

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 151

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 oktober 2010

Naar aanleiding van de vragen van 4 oktober jl. van de heer Zijlstra met betrekking tot de alternatieve dekking voor de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ, geef ik u hierbij mijn reactie.

Vraag 1:

Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland hebben laten weten dat ze bereid zijn volgend jaar de Praktijk Ondersteuner Huistartsen GGZ landelijk te gaan uitrollen. De POH's worden betaald vanuit de tweedelijns instellingen maar werken in de eerste lijn via onafhankelijke stichtingen. De POH's remmen de toestroom naar de tweede lijn, met name door hun bevoegdheid om door middel van sessies van maximaal 5 gesprekken lichte problematiek die zich bij de huisarts meldt op te lossen. Ook dragen zij bij aan het minder voorschrijven van medicatie. Hiermee wordt concreet invulling gegeven aan een deel van de door minister Klink in de brief van 30 september genoemde verschuiving van 2e naar 1e lijn. Kan het ministerie bevestigen dat hiermee tussen de 15 en 22 miljoen euro bespaard wordt?

Antwoord:

De functie POH GGZ is momenteel een module op het inschrijvingstarief van de huisartsen. Om een snelle toestroom tot de tweedelijnszorg te beperken is het van belang dat de patiënt snel bij de juiste hulpverlener(s) terecht kan, dicht bij huis en dat er sprake is van een goede probleemherkenning en verheldering. De POH GGZ kan hier een goede rol in spelen, evenals in het behandelen van lichte problematiek. Er zijn op dit moment echter te weinig gegevens bekend om een besparing tussen de € 15 mln en € 22 mln, die afkomstig zou zijn van versterking van de POH'er GGZ vanuit de tweede lijn, te kunnen bevestigen.

Zoals ik in mijn brief van 30 september jl. (kamerstuk 29 248, nr.147) heb vermeld, heeft de GGZ sector zich bereid verklaard om € 35 mln op te brengen in 2011 door het verleggen van cliëntenstromen van de tweede naar de eerste lijn. Men heeft aangegeven daarover afspraken te willen maken met zorgverzekeraars. De door de heer Zijlstra genoemde besparing tussen de 15 en 22 miljoen in 2011 is hiermee te realiseren. De POH GGZ kan bij deze besparing een rol spelen, maar andere instrumenten die GGZ Nederland en verzekeraars hiervoor willen inzetten sluit ik ook niet uit. Overigens is inmiddels duidelijk geworden dat in het concept-Regeerakkoord reeds een besparing als gevolg van de versterking eerstelijns GGZ is ingeboekt vanaf 2015.

Vraag 2:

Is het toepassen van een eenmalige korting van 35 miljoen euro op de groeirimte voor de ggz van 2011 een in te boeken alternatieve bezuiniging?

Antwoord:

Technisch gesproken is het mogelijk om de groeirimte voor 2011 (€ 118 miljoen) met € 35 miljoen te verlagen. De afgelopen jaren hebben echter geleerd dat de groeirimte voor de GGZ niet of nauwelijks toereikend was om de (autonome) groei in de uitgaven voor geneeskundige GGZ op te vangen. Verlaging van de groeirimte zal vrijwel zeker leiden tot een overschrijding van het beschikbare kader voor de geneeskundige GGZ. Om die reden raad ik deze dekking af.

Vraag 3:

Hiermee ontbreekt nog een bedrag van 8–15 miljoen (afhankelijk van punt 1). Kan het ministerie bevestigen dat dit ontbrekende bedrag gehaald wordt doordat er geen uitvoeringskosten meer gemaakt hoeven te worden omdat hiermee geen eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ ingevoerd hoeft te worden in 2011 (de overige 45 miljoen wordt gedekt met de eenmalige verlaging van het geneesmiddelenkader en de TNF-alfaremmers per 1 juli zoals voorgesteld in de brief van 30 september)? Indien dit niet correct is, kan het ministerie aangeven hoeveel de uitvoeringskosten dan wel bedragen?

Antwoord:

Bij de berekening van de opbrengst van een in te voeren EB in de GGZ is rekening gehouden met de uitvoeringskosten van een dergelijke maatregel. De geraamde opbrengst van € 60 miljoen is daarmee een netto-bedrag, dus verlaagd met de uitvoeringskosten. Indien besloten wordt geen EB in te voeren is het dan ook niet zo dat een besparing als gevolg van het wegvallen van de uitvoeringskosten geboekt kan worden. Om die reden is hier geen sprake van dekking.

Tot slot vraag ik uw aandacht voor de noodzaak verzekeraars te informeren over de wijzigingen in het verzekerde pakket per 1 januari 2011. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is met verzekeraars de afspraak gemaakt dat de minister van VWS hen rond 1 juli van het voorafgaande jaar informeert over mogelijke wijzigingen in het Zvw-pakket. In het VAO van 30 september jl. heb ik meegedeeld dat stemming over de moties tot vandaag, 5 oktober 2010, kon worden aangehouden. Navraag vandaag bij zorgverzekeraars leert mij dat met het oog op de uitvoering niet langer gewacht kan worden met het geven van duidelijkheid over de vraag of een eigen bijdrage GGZ per 1 januari 2011 wordt ingevoerd en wat de hoogte daarvan wordt. Ik wil er dan ook op aandringen dat de stemmingen over de moties uiterlijk donderdag 7 oktober a.s. plaatsvinden.

Op basis van mijn antwoorden moet ik constateren dat de alternatieven die de heer Zijlstra aandraagt onvoldoende dekking bieden om in 2011 geen EB in de tweedelijns GGZ in te voeren. Het alternatief voor 2011 dat ik heb geschetst in mijn brief van 30 september jl. om de nog noodzakelijke € 60 mln op te brengen, blijft overeind.

Tijdens het debat op 30 september is aan de orde geweest of een deel van de dekking die ik in mijn brief van diezelfde dag aangaf niet zou overlappen met maatregelen uit het op dat moment nog niet bekende concept-regeerakkoord. Inmiddels is duidelijk dat een bedrag van € 30 mln dat ik had ingeboekt als structurele verlaging van het geneesmiddelenkader in het concept-regeerakkoord vanaf 2012 wordt ingezet ter dekking van een intensivering in de care sector. Ik concludeer dus nu dat het betreffende bedrag van € 30 mln incidenteel voor 2011 als dekking beschikbaar is. Het is derhalve mogelijk om, indien de Kamer dat wenst, af te zien van de invoering van een eigen bijdrage tweedelijns GGZ in 2011. Het totaalplaatje van de mogelijke dekking in 2011 heb ik samengevat in onderstaande tabel:

	2011
GGZ sector verschuiving cliëntenstromen	35
TNF Alpharemmers overhevelen per 1 juli 2011	25
nav uitspraak CBB/ geneesmiddelenkader (incidenteel)	30
Geneesmiddelenkader incidenteel	20
Totaal	110

De consequentie is dan wel dat met ingang van het jaar 2012 alsnog een bedrag van € 110 mln moet worden opgebracht uit door het nieuwe kabinet te treffen maatregelen.

Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink