

Vergaderjaar 2008–2009

31 965 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota)

Nr. 3

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 24 juni 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen en de daarop gegeven antwoorden. Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

1

Wat zijn de apparaatskosten van het CIZ?

Aan het CIZ wordt in 2009 een bedrag van € 151,8 miljoen beschikbaar gesteld. Hiervan is, in overeenstemming met het als uitvloeisel van de taakstelling overeengekomen financieel meerjarenperspectief, een bedrag van € 143,1 miljoen bestemd voor het reguliere budget. Het reguliere budget wordt besteed aan uitvoeringskosten indicatiestelling, registratie en informatievoorziening en beleidsontwikkeling en onderzoek. Aanvullend op het reguliere budget is een bedrag van € 8,6 miljoen beschikbaar gesteld voor structurele doorwerking van compensatie loonontwikkeling 2008 (OVA) en voor investeringen in het kader van het financieel meerjarenperspectief.

2

Welke kosten zijn er gemoeid geweest rond de invoering van de zorgzwaartebekostiging?

Is bekend wat de lasten zijn van zorginstellingen aan bureaucratie rondom de zorgzwaartebekostiging?

Via de begroting van VWS worden kosten gemaakt voor projectondersteuning bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging en onderhoud aan de pakkettenstructuur. Daarnaast worden er kosten gemaakt voor de ondersteuning van zorgaanbieders bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. In 2009 is hiervoor € 4,5 miljoen beschikbaar. De lasten van bureaucratie voor instellingen rondom de zorgzwaartebekostiging worden niet gemeten. In 2009 zullen de zorgaanbieders extra administratieve lasten ondervinden doordat oude en nieuwe bekostiging naast elkaar staan. Het is inherent aan de wijziging van een bekostigingssysteem dat in de overgangsfase extra kosten worden gemaakt. Met ingang van 2010 zal de volledige overstap zijn gemaakt naar inkoop, registratie en verantwoording in ZZP's.

3 en 4

Wat zijn de kosten van het CAK? Wat zijn de kosten van de onderzoeken naar een nieuwe eigendomsstructuur van het CAK?

Wat zijn de uitvoeringskosten voor het heffen van de eigen bijdragen in de AWBZ en de Wmo?

- De uitvoeringskosten van het CAK bedroegen in 2008 in totaal € 56,9 miljoen.
- De uitvoeringskosten voor de eigen bijdragen AWBZ (zorg met verblijf en zorg zonder verblijf) bedroegen € 36 miljoen en voor de Wmo € 12,0 miljoen.
- In het project positionering CAK zullen de financiële gevolgen van een eventuele verandering van de positie van het CAK aan de orde komen. Op dit moment is nog niet aan te geven of er onderzoek nodig is en dus ook niet of hiermee kosten gepaard gaan.

5

Hoeveel hebben de zorgverzekeraars dit jaar uitgegeven aan reclamekosten?

De hoogte van reclamebudgetten van zorgverzekeraars is geen onderwerp van toezicht door de overheid. Ik beschik dan ook niet over de informatie die nodig is om deze vraag te kunnen beantwoorden.

6

Wat zijn de gedragseffecten van het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet?

Wat zijn de kosten van de bureaucratie rondom het verplichte eigen risico?

Het gedragseffect van het verplicht eigen risico wordt door het Centraal Planbureau op ongeveer € 60 miljoen geraamd. Het verplicht eigen risico heeft naast dit gedragseffect ook tot doel een verschuiving van collectieve naar individuele verantwoordelijkheid met een financieringsopbrengst van ongeveer € 1,4 miljard.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) schat in dat de structurele kosten die de zorgverzekeraars maken voor de uitvoering van het verplicht eigen risico ongeveer € 40 miljoen bedragen.

7

Hoeveel mensen hebben in 2008 een compensatie voor het eigen risico ontvangen? Wat is de verwachting voor 2009?

In 2008 hebben 1,8 miljoen verzekerden compensatie voor het verplicht eigen risico ontvangen. Doordat in 2009 de groep verzekerden die voor compensatie in aanmerking komt wordt uitgebreid met verzekerden die in 2006 en 2007 in een diagnose kostengroep (DKG) zijn ingedeeld, wordt verwacht dat in 2009 circa 1,85 miljoen verzekerden compensatie zullen ontvangen.

8

Welke kosten zijn precies gemoeid met de bevoorschotting van ggz-aanbieders vanwege de invoering van de dbc-financiering?

