

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

3591

Vragen van het lid **Kuiken** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de korting op het huisartsenbudget na overschrijding bij de geïntegreerde eerstelijnszorg* (ingezonden 11 augustus 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 september 2011).

Vraag 1

Hoe en op basis van welke cijfers en bronnen heeft u een overschrijding van € 70 miljoen op de post geïntegreerde eerstelijnszorg in 2010 berekend, waarvan € 35 miljoen in 2011 wordt geredresseerd bij de huisartsen? Waar werd in de begroting VWS 2010 aangegeven welk bedrag precies was gereserveerd voor de geïntegreerde eerstelijnszorg en welke activiteiten hier onder vielen?

Antwoord 1

Onder de geïntegreerde eerstelijnszorg vallen zowel de prestaties van de drie keten DBC's voor chronische ziekten (COPD, vasculair risicomanagement en diabetes), als de prestaties die vallen onder de beleidsregel ten behoeve van nieuwe zorgprestaties (hierna: beleidsregel innovatie) en de beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (hierna: beleidsregel GEZ).

In totaal was in 2010 voor de geïntegreerde eerstelijnszorg € 171 miljoen beschikbaar: € 36,9 miljoen was bestemd voor beide beleidsregels, voor de ketens was € 134,1 miljoen gereserveerd. In 2010 is volgens de CVZ cijfers (levering maart 2011) voor de drie keten DBC's en de beleidsregel Innovatie en GEZ een totaal bedrag van € 241 miljoen gedeclareerd. Dit betekent een overschrijding van € 70 miljoen.

In de begroting 2010 was voor keten DBC's € 241,5 miljoen gereserveerd. Dit bedrag is in de loop van 2010 aangepast omdat de keten hartfalen niet van start ging, de keten COPD pas op 1 juli 2010 van start ging en de praktijkondersteuner somatiek (hierna: POH-s), in tegenstelling tot het eerdere voornemen, pas met ingang van 1 januari 2011 is komen te vervallen als separaat declarabel consult. Hiervoor is het oorspronkelijke bedrag van € 241,5 miljoen neerwaarts bijgesteld, dit ten gunste van met name het huisartsenkader. Een deel van deze bijstelling is ten gunste van het kader medisch specialisten en diëtetiek gekomen. Deze neerwaartse bijstelling heeft geleid tot een bedrag van € 134,1 voor chronische keten DBC's in 2010. Dit bedrag is terug te vinden in de begroting 2011.

Voor de onderdelen innovatie en GEZ binnen de post geïntegreerde eerstelijnszorg was in 2010 € 36,9 miljoen beschikbaar. De geïntegreerde eerstelijnszorg vindt haar oorsprong in de gezondheidscentra. Voor 2010 was hiervoor € 18,6 miljoen beschikbaar. Dit bedrag is onderdeel van het huisartsenkader zoals terug te lezen is in de ontwerpbegroting 2010. Verder heeft VWS voor 2010 een reservering aangelegd voor de introductie van de ketens. Als gevolg van de bovengenoemde ontwikkelingen binnen de ketens is deze reservering ten gunste van de geïntegreerde eerstelijnszorg gebracht. Met deze reservering is een bedrag van € 18,3 miljoen gemoeid.

Vraag 2

Naar aanleiding van uw stelling dat de huisartsen een disproportioneel groot aandeel hebben gehad in de overschrijding van € 70 miljoen op de post geïntegreerde eerstelijnszorg in 2010; wat was het aandeel van huisartsen dan precies? Wat waren de aandelen van de overige zorgverleners in de eerstelijnszorg? Op welke bronnen baseert u deze berekeningen?

Antwoord 2

Welke aanbieders bijdragen aan de zorg varieert per chronische aandoening en is afhankelijk van het zorgprogramma dat door de verzekeraar wordt gecontracteerd. Binnen de keten DBC voor diabetes hebben de huisarts en de POH-s een prominente plek in de levering van zorg. Dit is terug te vinden in zowel de beschreven zorg in de zorgstandaard diabetes als ook in de inkooprichtlijnen van verzekeraars.

Bij de start van de keten DBC's in 2010 was al duidelijk dat een substantieel deel van de integrale zorg huisartsenzorg betrof. Bij het vaststellen van het begrote bedrag voor de keten DBC's is € 95 miljoen vanuit het huisartsenkader overgeheveld naar de post chronische keten DBC's. Daarnaast zijn vanuit de kaders voor medisch specialistische zorg (€ 38 miljoen) en de diëtetiek (€ 3,8 miljoen) bedragen overgeboekt. Daarnaast zien we dat ook de zorg die in het kader van de beleidsregel innovatie en de beleidsregel GEZ wordt geleverd een aanzienlijk deel huisartsenzorg betreft. Met name via de beleidsregel innovatie werden nog veel ketenzorgprojecten diabetes, die voor 2010 waren gestart, bekostigd.

