

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

3163

Vragen van de leden **Ellemeet** en **Snels** (beiden GroenLinks) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Medische Zorg en van Financiën over *het bericht dat het kabinet € 2 miljard per jaar kan besparen op diabeteszorg (voor type 2) door betere, meer duurzame en goedkopere diabeteszorg* (ingezonden 17 mei 2019).

Antwoord van Staatssecretaris **Blokhuis** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de ministers van Financiën en voor Medische Zorg (ontvangen 26 juni 2019) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 2903

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het artikel «Hoe het komt dat we steeds meer pillen slikken ook als het niet nodig is»¹ en het artikel «Diabeteszorg kan beter én jaarlijks miljarden goedkoper»²? Wat is uw inhoudelijke reactie op deze oproep van een brede groep hoogleraren, medici en economen?

Antwoord 1

Ja, ik heb beide artikelen met interesse gelezen en ambtenaren van VWS hebben ook contact met de auteurs. Ik herken zeker het belang van leefstijl bij het voorkomen, behandelen en verder verergeren van ziektes, zoals diabetes. Als mensen door een gezondere leefstijl geen diabetes krijgen, beter met hun ziekte omgaan, of zelfs deels kunnen genezen, is dat van grote meerwaarde voor hun kwaliteit van leven en participatie in de samenleving. Ook kan het voor ons allemaal de zorgkosten verlagen.

Vraag 2

Kunt u de leden van de Sociaal Economische Raad (SER) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), die op dit moment werken aan een advies over de betaalbaarheid van de zorg, vragen om deze oproep mee

¹ <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/04/05/hoe-het-komt-dat-we-steds-meer-pillen-slikken-ook-als-het-niet-nodig-is-a3955961>

² <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/05/15/diabeteszorg-kan-beter-en-jaarlijks-miljarden-goedkoper-a3960379>

te nemen in hun onderzoek? Zou u dit ook willen doen bij de leden van de commissie Repping?³

Antwoord 2

Ik zal dit meegeven aan zowel de Sociaal Economische Raad (SER) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Gelet op hun onafhankelijkheid is het aan deze organisaties om te bepalen of ze deze oproep meenemen in hun onderzoek. Ook het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik dat door Sjoerd Repping wordt opgezet in opdracht van de partijen bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg is onafhankelijk. Ik kijk uit naar de rapportage die in juni wordt opgeleverd. Uiteindelijk moet de opzet van het verdere programma ertoe leiden dat de kwaliteitscyclus van agenderen, evalueren en implementeren en monitoren onderdeel wordt van het reguliere zorgverleningsproces. Hoe dit zal gebeuren en welke vragen er behandeld worden, zal gezamenlijk moeten worden bepaald door de partijen van het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistisch zorg.

Vraag 3

Constaateert ook u dat leefstijlgeneeskunde in belangrijke mate kan bijdragen aan klachtenreductie of zelfs remissie bij een breed spectrum van (dure) aandoeningen zoals darmziekten, hart- en vaatziekten astma, depressie, dementie en chronische ontstekingen?

Antwoord 3

Als we het hebben over leefstijlgeneeskunde, gaat het mijn inziens om het geven van leefstijladvies of het toepassen van een leefstijlinterventie, door – of na verwijzing van – zorgverleners in het curatieve domein. Het gaat dan om geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie, die in de praktijk zowel een preventieve als een curatieve (remissie of voorkomen van verergering van een bestaande ziekte) werking kan hebben.

Ik ben het met u eens dat leefstijlgeneeskunde een positieve bijdrage kan leveren aan remissie of klachtenreductie bij een aantal chronische aandoeningen.

Echter, niet voor alle aandoeningen zijn leefstijlinterventies bewezen effectief. Ook moet de patiënt heel erg gemotiveerd zijn en is intensieve begeleiding nodig om de gezonde leefstijl vol te houden en niet terug te vallen in het oude patroon. Er is zeker potentie voor besparingen, maar die zijn zeker nog niet altijd bewezen en realiseren we ook niet zonder meer. Als dat niet gebeurt, betalen we zowel de preventieve interventie als de (ongewijzigde) zorgkosten.

In Nederland bestaat de mogelijkheid om leefstijlinterventies te laten toetsen op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid door experts uit wetenschap en praktijk. Deze beoordeling wordt gedaan door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zorginstituut Nederland kan daarnaast nagaan of de interventie als verzekerde zorg kan worden beschouwd. Het is aan trekkers van veelbelovende initiatieven, zoals KeerDiabetes2Om, om hun interventie in te dienen bij het RIVM voor de eerste stap in het erkenningstraject. Ik moedig ze daartoe ook aan.

Ook vind ik dat er meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van leefstijlinterventies en welke randvoorwaarden hierbij een rol spelen. Daarom heb ik – in navolging van de motie Ellemeet/Dik Faber⁴ – ZonMw onlangs gevraagd om klinisch onderzoek uit te zetten op het thema leefstijlgeneeskunde. De subsidieoproep staat per 18 juni jl. open. Het onderzoeksbudget bedraagt 1 miljoen euro. Het betreft onderzoek naar de (kosten)effectiviteit en inzicht in succesvolle implementatie van leefstijlgeneeskunde, inclusief de gewenste gedragsverandering bij (zorg)professionals en patiënten. De resultaten van dit onderzoek moeten bijdragen aan beter inzicht in welke leefstijlinterventies kunnen worden ingezet bij welke (chronische) ziekten en aandoeningen, en bij welke patiënten – en onder welke voorwaarden – leefstijlgeneeskunde succesvol kan zijn. Met deze informatie wordt voldaan aan de toezegging uw

³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/12/20/sjoerd-repping-kwartiermaker-zorgevaluatie-en-gepast-gebruik-bij-zorginstituut-nederland>

⁴ Kamerstuk 31 016, nr. 106.

Kamer voorafgaand aan het Algemeen Overleg Pakketbeheer van 26 juni a.s. te informeren over het onderzoeksprogramma leefstijlgeneeskunde van ZonMw.

Vraag 4

Welke concrete stappen gaat u zetten om een omslag te bevorderen van diabeteszorg en medicalisering naar betere en goedkopere behandelvormen zoals curatieve leefstijlprogramma's en demedicalisering voor (nieuwe) patiënten met diabetes type 2? Wanneer worden, naast de meer algemene GLL, curatieve leefstijlprogramma's voor Diabetes type 2 vergoed vanuit het basispakket als zijnde interventie eerste keus?

Antwoord 4

Voor diabetes type 2 staat in het Nationaal Preventieakkoord een actie om te komen tot een integrale aanpak op een gezonde leefstijl voor mensen met overgewicht of obesitas en diabetes mellitus type 2. Daarnaast is in het Nationaal Preventieakkoord opgenomen dat er een ketenaanpak wordt ontwikkeld voor volwassenen met obesitas en/of diabetes mellitus type 2. Deze actie sluit aan bij de bestaande ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas en richt zich op een goede samenwerking tussen professionals uit het sociaal domein én het zorgdomein. Mogelijk kan deze aanpak vallen binnen de (keten)zorg voor mensen met diabetes en is daarmee vergoeding vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet mogelijk. Dit zal afhangen van de precieze inhoud van de integrale aanpak en in hoeverre deze aan de criteria voor opname in het basispakket voldoet. Overigens wil ik erop wijzen dat de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) een vorm is van leefstijlgeneeskunde en ook door mensen met diabetes kan worden gevolgd. Juist door hun chronische aandoening komen zij hiervoor al met licht overgewicht (BMI>25) in aanmerking.

Vraag 5

Bent u ook van mening dat leefstijlprogramma's kunnen leiden tot besparingen zoals genoemd in het artikel? Herkent u zich in de genoemde besparingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Zie mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 6

In hoeverre worden dergelijke besparingen meegenomen bij budgettaire besluiten van het kabinet? In hoeverre laten de huidige begrotingsregels extra uitgaven toe die op lange termijn leiden tot structurele besparingen? Wat zouden de gevolgen zijn van het bovengenoemde voorstel voor het zorgkader?

Antwoord 6

De verwachte besparingen van uitgaven worden betrokken bij de budgettaire besluitvorming. De onderbouwing van de verwachte effecten is hierbij van belang. Met betrekking tot het voorstel van de auteurs zou nader onderzoek nodig zijn door het RIVM en Zorginstituut Nederland om een inschatting te kunnen maken van het effect op het uitgavenplafond zorg. De begrotingsregels staan niet in de weg van het doen van investeringen. Het kabinet voert een trendmatig begrotingsbeleid, waarbij voor de kabinetsperiode uitgavenplafonds zijn vastgesteld. Het kabinet heeft hierbij gekozen voor een uitgavenniveau waarbij enerzijds ruimte is voor wenselijke investeringen in onder andere zorg, infrastructuur en defensie en anderzijds wordt gewerkt aan gezonde overheidsfinanciën op korte en lange termijn. Eventuele tussentijdse aanvullende investeringen moeten worden ingepast binnen de uitgavenplafonds.