Onder de AWBZ werden ggz-instellingen maandelijks bevoorschot met 1/12 van de jaaromzet. In de dbc-systematiek stuurt een aanbieder na afronding van de behandeling een declaratie naar de verzekeraar. Bevoorschotting is op dit moment geen onderdeel van de dbc-systematiek. Sommige aanbieders en verzekeraars spreken desondanks toch af om buiten de dbc-financiering te bevoorschotten, als beide partijen dat willen. De kosten die daarmee gepaard, en wie van twee partijen deze draagt, zijn een onderdeel van die onderlinge afspraken. Omdat dit op lokaal niveau gebeurt, heb daar geen zicht op.

9

Hoeveel verlies hebben zorgverzekeraars geleden door de kredietcrisis, bijvoorbeeld door foute beleggingen? Welke gevolgen heeft dit voor de premie voor 2010?

Volgens de Nederlandsche Bank hebben zorgverzekeraars vooral zogenaamde liquide beleggingen, als deposito's en obligaties, aangehouden. De omvang van de verliezen van zorgverzekeraars op deze beleggingen als gevolg van de kredietcrisis is beperkt gebleven. De verliezen hebben de zorgverzekeraars vorig jaar al meegenomen bij de tariefstelling 2009. De gevolgen van de beleggingsresultaten voor de premies 2010 lijken vooralsnog gering. Naast hun financiële positie zullen zorgverzekeraars bij de premiestelling 2010 ook rekening houden met hun marktstrategie, concurrentiepositie en kostenontwikkeling.

10 en 31

In hoeverre is de overschrijding van de geneeskundige GGZ van € 180 miljoen gebaseerd op een reële zorgvraag? Wat is de oorzaak van de overschrijding van € 180 miljoen bij de geneeskundige ggz?

De overschrijding van het budgettair kader in de geneeskundige ggz van € 184 miljoen is te leiden tot verschillende oorzaken. Ten eerste blijkt dat er voor de jeugd-ggz in 2008 38 miljoen meer beschikbaar was dan geraamd in de VWS-begroting. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft bij de overgang van de geneeskundige ggz naar de Zorgverzekeringswet in 2008 initiële budgetten vastgesteld voor alle ggz-instellingen. In deze budgetten zijn de incidentele middelen voor jeugd-ggz uit 2007 meegenomen als structurele middelen. Ten tweede is € 22 miljoen van de overschrijding het gevolg van de structurele verhoging van de beleidsregelwaarden. Deze verhoging was ter dekking van de extra rentekosten die zorgaanbieders zouden maken voor het aantrekken van extra werkkapitaal. Dit werkkapitaal was nodig om de periode tussen opening en sluiting van de dbc's te overbruggen. Het resterende bedrag van € 124 miljoen is te herleiden tot een hoger dan beschikbare groei van het volume aan zorgconsumptie.

11

Waarom wordt er niet voor gekozen om de beloning van medisch specialisten los te koppelen van de dbc's en ze gewoon in loondienst te nemen van het ziekenhuis?

Een aanzienlijk deel van de medisch specialisten is reeds in loondienst. Het gaat mij echter te ver om voor te schrijven hoe de arbeidsrechten voor medisch specialisten geregeld moeten zijn. Wel ben ik van mening dat het uiteindelijk de Raad van Bestuur van een ziekenhuis is dat verantwoordelijk is voor de kwaliteit en doelmatigheid van de productie.

12 en 14

Welke projecten voor kwaliteitsbeleid medisch specialisten zijn gestart, wat is de stand van zaken, welke resultaten worden beoogd? Kunt u aangeven welke kwaliteitsprojecten gefinancierd worden met de subsidieregeling kwaliteitsbeleid van de Orde van Medisch Specialisten?

Het subsidiebedrag van € 10 200 000 is afkomstig uit het uurtarief medisch specialisten (het gaat hierbij om 50 eurocent per gewerkt uur) en is in 2008 specifiek afgezonderd ten behoeve van het kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Het bedrag is in 2008 en 2009 ter beschikking gesteld via een subsidie aan de Orde van medisch specialisten en wordt volgens de daarvoor geldende regels begroot, besteed en verantwoord.

De Orde heeft, in overleg met ZN, een voorstel ingediend voor het project «geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten 2008–2009». Vanuit de subsidie worden o.a. opstartactiviteiten en coördinerende activiteiten ten behoeve van dit project bekostigd. Per wetenschappelijke vereniging is er een gealloceerd budget uitgetrokken, zodat elke wetenschappelijke vereniging op basis van haar eigen prioriteiten kwaliteitsactiviteiten kan ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn richtlijnontwikkeling, omvorming van buitenlandse richtlijnen, implementatie van complicatieregistratie etc.