Mijns inziens is de veronderstelling dat meer dan de helft van de uitgaven aan geïntegreerde eerstelijnszorg op het conto komt van huisartsenzorg dan ook verantwoord.

Vraag 3

Klopt het dat de overschrijding op de geïntegreerde eerstelijnszorg buiten de basiszorg van de huisartsen valt, namelijk het segment van vrij onderhandelbare prestaties en tarieven, maar de € 35 miljoen korting via het abonnements- en consulttarief wel op het budget voor de basishuisartsenzorg wordt toegepast? Zorgt deze maatregel niet voor een vertraging in de ontwikkeling van een geïntegreerde eerste lijn, aangezien huisartsen nu weten dat een eventuele overschrijding op het toekomstig huisartsenbudget in mindering wordt gebracht en een groei zo wordt afgestraft?

Antwoord 3

Bij het terughalen van overschrijdingen zie ik de basiszorg als één geheel. Chronische zorg is ook basiszorg. Juist bij de zorgverlening aan chronisch zieken moet de zorgverlening goed op elkaar afgestemd zijn en – waar mogelijk – dichtbij de patiënt worden aangeboden. De chronische zorg buiten de basishuisartsenzorg plaatsen doet mijns inziens afbreuk aan de rol die huisartsenzorg heeft in ons stelsel. Naast de geïntegreerde eerstelijnszorg kent de huisartsenbekostiging nog meer onderdelen waarvoor vrije tarieven gelden, ook deze worden niet los gezien van het reguliere huisartsenkader. Vanwege de problematische economische toestand zie ik mij genoodzaakt de overschrijding op de basiszorg binnen de daarvoor beschikbare bedragen terug te halen. Voor de komende jaren is er ondanks deze korting binnen de begroting nog steeds groei mogelijk voor de basiszorg. Deze groei maakt mijns inziens de ontwikkeling van een geïntegreerde eerstelijnszorg nog steeds goed mogelijk.

Vraag 4

Kunt u in de begroting VWS 2012 de post geïntegreerde eerstelijnszorg opnemen, met daarbij het gereserveerde bedrag en een beschrijving welke zorgverleners en activiteiten hier precies onder vallen? Kunt u deze post dan scheiden van het budget huisartsenzorg en alle betrokken ketenzorgverleners bij een eventuele overschrijding in 2012 aanslaan?

Antwoord 4

De ontwerpbegroting van VWS voor 2012 wordt bij Prinsjesdag aangeboden aan het Parlement. Op de cijfers wil ik niet vooruitlopen. Wel zal voortaan de geïntegreerde eerstelijnszorg niet als onderdeel van het huisartsenkader worden weergegeven.

Vraag 5

Vallen de (chronische) keten-DBC's (Diagnose Behandelingcombinaties) voor u onder de geïntegreerde eerstelijnszorg? In de begroting VWS 2010 werd € 241,5 miljoen geraamd, terwijl het College voor zorgverzekeringen (CVZ) stelt dat de kosten van de keten-DBC's in 2010 € 144 miljoen bedroegen: hoe kan dit dan bijdragen aan een overschrijding van € 70 miljoen? Hoe heeft u in 2010 de € 97,5 miljoen ingezet die niet zijn gebruikt voor de bekostiging van keten-DBC's?¹

Antwoord 5

Zie mijn reactie op vraag 1.

Vraag 6

Welke argumentatie heeft u om een structurele overschrijding van € 30 miljoen op de huisartsenzorg in 2009, waarop in de jaren 2009, 2010 en 2011 met goedkeuring van het parlement door de minister van VWS geen actie op ondernomen is, per 2012 toch nog in mindering te brengen op het abonnementstarief van de huisartsen? Hoe vaak is een dergelijk late budgetcorrectie eerder bij de huisartsenzorg voorgekomen?

