van 4 mei jl. (29 800 XVI, nr. 166) en in antwoord op uw verzoek van 16 september jl. ontvangt u hierbij aanvullende informatie over de effecten van de pakketmaatregelen die per 1 januari 2004 zijn ingevoerd. Dit ter voorbereiding op het AO Evaluatie pakketmaatregelen van 6 oktober a.s. In deze brief vermeld ik, mede namens de staatssecretaris, per maatregel de budgettaire en beleidsmatige effecten zoals deze op dit moment bekend zijn.

Achtergrond ombuigingsmaatregelen

De achtergrond van de ombuigingsmaatregelen is er een van stijgende zorguitgaven en de uitdaging van de vergrijzing op langere termijn. Om het zorgstelsel voldoende toekomstbestendig te maken dienen heldere keuzes te worden gemaakt en waren ombuigingsmaatregelen noodzakelijk. Kern van de zaak is dat er een beter evenwicht moet komen tussen de collectieve verantwoordelijkheid en de eigen verantwoordelijkheid, zowel voor zorgconsument als zorgaanbieder.

Zoals in de brief van 4 mei jl. vermeld, zijn de volgende randvoorwaarden bij de keuze voor de maatregelen gehanteerd:

- Zo min mogelijk beperken van echt noodzakelijke medische zorg, waarvoor verzekerden zelf geen verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Acceptabele effecten voor chronisch zieken
- Acceptabele gevolgen voor het besteedbaar inkomen
- Eenvoudig en uitvoerbaar

De eerste randvoorwaarde houdt in dat wie ziek is of zorg nodig heeft, geholpen moet kunnen worden. Daarnaast speelde bij onze afwegingen een rol of de zorg naar verwachting te herverzekeren is en of de maatregel voor bepaalde groepen door flankerend beleid kan worden verzacht.

Bij de begrotingsbehandeling 2004 zijn de volgende ombuigingsmaatregelen vastgesteld:

Maatregelen ziekenfondspakket

- Zittend ziekenvervoer
- Fysio- en oefentherapie
- Tandheelkundige zorg
- Vruchtbaarheidsbevorderende medicatie
- Anticonceptie
- Zelfzorggeneesmiddelen
- Sterilisatie

Maatregelen AWBZ

- Psychotherapie
- Schrappen zorgvernieuwing thuiszorginstellingen en verpleeghuizen en niet aan productie gerelateerde middelen thuiszorginstellingen
- Eigen betalingen intra- en extramuraal

Bovenstaande maatregelen zijn daadwerkelijk doorgevoerd per 2004. In overleg met de Tweede Kamer is een aantal van de maatregelen verzacht bepaalde groepen patiënten te hard werden getroffen. Ook is om kwetsbare groepen tegemoet te komen per 1 januari 2004 de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Tbu) van kracht geworden. Hiermee kunnen mensen met een laag inkomen een deel van de extra kosten die zij voor zorg moeten maken via de belastingdienst terugkrijgen, ook als zij daarvoor via de normale buitengewone uitgavenaftrek onvoldoende mogelijkheden hebben.

Per maatregel schets ik hieronder de budgettaire en beleidsmatige effecten zoals deze op dit moment bekend zijn.

Zittend ziekenvervoer

De regeling zittend ziekenvervoer is op 1 juni 2004 in werking getreden. In de nieuwe regeling worden vervoerskosten (kosten voor openbaar vervoer, taxi of eigen auto in verband met geneeskundige behandeling) beperkt vergoed (is beperkt tot vier doelgroepen en hardheidsclausule). De in de begroting 2004 opgenomen maatregel betrof het geheel schrappen van het ziekenvervoer uit het ziekenfondspakket. Deze maatregel zou € 135 mln. opleveren. Uiteindelijk is de verstrekking in versoberde vorm gehandhaafd. Hierdoor kan de beoogde besparing van € 135 mln. niet meer worden gerealiseerd. Met ingang van 1 juni 2004 is de regeling zittend ziekenvervoer beperkt tot vier groepen (nierdialysepatiënten, radiotherapie- en chemokuurpatiënten, visueel gehandicapten en rolstoelgebruikers). In schrijnende gevallen kan een beroep worden gedaan op een hardheidsclausule. Totaal netto (excl. eigen betalingen) is er € 125,3 mln. beschikbaar.