Tenslotte worden activiteiten bekostigd binnen het centrale programma, die van belang zijn voor alle medisch specialisten, zoals complicatieregistratie, epd-ontwikkeling, multidisciplinaire richtlijnen en het veiligheidsprogramma. Voorwaarde bij de subsidieverlening was dat deze activiteiten aansluiten bij de lopende activiteiten op het gebied van kwaliteit, zoals «Zichtbare Zorg», het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig», het programma Kennis Kwaliteit Curatieve Zorg en de Basisset Prestatie-indicatoren.

13

De receptregelvergoeding maakt onderdeel uit van de prestatiebekostiging. Wat is de reden dat hier toch gesproken wordt van een tegenvaller?

De NZa stelt de tarieven vast van apothekers. Begin december 2008 heeft de NZa het gemiddelde tarief (receptregel) verhoogd van € 6,10 naar € 7,27 (vanwege de afname van de inkoopvoordelen als gevolg van het transitieakkoord en het preferentiebeleid). Deze verhoging was nog niet meegenomen in het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Met deze mutatie wordt het BKZ geactualiseerd. Technisch gezien is er sprake van een tegenvaller, die echter gecompenseerd wordt door de forse prijsverlagingen t.g.v. het preferentiebeleid.

15

Waarop is de inschatting gebaseerd dat de vermoedelijke kasuitputting van TI Pharma in de jaren 2010 en 2011 meer zal bedragen dan in 2009?

De liquiditeitsbehoefte zal in 2010 en 2011 hoger zijn doordat in 2009 nog een verrekening plaatsvindt op grond van de afrekening van de subsidie over 2008. Het in 2009 benodigd bedrag is hierdoor lager en wordt doorgeschoven naar de jaren 2010 en 2011.

16

Wat is de relatie van het opschonen van het OZIS-systeem met de invoering van het epd, en kunnen de hiervoor genoemde bedragen ook ingezet worden voor het epd?

Tussen de KNMP en VWS zijn afspraken gemaakt over maatregelen die moeten leiden tot structurele verbetering van de kwaliteit van de registratie en uitwisseling van medicatiegegevens. Hiervoor is op 27 augustus 2008 een gezamenlijke verklaring ondertekend. Er is gekozen voor een drie sporen aanpak:

1. Op korte termijn verbeteringen doorvoeren in OZIS, zoals het opschonen van bestanden en het aanpassen van berichten. Dit heeft tot doel structureel de kwaliteit van de huidige informatie-uitwisseling tussen apotheken te verbeteren.
2. Met het oog op de toekomst zorgen voor een duidelijk kader voor de kwaliteit van de ICT in de apotheek. Een korte termijn aanpak die zich richt op de concrete kwaliteitsverbetering van de bestaande informatiehuishouding en een langere termijn aanpak die zich richt op toekomstvaste borging.
3. Starten met de aansluiting van apotheken op het landelijk schakelpunt waarbij er naar wordt gestreefd dit voor 1 januari 2010 af te ronden.

De bedragen die ingezet worden voor deze activiteiten dragen bij aan de verbetering van een veilige informatie-uitwisseling en aan de realisatie van een landelijk epd. Opschoning van de huidige OZIS-bestanden is randvoorwaardelijk voor aansluiting op het landelijk epd. De genoemde bedragen kunnen dus niet anders worden ingezet.

17

Wat is de reden van de overheveling van de gelden voor de farmaceutische zorg vanuit de premiemiddelen naar de begroting?

De reden hiervoor was de met de KNMP in het kader van het Transitieakkoord 2008/2009 gemaakte afspraak dat er middelen beschikbaar zouden komen voor verbetering van de kwaliteit van patiëntgegevens in verband met de aansluiting op het elektronisch patiëntendossier. Binnen de premiemiddelen was geld gereserveerd voor het verstrekken van deze subsidie.

Aangezien dit een (project)subsidie betreft en er geen juridische basis is om deze gelden via de premie te verstrekken, zijn de gelden overgeheveld naar de begroting.

18

Ontvangt dbc-onderhoud naast de verhoogde instellingssubsidie ook projectsubsidies, bijvoorbeeld voor de overgang naar de DOT? Zo ja, welke en voor welk bedrag?

Stichting dbc-onderhoud heeft naast de instellingssubsidie in 2009 verschillende projectsubsidies aangevraagd. Uitsluitend voor extra werkzaamheden die niet in het werkplan 2009 staan, kan bij hoge uitzondering een projectsubsidie worden toegekend. Tot nog toe zijn dit de projectsubsidies voor Motie van Gerven en reactiveringszorg. Hierbij gaat het om een totaal bedrag van € 134 469,-. Daarnaast heeft Stichting dbc-onderhoud voor onvoorziene kosten in het kader van DOT extra subsidieverzoeken ingediend. Deze zijn nog onderwerp van discussie en zijn dan ook nog niet toegekend.