Vraag 7

Is het kabinet bereid om de bovengenoemde besparingsopties mee te nemen in het project «Beleids- en uitvoeringsopties in Beeld» waar het Ministerie van Financiën mee aan de slag gaat?

Antwoord 7

Voor het zomerreces wordt u geïnformeerd over welke onderwerpen in deze exercitie onderzocht worden. Daarbij geldt dat het gaat om ambtelijke verkenningen. Het staat politieke partijen overigens ook vrij om beleidsmaatregelen aan te dragen voor een nieuwe editie van «Zorgkeuzes in Kaart».⁵

Vraag 8

Bent u bereid om in samenwerking met organisaties uit het veld een actieplan op te stellen waarmee negatieve prijsprikkels en onwenselijke markt- en budgetmechanismen worden aangepakt ten behoeve van preventieve en curatieve leefstijlinterventieprogramma's bij onder andere diabetes type 2?

Antwoord 8

Ik wil samen met betrokken veldpartijen inventariseren waarom bepaalde leefstijlinterventies (bijv. interventies bij diabetes) niet van de grond komen of niet worden opgeschaald. Uit die inventarisatie moet blijken op welk terrein mogelijke belemmeringen liggen. Aan de hand daarvan zal ik kijken welke maatregelen nodig zijn om deze leefstijlinterventies verder te brengen. Ik hoop dat ik hierover aan het eind van het jaar meer helderheid heb.

Vraag 9

Bent u bereid om het budget voor leefstijlinterventies structureel te verhogen, gezien de stijging van het aantal patiënten met diabetes en overgewicht en de «return of investment» van deze investering? Zo ja, per wanneer en met welk bedrag? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Voor het jaar 2019 is, na de verhoging bij Voorjaarsnota, een budget van € 7,9 miljoen beschikbaar voor de GLI. Voor de jaren na 2019 loopt dit bedrag op naar € 9 miljoen. Ik beschik nog niet over betrouwbare gegevens over het daadwerkelijke gebruik van de GLI en ik ben niet van plan om hierop vooruit te lopen. Ik wil wel benadrukken dat de GLI is opgenomen in het basispakket. Iedere verzekerde die voldoet aan de voorwaarden voor een GLI, moet deze zorg ook kunnen krijgen. Zorgverzekeraars hebben hiertoe een zorgplicht. De genoemde bedragen betreffen ramingen van de te maken zorgkosten.

Daarnaast heb ik in mijn antwoord op vraag 4 erop gewezen dat in het Nationaal Preventieakkoord de actie is opgenomen om te komen tot een integrale aanpak op een gezonde leefstijl voor mensen met overgewicht of obesitas en diabetes mellitus type 2 en dat er een ketenaanpak wordt ontwikkeld voor volwassenen met obesitas en/of diabetes mellitus type 2. Indien vergoeding vanuit de Zvw mogelijk blijkt, zal ik kijken naar de budgettaire gevolgen hiervan.

Vraag 10

Kunt u aangeven welke concrete acties zijn ondernomen om voeding en leefstijl, vanuit preventief en curatief perspectief, in (vervolg)opleidingen en regulier werkproces te verankeren, zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden van de medisch specialisten, huisartsen en wijkverpleegkundigen?

Antwoord 10

De inhoud van medische (vervolg)opleidingen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, de opleiders en de werkgevers. Deze partijen hebben de benodigde kennis (medisch, technisch, didactisch, etc.) om goed zicht te houden op wat er nodig is aan kennis en vaardigheden om tegemoet te komen aan de zorgvraag van nu en die van de toekomst. Het thema leefstijlgeneeskunde brengen wij als VWS onder de aandacht van betrokken veldpartijen, bijvoorbeeld bij de commissie die in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het raamplan voor de opleiding tot basisarts herziet. Het raamplan beschrijft de inhoud en algemene eindtermen waaraan de opleiding tot basisarts moet voldoen en

⁵ Brief van 10 mei 2019, Kamerstuk 29 689, nr. 985

geeft richting aan het medisch onderwijs. Op basis van het raamplan geven de UMC's afzonderlijk vorm aan de artsopleidingen.

In de hoofdlijnakkoorden (medische specialistische zorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg en huisartsenzorg) is benadrukt dat preventie onderdeel is van de zorg en dat er zowel in de opleiding als in de uitvoeringspraktijk van alle professionals in de zorg en ondersteuning meer aandacht moet zijn voor preventie, leefstijl en vroegsignalering. Zoals afgesproken in het Hoofdlijnakkoord huisartsenzorg gaan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen met het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de opleidingsinstituten in gesprek om te bezien hoe onder andere preventie een belangrijker onderdeel kan worden in de opleidingen. Ook voor de medisch specialistische zorg is afgesproken dat deze thema's aandacht krijgen in de opleidingen van medisch specialisten en verpleegkundigen. Vanuit het Nationaal Preventieakkoord is een opdracht uitgezet met als doel dat er in het onderwijs voor zorgprofessionals voldoende aandacht wordt gerealiseerd op het gebied van voeding, beweging, ontspanning, een brede blik op de achterliggende problematiek bij obesitas en samenwerking in de keten.