Het budgettaire effect van de maatregel is het saldo van de oorspronkelijk geraamde opbrengst (€135 mln.) en het huidige budgettaire beslag (€ 149 mln. in 2004 en € 125,3 mln. in 2005 e.v.) Het geraamd budgettaire effect in netto BKZ-termen opgenomen in de begroting 2006 bedraagt -/- € 14 mln. in 2004 en € 9,7 mln. vanaf 2005.

In vergelijking met het uitgavenniveau in 2003 (netto € 188 mln.) heeft een aanzienlijke daling plaatsgevonden.

Bij klachten kunnen burgers in eerste instantie bij de zorgverzekeraars terecht, daarna wordt advies gevraagd aan het CVZ wanneer zij bezwaarschriften van verzekerden af willen wijzen. In 95% van de gevallen is de Commissie het eens met de beslissing van het ziekenfonds. Uit onderzoek van het CVZ blijkt dat er geen signalen zijn dat er vervanging plaatsvindt van zittend ziekenvervoer door bijvoorbeeld ambulance-

vervoer. Het CVZ heeft op 20 juni 2005 het evaluatierapport Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet afgerond. De conclusie was dat het de aanspraken aanzienlijk heeft beperkt waardoor het doel van bezuinigen gerealiseerd is. Een reactie op het CVZ rapport zal nog voor de begrotingsbehandeling aan de Tweede kamer worden toegezonden.

Fysio- en oefentherapie

Deze maatregel houdt in dat vanaf 1 januari 2004 de eerste negen zittingen fysio- en oefentherapie voor volwassenen niet meer worden vergoed. Personen boven de 18 jaar hebben alleen aanspraak op fysio- of oefentherapie vanaf de tiende zitting als zij een aandoening hebben die voorkomt op de zogenaamde «chronische lijst».

De raming van de opbrengst bedroeg € 475 mln. in 2004 en € 525 mln. vanaf 2005. Naar huidige inzichten valt de verwachte opbrengst tegen: € 434 mln. in 2004 en € 491 mln. vanaf 2005. Dit is ruim € 41 mln. minder dan verwacht in 2004 en € 34 mln. vanaf 2005.

Uit cijfers van het NIVEL en het CVZ blijkt dat er in 2004 een toename van 30% is van het aantal zittingen binnen de chronische lijst. Dit lijkt de belangrijkste oorzaak van de tegenvallende opbrengst in 2004. Waarom het aantal zittingen op de chronische lijst stijgt, is op dit moment niet bekend. Het valt niet uit te sluiten dat burgers sneller als «chronische patiënt» worden bestempeld. Daarom heeft het CVZ een circulaire aan zorgverzekeraars gestuurd om doel en reikwijdte van de aanspraak fysio- en oefentherapie nogmaals onder de aandacht te brengen. Er bestaat op dit moment geen reden om aan te nemen dat als gevolg van de maatregel de toegang tot fysio- en oefentherapie is beperkt. Zo blijkt uit cijfers van Zorgverzekeraars Nederland dat 90–95% van de ziekenfondsverzekerden aanvullend is verzekerd voor fysiotherapie. Ook met de vraaguitval valt het mee. Het NIVEL berekent sinds de maatregel een vraaguitval van 6,1% in het derde compartiment.

Tandheelkundige zorg volwassenen

Deze maatregel houdt in dat de vergoeding voor tandartszorg voor volwassenen, inclusief het periodiek onderhoud, is vervallen per 1 januari 2004.

De opbrengst van deze maatregel is in de begroting 2004 geraamd op € 200 mln. Uiteindelijk heeft zich in 2004 een besparing van € 165 mln. voorgedaan.

De lagere opbrengst is waarschijnlijk veroorzaakt door een stijging van het aantal tandheelkundige implantaten. Deze implantaten mogen alleen vergoed worden wanneer door de staat van de kaak geen kunstgebit mogelijk is. Mogelijk zijn de voorwaarden voor vergoeding niet voldoende bekend bij de zorgverzekeraars. Het CVZ heeft daarom in 2005 een circulaire gestuurd aan de zorgverzekeraars waarin wordt gewezen op de voorwaarden voor de aanspraak op implantaten.