19

Is er een bedrag gereserveerd voor de meerkosten indicatiestelling bij de Bureaus Jeugdzorg als gevolg van de pakketmaatregelen AWBZ?

Hiervoor zijn op voorhand geen middelen gereserveerd. Ik ben met de MOgroep jeugdzorg in overleg om te bezien welke extra activiteiten moeten worden verricht om vervolgens een beeld te krijgen of en in welke mate de bureaus jeugdzorg financieel moeten worden gecompenseerd.

20

Wat is de reden dat er € 12 miljoen voor dure woningaanpassingen wordt overgeboekt naar het gemeentefonds?

Bij de invoering van de Wmo is met de VNG afgesproken dat het budget voor dure woningaanpassingen van de begroting van VWS wordt overgeheveld naar de gemeenten en dus toegevoegd aan het Wmo-budget. Voordat die overheveling kan plaatsvinden moeten eerst de woningaanpassingen met een beschikking van voor 1-1-2007 gerealiseerd en gedeclareerd worden bij VWS. De verwachting is dat in 2009 niet het gehele budget nodig is voor declaraties uit eerdere jaren. Daarom wordt in 2009 al € 12 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds voor de Wmo. In september wordt opnieuw bezien hoeveel geld er is uitgegeven aan declaraties van woningaanpassingen en hoeveel geld er vervolgens extra overgeheveld kan worden naar gemeenten.

21

Hoe wordt het bedrag voor invoering en implementatie van een meldcode voor de signalering van huiselijk geweld en kindermishandeling precies besteed?

Het bedrag wordt besteed aan:

- het opstellen van de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- de ontwikkeling en de implementatie van een model meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- ondersteuning van sectoren om sector specifieke codes te maken;
- communicatie campagne richting instellingen en professionals en de ontwikkeling van de website www.meldcode.nl;
- ontwikkelen van een basis scholingspakket meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- het opzetten van een databank aan trainingen en cursussen.

22

Er wordt bijna € 17 miljoen overgeboekt naar het gemeentefonds in verband met de integratie uitkering impuls brede scholen Brede Scholen, sport en cultuur. Hoe verhoudt zich dit tot bijdragen die de gemeenten leveren aan de impuls?

In het eerste jaar van deelname aan de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur ontvangen de deelnemende gemeenten een uitkering vanuit de Rijksoverheid van 100% van het overeen gekomen aantal combinatiefuncties.

Vanaf het tweede jaar van deelname bedraagt de rijksbijdrage 40% en dragen de gemeenten zelf 60% bij.

23

Kan precies worden aangegeven hoe de raming van de kosten voor medisch specialistische zorg in 2008 tot stand is gekomen? Kan precies worden aangegeven op welke momenten in een jaar er gegevens beschikbaar komen die (naar verwachting) bijstelling van de raming betekenen? Wanneer was er voor het eerst een signaal dat er sprake zou kunnen zijn van een overschrijding? Waarom hebben verzekeraars de (dreigende) overschrijding niet eerder opgemerkt? Is het waar dat de overschrijding voornamelijk wordt bepaald door honoraria van medisch specialisten? Kan worden aangegeven waarom deze hogere honoraria niet betrokken zijn bij de raming en bij welke specialismen sprake is van hogere honoraria dan verwacht? Kan worden aangegeven welke mogelijke andere oorzaken er zijn voor de forse overschrijding? Wanneer is er uitsluitel over de oorzaak van de overschrijding?

De raming van de kosten medisch specialistische zorg in 2008 is in 2007 gemaakt, op basis van de op dat moment bekende informatie. Voor (vrijgevestigd) medisch specialisten betekent dit dat de raming 2008 tot stand komt op basis van:

- gegevens van de NZa inzake de hoogte van de lumpsum
- nominale bijstelling loon en prijsontwikkeling
- toekennen groeirimte
- andere bijstellingen. Een voorbeeld hiervan is het inboeken van het te verwachten effect van de invoering van het uurtarief (-/- € 175 miljoen).

Voor wat betreft de reguliere, jaarlijkse gegevensaanlevering is een aantal bronnen voor VWS relevant voor het bepalen van de kosten van de (vrijgevestigd) medisch specialisten:

- Cijfers van het CVZ. Het CVZ brengt hiertoe elke drie maanden een rapportage uit;
- De NZa presenteert de kostenontwikkeling in de medisch specialistische zorg in de jaarlijkse monitor ziekenhuiszorg. Deze monitor verschijnt jaarlijks omstreeks mei/juni.