Vraag 11

Welke mogelijkheden ziet u om assertieve marketing van de farmacie additioneel aan te pakken, waardoor zorgprofessionals nog beter in staat worden gesteld de optimale keuze te kunnen maken ten behoeve van de patiënt? Deelt u de opvatting dat marketing van de farmacie vaak niet in het belang is van patiënt en arts, maar vooral van de aandeelhouders?

Antwoord 11

De keuze voor de behandeling van patiënten – al dan niet met medicijnen – dient gebaseerd te zijn op gezondheidsbelangen van de patiënt en op medische gronden en niet op andere belangen. Om oneigenlijke beïnvloeding van artsen door farmaceutische bedrijven te voorkomen, hebben farmaceutische bedrijven en artsen gedragsregels opgesteld in de Gedragscode Geneesmiddelenreclame.

Daarnaast is in de Geneesmiddelenwet een wettelijk verbod op gunstbetoon opgenomen (artikel 94 Geneesmiddelenwet) om oneigenlijke beïnvloeding van artsen te voorkomen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hierop toe.

Verder worden in het Transparantieregister Zorg financiële relaties tussen artsen en de farmaceutische industrie openbaar gemaakt. Het Transparantieregister Zorg is een online register dat voor iedereen toegankelijk is en wordt op dit moment geëvalueerd. Er zijn naar mijn mening dan ook voldoende mogelijkheden om oneigenlijke beïnvloeding van artsen te voorkomen.

Vraag 12

Herinnert u zich uw brief van 10 mei 2019 betreffende de betaalbaarheid van de zorg, waarin u schrijft dat groei van zorgkosten vooral het gevolg is van zorginnovaties, kwaliteitsverbeteringen en toegenomen levensverwachting? Weet u zeker dat genoemde groei niet tevens te maken heeft met toename van ziekten waarbij leefstijlvariabelen een belangrijke risicofactor is, zoals de toename van obesitas, toename van stress en ongezonde voeding?^{6 7 8}

Antwoord 12

Uiteraard herinner ik mij deze brief. De groei van de zorgkosten hangt inderdaad ook samen met de toename van ziekten waarbij leefstijlvariabelen een belangrijke risicofactor zijn. Daarom hecht dit kabinet ook veel waarde aan de inzet op preventie. Maar preventie is helaas geen *magic bullet* die alle problemen oplost.

⁶ <https://zembla.bnnvara.nl/nieuws/helpt-van-twintigplussers-in-nederland-heeft-overgewicht-aantal-ernstig-zwaarlijvigen-stijgt-boven-100-000>

⁷ <https://www.rivm.nl/nieuws/meer-obesitas-en-hoge-bloeddruk-bij-nieuwe-generaties-volwassenen>

⁸ <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>

Vraag 13

Bent u bekend met het feit dat zorgverzekeraar VGZ de professionele begeleiding vergoedt van leefstijlaanpassingen die leiden tot afname van het aantal diabetes type 2 patiënten? Kunt u de overige zorgverzekeraars wijzen op deze succesvolle aanpak en hen verzoeken in navolging van VGZ deze ook te vergoeden? Kunt u mogelijke belemmeringen die zorgverzekeraars hierin ervaren inventariseren en wegnemen?

Antwoord 13

VGZ vergoedt inderdaad Keer Diabetes2 om. Deelnemers betalen wel een eigen bijdrage (voor verblijf, eten en drinken). Het is aan zorgverzekeraars zelf om te bepalen in hoeverre zij leefstijlprogramma's bij diabetes aan hun verzekerden willen aanbieden. Zij maken hierin hun eigen afwegingen. Hierop kunnen zij zich ook van elkaar onderscheiden. Zoals ook aangegeven bij het antwoord op vraag 4 staat voor diabetes type 2 in het Nationaal Preventieakkoord een actie om te komen tot een integrale aanpak op een gezonde leefstijl voor mensen met overgewicht of obesitas en diabetes mellitus type 2. Hierbij wordt ook gekeken naar mogelijke belemmeringen voor implementatie.

Vraag 14

Kunt u deze vragen een voor een beantwoorden?

Antwoord 14

Ja, dat heb ik gedaan.