Het vervallen van de aanspraak op periodiek onderhoud hoeft niet te leiden tot een verminderde gang naar de tandarts. Immers, ruim 80% van de volwassen ziekenfondsverzekerden is aanvullend voor tandheelkundige hulp verzekerd, zo blijkt uit cijfers van het CVZ. De jeugd tot achttien jaar is verzekerd voor periodiek onderhoud. Uit het jongste rapport van CVZ (april 2005), blijkt een lichte daling in het tandartsbezoek. Een eerste verkenning toont aan dat ook het tandartsbezoek van particuliere verzekerden eenzelfde daling laat zien. Mogelijk gaat het om een autonome ontwikkeling die los staat van de pakketmaatregel. Bij brief van 2 juni 2005

(29 800 XVI) heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn standpunt op het rapport van CVZ.

Vruchtbaarheidsbevorderende medicatie

Deze maatregel houdt in dat per 1 januari 2004 alle vruchtbaarheidsbevorderende medicatie niet meer wordt vergoed, behalve de medicatie behorend bij de tweede en derde IVF-behandeling.

De maatregel staat met name bekend om het niet langer vergoeden van de eerste IVF-behandeling, maar behelst ook de medicatie voor overige vruchtbaarheidsbevorderende verrichtingen, zoals stimulatie van de eisprong bij kunstmatige inseminatie.

Het geraamd budgettaire effect in netto BKZ-termen zoals opgenomen in de begroting 2004 bedraagt € 30 mln. per jaar. Uit gegevens van het CVZ blijkt dat dit beoogde budgettaire effect is gerealiseerd.

Volledige cijfers over het aantal IVF-behandelingen in 2004 zijn nog niet bekend. Hierover wordt u in het najaar geïnformeerd. Wel hebben we gegevens van 4 van de 13 centra die IVF-behandelingen uitvoeren. Deze 4 centra laten een beperkte daling zien in het aantal behandelingen in het jaar 2004.

Voor het zomerreces bent u reeds geïnformeerd over de doelmatigheidsonderzoeken bij ZonMw¹. ZonMw concludeert dat er door doelmatiger werken fors (maximaal € 25 mln.) kan worden bezuinigd bij vruchtbaarheidsbehandelingen. De grootste bezuiniging moet echter worden gehaald door ander voorschrijfgedrag van de behandelaars: er kan vaak langer worden gewacht voordat wordt besloten tot een vruchtbaarheidsbevorderende maatregel en er kan regelmatig minder medicatie worden voorgeschreven. Daarnaast kan in een aantal gevallen worden besloten om slechts één embryo terug te plaatsen. Omdat het niet gaat om generieke aanpassingen in behandelbeleid, kan deze doelmatigheidswinst niet afgedwongen worden via de aanspraak of vergoedingssystematiek.

Gezien de conclusies in het ZonMW-rapport dat er in veel gevallen langer gewacht kan worden op een spontane zwangerschap en de mogelijkheid om de medicatie bij vruchtbaarheidsbehandelingen weg te laten of te verminderen, kunnen de geconstateerde ontwikkelingen ook wijzen op een grotere doelmatigheid bij de uitvoering van deze behandelingen. De studies van ZonMw hebben mij er niet van overtuigd dat een andere invulling van de bezuiniging beter zou zijn. De maatregel zal niet worden aangepast, maar uit de studies is wel gebleken dat de kosten voor de patiënt verminderd kunnen worden.

Anticonceptie

Deze maatregel houdt in dat anticonceptiva (pil, spiraal, morning after-pil) vanaf 1 januari 2004 niet meer worden vergoed voor vrouwen vanaf 21 jaar.

Het geraamd budgettaire effect in netto BKZ-termen zoals opgenomen in de begroting 2004 bedraagt € 70 mln. per jaar. Uit gegevens van het CVZ blijkt dat het beoogde budgettaire effect is gerealiseerd.

Het gebruik van anticonceptiva is niet of nauwelijks afgenomen. Er vindt wel een verschuiving plaats van orale anticonceptiva naar de lokale anticonceptiva zoals het hormoonbevattende spiraaltje. Dit kan onder andere het gevolg zijn van financiële overwegingen van vrouwen, omdat zij bij gebruik van het spiraaltje vijf jaar lang beschermd zijn tegen zwangerschap.

¹ Doelmatigheidsstudies ZonMw, 29 800 XVI, nr. 191.

Een groot aantal ziekenfondsen heeft anticonceptie voor vrouwen vanaf 21 jaar opgenomen in de aanvullende verzekering.