Daarnaast hebben verschillende partijen onderzoek laten doen naar de ontwikkelingen. Zo hebben ZN en VWS dit jaar Vektis een onderzoek laten uitvoeren naar de honorariaontwikkeling (afgerond op 9 juni 2009). Daarnaast zal dit najaar het (Europees aanbestede) VWS onderzoek naar de honorariaontwikkeling worden afgerond. De Orde heeft tevens een onderzoek laten uitvoeren (afgerond op 12 juni 2009).

Het eerste signaal dat VWS kreeg over eventueel stijgende honoraria was maart 2008. Naar aanleiding van dat signaal heb ik een oriënterend onderzoek laten uitvoeren en zijn de voorbereidingen gestart voor een groter vervolgonderzoek naar de omvang en oorzaken van de honorarium-

ontwikkeling. Zoals boven vermeldt is dit laatste onderzoek Europees aanbesteed en staat het gepland dit najaar afgerond te worden.

De reden waarom verzekeraars de (dreigende) overschrijding niet eerder hebben opgemerkt is dat verzekeraars, uitgaande van schadelastgegevens, pas een ontwikkeling kunnen waarnemen wanneer zij over voldoende gegevens beschikken. De eerste resultaten van Vektis over de honorariumontwikkeling werden in januari 2009 bekend.

De overschrijding wordt inderdaad voornamelijk veroorzaakt door de honoraria van (vrijgevestigd) medisch specialisten. De genoemde € 480 miljoen is op te splitsen in € 450 miljoen bij de vrijgevestigd medisch specialisten en € 30 miljoen bij de zelfstandig behandelcentra (zbc's).

Er kan momenteel nog niet worden aangegeven bij welke specialismen de honoraria te hoog zijn geweest. Er vindt echter wel onderzoek plaats die dit inzicht mogelijk kan geven:

- VWS laat momenteel door Cap Gemini onderzoeken of de specialisme specifieke normtijden herijkt moeten worden. De verwachting is dat voor een gedeelte van de specialismen de normtijd in de dbc hoger ligt dan de tijd die in werkelijkheid nodig is voor de betreffende behandeling.
- dbc-onderhoud onderzoekt in hoeverre de compensatiefactor van de ondersteunende specialismen herijkt dient te worden. Het is de verwachting dat deze compensatiefactor te hoog is vastgesteld.

Bovengenoemde onderzoeken worden eind juni afgerond.

24

Gesteld wordt dat de hogere uitgaven receptregelvergoeding en (volume) gebruik geneesmiddelen gevolgen zijn van de door de NZa vastgestelde receptregelvergoeding en de te verwachten stijging van het (volume) gebruik van geneesmiddelen.

Welk deel van de hogere uitgaven receptregelvergoeding betreft herhaalrecepten?

Waarom worden de uitgaven hoger vastgesteld terwijl het in de lijn der verwachting ligt dat de NZa het tarief halverwege het jaar zal verlagen omdat een vangnet niet noodzakelijk is? Welk deel van de hogere uitgaven betreft dit?

Waarop is de stijging (volume) gebruik geneesmiddelen precies gebaseerd?

Kan worden aangegeven welk deel van de hogere uitgaven wordt veroorzaakt door het zogenaamde baxteren?

Kan worden aangegeven hoe de uitgaven zouden worden vastgesteld als het tarief zou worden vastgesteld zonder vangnet en als de herhaalrecepten zouden worden afgeschaft?

In de prestatiebekostiging voor apothekhoudenden is voorzien in een periodieke aanpassing naar aanleiding van de daadwerkelijke ontwikkelingen ten aanzien van de frequentie van de onderscheiden prestaties. In circa 75% van de gevallen gaat het om een herhaalrecept. Op verzoek van betrokken partijen heeft de NZa meer gewicht toegekend in de tarief-systematiek aan de eerste uitgifte. Dit betekent dat het tarief (de toeslag) voor de eerste uitgifte is verhoogd en dat de vergoeding voor het afleveren van geneesmiddelen op herhaalrecepten is gedaald met ingang van 1 mei 2009. In onderstaand staatje van de Stichting Farmaceutische kengetallen (SFK) treft u een overzicht aan van de wijzigingen in het tarief. Uitgangspunt van de NZa daarbij is dat het gemiddelde tarief blijft uitkomen op € 7,28 per receptregel zoals de NZa heeft vastgesteld op basis van een onderzoek naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen van apothekhoudenden.

Met dit tarief moeten de praktijkkosten van de apotheek worden gedekt. Elke ingreep in onderdelen van het tarief of het afschaffen van tarief-onderdelen, betekent dat de vergoeding voor de resterende onderdelen zal moeten stijgen om de praktijkkosten te kunnen blijven dekken. In die zin is er sprake van communicerende vaten binnen het tarief voor apotheekhoudenden.

Gezien het bovenstaande is het in het lopende jaar niet goed mogelijk om precies aan te geven welk deel van de hogere uitgaven voor de recept-regelvergoeding herhaalrecepten of uitgaven voor het baxteren (week-uitgifte) betreffen.

De uitgaven worden vastgesteld op basis van inschattingen van het te verwachte volume (onder invloed van vergrijzing en de komst van nieuwe geneesmiddelen) en op basis van de kosten voor de farmaceutische zorg: de receptregelvergoeding. De NZa is belast met het vaststellen van de hoogte van het tarief voor apotheekhoudenden dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg gemiddeld niet verlieslatend mag zijn voor apotheekhoudenden. Hiervoor voert de NZa onderzoeken uit naar de hoogte van de praktijkkosten en de inkoopvoordelen. Op basis hiervan stelt de NZa het tarief vast. Dit tarief en de financiële consequenties gelden als gegeven voor de geraamde uitgaven aan geneesmiddelen. Op dit moment rondt de NZa een nieuw onderzoek naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen af. Op grond van de uitkomsten van dat onderzoek zal de NZa het tarief actualiseren.

	januari 2009	mei 2009
Basisprestatie		
Standaarduitgifte	€ 6,40	€ 5,50
Weekuitgifte	€ 3,50	€ 3,00
Aanvullende prestaties		
Eerste uitgifte	€ 1,30	€ 5,50
ANZ-recept	€ 12,80	€ 11,00
Bijzondere bereiding	€ 96,00	€ 82,60
Reguliere bereiding	€ 12,80	€ 11,00

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

25

Kan aangegeven worden wat de opbrengst in de afgelopen jaren is geweest van de verschillende convenanten geneesmiddelen en het Transitieakkoord geneesmiddelen ten opzicht van het preferentiebeleid? Wat betekent de hoge opbrengst van het preferentiebeleid voor het beleid ten aanzien van geneesmiddelen voor de komende jaren?

Zoals ook de Werkgroep monitoring van het Transitieakkoord heeft aangegeven, is het niet goed mogelijk om exact aan te geven waardoor prijsverlagingen veroorzaakt zijn en dus waaraan zij precies toegerekend kunnen worden.

De oorzaken van de prijsverlagingen zijn drieledig. Zo zijn er de vrijwillige prijsverlagingen van de verschillende convenanten, prijsverlagingen afgedwongen door de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en prijsverlagingen die door het preferentiebeleid zijn verwezenlijkt. Daarnaast hebben andere activiteiten van zorgverzekeraars invloed op de prijzen en uitgaven voor geneesmiddelen.

Zo hebben vrijwillige prijsverlagingen deels geanticipeerd op het preferentiebeleid en op actualisering (verlaging) van de WGP-maximumprijzen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doet een aanvullend onderzoek naar de effecten (van de prijsverlagingen) van de uitbreiding van het preferentiebeleid in 2008. De resultaten van dit onderzoek zullen, samen met

het onderzoek naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen 2008, begin juli 2009 beschikbaar zijn.

Wellicht ten overvloede merk ik op dat prijsverlagingen als gevolg van preferentiebeleid, de WGP en de vrijwillige prijsverlagingen, betrekking hebben op de bruto-prijzen voor geneesmiddelen. De door apothekhoudenden uitonderhandelde en betaalde prijzen zijn veelal lager. Het verschil tussen de bruto-prijzen en de betaalde prijzen zijn de kortingen en bonussen.

De beoogde opbrengsten van het geneesmiddelenconvenanten en het Transitieakkoord zijn steeds gehaald. Zo hebben de convenanten bijvoorbeeld in 2006 en 2007 respectievelijk € 886 miljoen en € 1061 miljoen opgeleverd, waar respectievelijk € 843 miljoen en € 971 miljoen was beoogd. De cijfers voor het jaar 2008 zijn nog niet vastgesteld door de Werkgroep monitoring van het Transitieakkoord maar de opbrengst zal eveneens de taakstelling (€ 1311 miljoen in 2008) overschrijden.

Overigens maakt het individuele preferentiebeleid onderdeel uit van de afspraken in het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009. De uitbreiding daarvan in 2009 laat zien dat zorgverzekeraars de hen toebedeelde rol oppakken en dat wij op koers liggen naar, op grond van toegevoegde waarde, onderhandelbare prijzen en tarieven.