Antwoord 6

Door de druk die er dit jaar ligt op de Rijksfinanciën en doordat er binnen de eerstelijns al twee jaar lang meer is uitgegeven dan de groeiruimte die toebedeeld was, moet ik dit jaar maatregelen nemen. Iedereen draagt daarin bij, want wat ik niet wil is de rekening alleen bij de burger neerleggen. Ik heb per sector bekeken wat nodig en mogelijk was. Om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor de patiënt volledig vrij te houden kies ik niet voor eigen bijdragen of pakketverkleining, maar maak ik de keuze om de uitgaven die er de afgelopen jaren bovenop de toegestane groei van het kader zijn gedaan, terug te halen. Hoewel ik me ervan bewust ben dat dit een ingrijpende keuze is, ben ik van mening dat die keuze verantwoord is als ik kijk naar de uitkomsten van het kostenonderzoek van de NZa uit 2008. Dat onderzoek liet een overwinst zien van € 366 miljoen. Later is dit bedrag als gevolg van een aantal correcties, waaronder een correctie voor de introductie van keten-DBC's en een correctie voor M&I/verrichtingen, bijgesteld naar € 172 miljoen. Mijn voorganger heeft in 2009 met de sector afgesproken dit bedrag niet te korten op de tarieven. Daar stond tegenover dat de sector werk zou maken van het beter inzichtelijk maken van prestaties, zodat er beloning naar prestatie mogelijk zou worden. Tot op heden acht ik de voortgang op dit gebied onvoldoende.

Vraag 7

Is de korting van € 132 miljoen op de huisartsenzorg in 2012 niet strijdig met het kabinetsdoel om zorg goedkoper, dichtbij in de wijk aan te bieden, zoals geformuleerd in de beleidsbrief «Zorg die werkt»? Hoe komt het kabinetsdoel om eerstelijnszorg in de wijk te versterken dichterbij als u de budgettaire problematiek van € 1,1 miljard naar aanleiding van de Voorjaarsnota oplost door disproportionele kortingen in de eerstelijnszorg bij de huisartsen en de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz), terwijl de overschrijdingen in 2010 in de tweedelijnszorg bij ziekenhuizen (€ 384 miljoen), medisch specialisten (€ 283

¹ <http://www.cvz.nl/zorgcijfers/zvw-lasten/zvw-lasten.html>

miljoen) en zelfstandig behandelcentra (ZBC)'s (€ 209 miljoen) in 2012 grotendeels ongemoeid worden gelaten.

Antwoord 7

De tariefmaatregel op de huisartsenzorg leg ik niet op omdat ik vind dat de huisartsen te veel of onnodig werk hebben gedaan. Integendeel, ik vind de versterking van geïntegreerde zorg in de buurt een hele goede ontwikkeling. Er is echter geen financiële ruimte om de extra uitgaven die zijn gedaan, bovenop de reeds toegekende groei, te faciliteren.

Dit mag het beleid dat ik wil voeren omtrent basiszorg echter niet in de weg staan. Juist nu moeten we zoeken naar slimmere oplossingen om de kwaliteit van zorg hoog te houden, de organisatie van de eerstelijns zorg te versterken en de rol van de patiënt bij zijn of haar behandeling te vergroten. En ik denk ook dat dit kan. Immers, hoewel de groeiruimte komend jaar minder groot is dan voorheen, komt er nog steeds geld bij voor de eerstelijnszorg. Ik vind het onze plicht om het geld dat er is op een zo slim mogelijke manier in te zetten. Wanneer de sector echter aantoonbare bewijzen heeft dat door substitutie in andere sectoren kosten worden bespaard, ben ik uiteraard bereid om in de toekomst meer geld vrij te maken voor de huisartsenzorg.

Met betrekking tot overschrijdingen in de tweedelijns somatische zorg kan worden opgemerkt dat deze niet ongemoeid blijven. Voor de vrijgevestigde medisch specialisten treedt met ingang van 2012 een beheersmodel in werking. Binnen dit model wordt uitgegaan van instellingsbudgetten, die op macroniveau inpasbaar zijn in het beschikbare budgettaire kader. Hierover zijn bestuurlijke afspraken gemaakt met de Orde van Medische Specialisten. Daarnaast is onlangs het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten tussen de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, ZN en VWS. In dit hoofdlijnenakkoord zijn onder andere afspraken gemaakt over een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg van 2,5% vanaf 2012 (exclusief loon- en prijsbijstelling). Onderdeel van de afspraken is het redresseren van de meerjarige doorwerking van de overschrijdingen 2010. Deze afspraak leidt ertoe dat instellingen en verzekeraars per 2012 maatregelen moeten nemen voor een bedrag van € 265 miljoen.

De ZBC's lopen met betrekking tot het kostendeel mee in het hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuiszorg en ten aanzien van het honorariumdeel mee in de afspraken van medisch specialisten. De doorwerking van overschrijdingen worden binnen de afspraken meerjarig grotendeels gemitigeerd.