Uit cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg¹ blijkt dat er niet of nauwelijks sprake is van een toename van het aantal abortussen. Het totale aantal uitgevoerde abortusbehandelingen in 2004 is ongeveer gelijk aan het aantal in 2003.

Zelfzorggeneesmiddelen

Bij de voorbereiding van de begroting 2004 is besloten zelfzorggeneesmiddelen (geneesmiddelen zonder recept verkrijgbaar) niet meer te vergoeden tenzij ze langer dan één jaar worden gebruikt. Tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen over de begroting 2004 is vervolgens besloten de zelfzorggeneesmiddelen volledig van vergoeding uit te sluiten. De geraamde opbrengst lag hierdoor per saldo € 55 mln. hoger dan voorheen en komt uit op € 115 mln. Bij de berekening van de geraamde opbrengst is rekening gehouden met substitutie. Uit gegevens van het CVZ/SFK blijkt dat de realisatie in 2004 € 84 mln. bedraagt. De opbrengst van de maatregel is in 2004 dus € 31 mln. lager dan geraamd.

Bij de begrotingsbehandeling 2005 is besloten om vijf groepen van zelfzorggeneesmiddelen per 1 januari 2005 weer voor vergoeding in aanmerking te laten komen, wanneer deze geneesmiddelen langer dan zes maanden worden gebruikt (chronisch gebruik). Met deze wijziging wordt tegemoet gekomen aan patiënten met een ernstige chronische aandoening die langdurig op zelfzorgmiddelen zijn aangewezen en deze in grotere hoeveelheden moeten gebruiken; zij werden met hoge kosten geconfronteerd.

Sterilisatie

Deze maatregel houdt in dat sterilisaties bij mannen en vrouwen niet meer worden vergoed.

Het schrappen van de sterilisaties uit het ziekenfondspakket heeft plaatsgevonden ter dekking van de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer (motie Schippers/Lambrechts).

Het geraamd budgettair effect in netto BKZ-termen was € 15 mln. in 2004 en € 26 mln. vanaf 2005. Aangezien de uitwijkmogelijkheden naar andere behandelingen afwezig zijn, was het nagenoeg zeker dat de opbrengst zou worden gehaald. Deze opbrengst komt vrijwel geheel tot stand doordat de ingreep thans voor eigen rekening wordt uitgevoerd.

Een fractie van de opbrengst komt voort uit het feit dat iets minder vrouwen zich lieten steriliseren. De opbrengst lijkt gehaald, maar hierover blijft enige onzekerheid omdat poliklinische ingrepen in ziekenhuizen en ingrepen door huisartsen niet in de Landelijke Medische Registratie (LMR) geregistreerd worden.

Bij de mannen is het aantal in de LMR geregistreerde sterilisaties in 2004 licht toegenomen. Dit kan deels samenhangen met het feit dat de keuze wie zich binnen een voltooid gezin laat steriliseren vaker valt op de man vanwege de lagere kosten. Bij vrouwen is het aantal ingrepen in 2004 wel gedaald met circa 10%. Het is niet zeker of deze daling is toe te schrijven aan de pakketmaatregel omdat zich ook in 2003 al een flinke daling voerdeed.

¹ Staatstoezicht op de volksgezondheid; jaarrapportage 2004 Wet afbreking zwangerschap.

Aantal sterilisaties

	2002	2003	2004
Sterilisatie man dagbehandeling	3 209	4 229	4 289
Sterilisatie man klinisch	79	79	94
Sterilisatie vrouw dagbehandeling	8 838	8 397	7 599
Sterilisatie vrouw klinisch	658	646	593

Psychotherapie

Deze maatregel houdt in dat vanaf 1 januari 2004 maximaal 30 behandelingen psychotherapie vergoed worden. Met ingang van 15 oktober 2004 is deze maatregel versoepeld. Voor kinderen en jeugdigen, alsmede voor personen met persoonlijkheidsstoornissen is het aantal te vergoeden zittingen verruimd naar maximaal 50 en bij psychoanalytische behandelingen geldt geen maximum meer. Voor de psychoanalytische behandelingen werkt de verruiming terug tot 1 januari 2004. Bij de overige stoornissen (zoals stemming- & angststoornissen) bedraagt het maximum 25 zittingen.

Daarnaast is voor de behandelingen die vergoed worden de eigen bijdrage voor de patiënten verhoogd van € 10,40 tot € 15,- per zitting (tot een maximum € 675,- per kalenderjaar).