26

Is de overschrijding die is ontstaan als gevolg van het niet uitvoeren van het voornemen van een vermogensbijtelling bij de vaststelling van de eigen bijdragen in de AWBZ gecompenseerd met een deel van de opbrengsten van het preferentiebeleid?

Om de overschrijding die is ontstaan als gevolg van het niet uitvoeren van het voornemen van een vermogensinkomensbijtelling bij de vaststelling van de eigen bijdragen in de AWBZ is bij nota van wijziging (ophoging taakstellende onderuitputting, zie tabel 1 in de eerste suppletore begroting) de dekking aangegeven. Een deel van de dekking is gevonden in ruimte in het BKZ door een lagere groei van de geneesmiddelenuitgaven. Dit was inderdaad het gevolg van het door sommige verzekeraars gerealiseerde preferentiebeleid.

27

Waarom wordt € 25 miljoen opbrengst opgenomen vanwege maatregel medisch specialisten? Waarom wordt nog steeds gesproken van «mogelijke» overschrijding bij de medisch specialisten?

Ten tijde van het opstellen van de eerste suppletore begroting bekeek ik de mogelijkheid om de herijking van de compensatiefactor van de ondersteunende specialisten in de tweede helft 2009 te laten plaatsvinden. Voor deze herijking werd voor 2009 een besparing geraamd van € 25 miljoen.

Ten tijde van het opstellen van de eerste suppletore begroting was VWS nog de verschillende gegevens aan het analyseren. Deze analyse is ook thans niet afgerond. Het gebruik van het woord «eventuele» sloeg aan op de onzekerheden die er zijn, hoewel die onzekerheid meer op de omvang en oorzaken van de overschrijding zit dan op het al dan niet optreden ervan. VWS is met verschillende partijen in overleg om meer duidelijkheid te krijgen over de omvang en oorzaken van de overschrijding.

28

Wat is de oorzaak voor de meevaller van € 60 miljoen bij grensoverschrijdende zorg?

Bij de invoering van de Zvw is een groot deel van de kosten van grensoverschrijdende zorg onder het BKZ gebracht. De raming voor deze

kosten is gebaseerd op aannames ten aanzien van het aantal personen dat onder de verschillende regelingen valt en de gemiddelde kosten die daarmee gepaard gaan. Deze inschatting blijkt nu aan de hoge kant geweest te zijn. Dit heeft een meevaller tot gevolg.

29

Wat is de oorzaak voor de meevaller van € 40 miljoen bij hulpmiddelen?

De sector hulpmiddelen laat een onderschrijding van € 39,9 miljoen zien. De onderschrijding wordt met name veroorzaakt door een verbeterd inkoopbeleid, hierdoor is een lagere kostenstijging in 2008 gerealiseerd.

30

Wat is de oorzaak van de overschrijding van € 55 miljoen bij fysiotherapie? Kan aangegeven worden hoe de kosten voor fysiotherapie zich hebben ontwikkeld sinds de invoering van vrije prijzen?

De overschrijding kent waarschijnlijk verschillende oorzaken. Om meer duidelijkheid te verkrijgen ben ik voornemens een onderzoek uit te zetten naar de exacte oorzaak van de overschrijding. De belangrijkste oorzaak die we nu vermoeden is de tendens naar meer zorggebruik (meer ouderen en chronisch zieken).

Ontwikkeling sinds (het experiment) vrije prijzen

2005	2006	2007	2008
336,1	362,7	409,9	465,5

32 en 33

Kan er een verklaring worden gegeven waarom er met name sprake is van een grotere toename van nieuwe intramurale capaciteit bij de gehandicaptenzorg (€ 204 miljoen)?

Hoe verhoudt de grote toename van de intramurale zorg bij de gehandicaptenzorg zich tot de totale gereserveerde volumestijging in de AWBZ voor 2009?

In 2008 is er een achterstand weggewerkt in de toewijzing van extra intramurale capaciteit in de gehandicaptenzorg. Hierdoor heeft de NZa een forse toename moeten verwerken in de bekostiging in verband met de in gebruik name van deze capaciteit. Een deel daarvan werkte terug naar 2006 en 2007. De toename in 2008 van de intramurale gehandicaptenzorg was daardoor incidenteel erg hoog. In de raming voor 2009 is die capaciteitstoename verdisconteerd en wordt bovendien rekening gehouden met een normale toename van de capaciteit in dat jaar.

34

In 2009 ontvangen de gemeenten een bedrag van € 29 miljoen voor de mogelijke gevolgen van de pakketmaatregelen. Is al zicht hoeveel mensen na beëindiging van de indicatie door worden verwezen naar gemeenten en hoe deze middelen door gemeenten besteed worden?

Het is correct dat er € 29 miljoen beschikbaar is in 2009 voor de mogelijke gevolgen van de pakketmaatregel. Recent heb ik met een aantal casusgemeenten gesproken over de gevolgen van de pakketmaatregel en hoe zij zich hierop voorbereiden. Daaruit maak ik op dat deze gemeenten vooral inzetten op welzijnsactiviteiten, investeren in bijvoorbeeld het leggen van goede verbindingen en welzijnsdiensten beter op elkaar laten aansluiten. Ook intensiveren gemeenten op de mantelzorgondersteuning.

Onlangs heb ik u de voortgangsrapportage over de pakketmaatregel toegezonden. Daarin maak ik melding van een substantiële daling van het aantal afgegeven extramurale CIZ-besluiten met een vorm van begeleiding (van ca. 23 000 gemiddeld per maand in het laatste kwartaal van 2008 naar gemiddeld 15 500 in het eerste kwartaal in 2009). Deze waargenomen daling wordt deels verklaard door een lagere productiesnelheid van het CIZ in de eerste maanden van 2009 in verband met de genomen maatregel.

Een deel van de mensen die hun indicatie voor begeleiding verliest zal zelf of met personen uit hun omgeving ondersteuning bieden. Een ander deel wendt zich mogelijk tot gemeenten of de jeugdzorg.

Binnenkort ontvangt u een rapportage waarin de effecten nader in kaart gebracht zijn voor een aantal herkenbare cliëntgroepen.

35

Hoe hoog is de meevaller die optreedt door het niet invoeren van de Vermogensinkomensbijtelling en op welke wijze zal dat bedrag tot besteding komen?

De meevaller in de eigenbetalingen AWBZ bedraagt door het niet invoeren van de vermogensinkomensbijstelling € 5 miljoen in 2009. Het gaat hier om een meevaller die is ontstaan doordat er over een lager macrobedrag een korting van de eigen betalingen is berekend.

Deze € 5 miljoen is overigens één van de posten uit het saldobedrag overig van - € 2,2 miljoen. De toelichting op de mutatie is abusievelijk onder 1. vermeld onder tabel 99 (nominaal en onvoorzien ontvangsten) terwijl dit onder 2. vermeld had moeten worden.

De meevaller van € 5 miljoen is verwerkt in het totaal van mee- en tegenvallers en ombuigingen en maatregelen voor het Budgettair Kader Zorg in het kader van de voorjaarsbesluitvorming 2009.

36

Kunt u het bedrag van tegenvallers bij de medisch specialisten uitsplitsen?

De tegenvaller zoals gepresenteerd in de eerste suppletore begroting is op te splitsen in een tegenvaller bij de vrijgevestigd medisch specialisten van circa € 450 miljoen en een tegenvaller van circa € 30 miljoen bij de zelfstandig behandelcentra (zbc's).

37

Kunt u toelichten waarom er € 27,7 miljoen wordt teruggeboekt van de uitname uit de Wmo voor het volledig pakket thuis?

Het bedrag van € 27,7 miljoen is een saldo van het terugboeken van de uitname uit de Wmo voor volledig pakket thuis en een mutatie voor de indexatie op grond van het definitieve SCP-advies 2009.

In de septembercirculaire 2008 was het Wmo-budget 2009 met € 14 miljoen verlaagd ten behoeve van het invoeren van het volledig pakket thuis. Vervolgens is in goed overleg met de VNG besloten dat gemeenten toch de huishoudelijke hulp blijven leveren vanaf 2009. Om hen daartoe ook in staat te stellen is het Wmo-budget bij deze 1e suppletore wet weer verhoogd.

38

Is bij het meten van de schadelast bij diabeteszorg ook gekeken naar de zorg die geleverd wordt in de gehele keten? Is daarmee duidelijk waaruit de tegenvaller bij de diabeteszorg bestaat en wat de reden van deze tegenvaller is?

Het betreffen hier kosten die gemaakt zijn voor samenwerkingsprojecten dan wel innovatie in de eerstelijnszorg. Dit zijn beleidsregels met een zogenaamd openeinde karakter, bedoelt om innovatie en samenwerking in de eerstelijns te stimuleren.

Er is in de eerstelijns geanticipeerd op de introductie van ketenzorg. Zorgaanbieders hebben zich georganiseerd om betere chronische zorg te kunnen leveren. De inhoud van de projecten is een afspraak tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar.

Voor eerdere jaren heeft het CVZ op basis van een uitvraag gemeld dat de toegenomen schadelast vooral diabeteszorg betreft. Wij hebben geen reden om aan te nemen dat dit sterk is veranderd. In het najaar ontvangen wij meer gedetailleerde informatie over de overschrijding.