De verwachte opbrengst, zoals opgenomen in de begroting 2004, bedraagt € 74 mln. in 2004 en € 79 mln. vanaf 2005.

In het kader van de monitor pakketmaatregel psychotherapie heeft VWS informatie ontvangen van GGZ-Nederland, CVZ, ZN, NVP (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie), NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), NVVP (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten) en NIP (Nederlands Instituut van Psychologen). De aangeleverde informatie is dusdanig verschillend dat nadere analyse noodzakelijk is. Nog voor de begrotingsbehandeling worden de resultaten van de monitor psychotherapie aan u gezonden.

Zorgvernieuwing en overige niet aan productie gerelateerde middelen

Verpleeghuizen en thuiszorginstellingen krijgen met ingang vanaf 2004 niet langer apart geld voor zorgvernieuwing als daar geen directe productieafspraken voor gemaakt worden. Thuiszorginstellingen ontvangen ook niet langer de resterende niet aan productie gerelateerde middelen.

De geraamde opbrengsten van de maatregel waren € 170 mln vanaf 2004. Deze opbrengst is gerealiseerd. Voor 2004 is incidenteel nog € 40 mln. ingezet voor zorgvernieuwing in de verpleeghuizen en thuiszorg.

Een deel van de zorgvernieuwingsmiddelen werd besteed aan zorgzwaartefinanciering. Om de kwaliteit van zorg AWBZ-breed te verbeteren komen in 2006 middelen beschikbaar voor zorgzware cliëntgroepen. In de verpleeghuissector komt hiervoor € 80 mln. beschikbaar. Voor de gehandicaptenzorg gaat het om € 37 mln., voor de extramurale zorg € 17 mln. en voor de GGZ € 5 mln. Over de aanwending van deze extra middelen zal ik u nog voor de begrotingsbehandeling nader informeren.

Eigen bijdragen intra- en extramuraal

Deze maatregel houdt in dat de eigen bijdragen voor de intra- en extramuraal AWBZ-zorg zijn verhoogd.

De geraamde opbrengsten voor de maatregel waren € 180 mln. vanaf 2004. Dit is € 30 mln. voor de intramurale zorg en € 150 mln. voor de extramurale zorg. De *totale* opbrengsten aan eigen bijdragen waren in 2004 lager dan geraamd. In verband hiermee wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de rechtmatigheid van de inning van eigen bijdragen. Dit zal in oktober gereed zijn.

Er hebben twee peilingen plaatsgevonden naar aanleiding van de verhoging van de eigen bijdrage thuiszorg. Uit de peiling blijkt dat landelijk 1,6% van het totaal aantal cliënten dat begin 2004 thuiszorg ontving, de thuiszorg volledig heeft opgezegd. De opgezegde thuiszorg bestaat bijna volledig uit huishoudelijke verzorging en het gemiddeld aantal uren zorg dat per week werd ontvangen is lager dan het gemiddelde. Deze typering komt overeen met de 2% van het totale aantal cliënten dat eind 2003 thuiszorg ontving en die de thuiszorg volledig hebben opgezegd in de periode van medio december 2003 tot en met januari 2004 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 23 235, nr. 72). Deze zogenaamde eerste golf opzeggers hebben voornamelijk opgezegd naar aanleiding van de algemene CAK- brief over de verhoging van de eigen bijdrage.

De opzeggers hebben ten opzichte van de totale groep een lage gemiddelde leeftijd (van 59 jaar), veel vaker een partner (in driekwart van de gevallen) en een hoger dan gemiddeld inkomen. Daarnaast heeft driekwart van de opzeggers een alternatief gevonden in mantelzorg, in een vrijwilliger, zelfredzaamheid en particuliere zorg. Verder heeft nog een zeer klein percentage (minder dan 0,3% van het totale aantal cliënten begin 2004) de thuiszorg gedeeltelijk opgezegd. Ook hierbij ging het bijna altijd om huishoudelijke verzorging. Het oorspronkelijke aantal uren werd gehalveerd (van 4 naar 2 uur).

Tot slot

Op dit moment zijn er geen signalen dat de maatregelen (een groep) zorgconsumenten of zorgaanbieders onevenredig zwaar belast. Met bovenstaande maatregelen is een balans bereikt tussen de omvang van het verzekerde pakket en de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de zorgaanbieder.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst