

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ,

Mevrouw drs. E.I. Schippers,

Hartelijk dank voor uw brief van 8 februari 2011.

Wij betreuren het zeer dat u ons streefdoel van jaarlijks 30 miljard Euro kostenbesparing niet als realistisch ziet. Ten eerste gaat het ons niet alleen om kostenbesparing maar vooral ook om gezonde Nederlanders. Willen wij in Nederland serieus inhoud geven aan de rechten van de mens op optimale gezondheid (door de Nederlandse regering in 1978 onderschreven op WHO bijeenkomst) dan moeten wij wel iets dergelijks doen.

Uw voorganger had het ook in zijn beleidsvisie staan: De gezondheid van de Nederlander moet weer van de grijze middelmoet naar de top 5 in vergelijking tot andere landen. U geeft ook niet aan wat u wel als realistisch ziet. Wij als verzekerden zijn van mening dat het wel kan als men wil en wij zijn gaarne bereid onze visie verder toe te lichten.

In de tussentijd komt er bij ons steeds meer informatie beschikbaar waardoor de 30 miljard Euro binnen 5 tot 10 jaar steeds reëler wordt en mogelijk nog meer is te realiseren. Mogelijk komt dit omdat wij en onze deskundigen al heel lang (ca. ± 40 jaar) actief zoeken naar deze mogelijkheden en dat u of uw adviseurs mogelijk door de dagelijkse routine problemen hier onvoldoende aan toe komen. Uiteraard begrijpen wij dat de medewerking van tal van organisaties nodig is en dat de plannen niet in 1 of enkele jaren te realiseren zijn. Vanuit onze positie als medisch verzekerden is het uiteraard ook belangrijk dat de premies niet omhoog gaan zoals begin 2011 gebeurde, maar omlaag met behoud van het pakket of verbetering hiervan.

Het realiseren van 30 miljard Euro besparing, samen met een betere gezondheid van de Nederlander, is natuurlijk ook iets dat gezien zijn omvang een nader gesprek met u vereist en natuurlijk de medewerking van meerdere Ministeries.

Wij zijn u zeer erkentelijk voor de toezending van het speciale VWS-magazine Wel. Het bevat veel nuttige informatie en geeft ons een goede gelegenheid om aan u uit te leggen dat onze aanpak een uitstekende aanvulling vormt op uw beleid. In 1950 gaven wij 3% uit aan gezondheid, nu 10% en in 2040 30% van het BNP (Bruto Nationaal Product) (VWS-magazine Wel: pag. 16) doordat de kosten met 4% per jaar stijgen. Dit roept direct de vraag op wie dat dan moet betalen. De vrije keuze om ons inkomen naar eigen wens te besteden neemt enorm af, zeker bij mensen die weinig verdienen. Waar moeten al die arbeidskrachten vandaan komen om dit te realiseren? Uit andere werelddelen? Want er wordt 3 keer zo veel uitgegeven uitgaande van geen economische groei. Bij economische groei wordt het dus nog erger. Omgekeerd als uw voorganger, mevrouw Veder-Smit, in de 70-er jaren haar beleid van preventie eerst had kunnen uitvoeren door voldoende geld hiervoor uit te trekken en het juiste management hiervoor te regelen, dan hadden de gezondheidskosten nu ergens er tussenin (5-7%) kunnen zitten. Ook D'66 heeft in die tijd al goede plannen gehad (nota: Mens, Gezondheidszorg en maatschappij, waar naartoe). Wij hebben de in onze noodkreet genoemde verbeteringen nader geanalyseerd en komen tot de conclusie dat de 30 miljard haalbaar moet zijn.

Het voorbeeld van vitamine D kan 10 miljard (6 direct + 4 indirect) per jaar opleveren 16.7% van de zorgkosten) volgens Grant et al. (ref: 1. Het NTVG van december 2010 laat in *Nieuw licht op vitamine D* het nut van dit vitamine ook duidelijk zien ref:2). Wetenschappers praten meestal niet over economische besparingen binnen de zorg maar eerder over effecten op levensverwachting RIVM:

onze voeding gemeten 2004) of gezondheid(Wereld Kanker Onderzoek Fonds: Voeding, voedingspatroon, lichaamsbeweging en preventie van kanker; Nederlandse vertaling door RIVM). Hun visie komt in grote lijnen overeen met ons deltaplan. Via het RIVM moet het toch niet al te moeilijk zijn om hun gegevens te vertalen naar kosten van de gezondheidszorg. Ook de OESO: zorg kan veel efficiënter (Financieel Dagblad 2010) ziet kansen om de kosten van de zorg in Nederland door een andere organisatie met 12 miljard/jaar te verlagen. Kortom: genoeg redenen om de situatie in een nader gesprek met u toe te lichten.

Gaarne zien wij een uitnodiging van u in deze tegemoet.

In de bijlage van deze brief gaan wij in op de in uw brief genoemde specifieke onderwerpen.

AVMV.

Referenties: 1. W.B. Grant et al. Estimated benefit of increased vitamin D status in reducing the economic burden of disease in western Europe. *Prog Biophys Mol Biol.* 2009, 3-4:1-10
2. J.P.M. Wielders, F.A.J.Muskiet en A. van de Wiel. Nieuw licht op vitamine D. *NTVG.* 2010, 154:2271-2276

Bijlage:

Stijgende zorgpremies en stijgende eigen bijdragen:

U noemt de groei van de uitgaven door voortgaande medische ontwikkelingen. Hier zijn wij niet op tegen als deze ontwikkelingen echte verbeteringen opleveren, bij voorkeur tegen minder kosten. Er zijn echter ook ontwikkelingen die eigenlijk niet wenselijk zijn vanwege zeer hoge kosten, enorme blijvende patiënten afhankelijkheid en, naast enkele voordelen, het probleem van vele nevenwerkingen. U noemt in het blad Wel het hoge aantal patenten. Die passen veel meer bij een zorg die ons meer geld kost; met preventie en voeding zijn veel minder patenten te behalen, maar het gaat ook om een duidelijke keuze: eerst preventieve maatregelen hier kan men weinig patenten realiseren) die een flink aantal operaties en geneesmiddelengebruik overbodig maken, weinig kosten met zich meebrengen en pas in tweede instantie medische ontwikkelingen die veel geld kosten. Als voorbeeld noemen wij de Biologicals (TNF-alpha remmers etc.) bij reumatische aandoeningen. Specifieke voedingsadviezen kunnen dit voorkomen. De voortgaande ontwikkelingen op het gebied van de voeding zijn de laatste 30 jaar enorm. Het probleem is echter dat ze niet of onvoldoende worden toegepast. Door effectieve preventie en GVO(GezondheidsVoorlichting en Opvoeding) kan de stijgende vraag naar zorg omgebogen worden naar een lagere vraag. Dit moet dan wel georganiseerd worden. Minder operaties en dure geneesmiddelen zou het gevolg hiervan zijn doordat de primaire preventie er eenvoudigweg voor zorgt dat deze deels niet meer nodig zijn. Een operatie is een zeer belastende meestal niet gewenste persoonlijke ingreep, heel duur en kan ook (blijvende)complicaties geven tot sterfte toe.

Preventie met eenvoudige middelen is dus bijna altijd veel beter en kost veel minder. De kosten hoeven niet meer met 4% per jaar te stijgen, maar kunnen dalen.

Los hiervan zien wij indirecte verbeteringen op andere gebieden zoals minder ziekte(verzuim), minder mensen in de WAO, meer mensen die kunnen werken met een beter opleidingsniveau, minder criminaliteit etc. (VWS-Magazine Wel: pag.6-7, 8 baten van de zorg).

Zorgverzekeraars kleden de basisverzekering steeds verder uit:

Hoewel de basisverzekering wettelijk is vastgelegd, zien wij dat verzekerden steeds meer te maken krijgen met eenzijdige interpretaties van deze wet door verzekeraars, die op hetzelfde neerkomen als "uitkleden van het basispakket". Het betreft bv. Operaties bij borstcarcinomen die in bepaalde ziekenhuizen niet meer vergoed dreigen te worden door de verzekeraar CZ. CZ doet net of Artikel 13 van de zorgverzekeringswet niet bestaat en wij vragen ons af of zij wel de aangewezen partij zijn om dit te bepalen. Wij hadden begrepen dat er landelijke informatie over kwaliteit beschikbaar zou gaan komen zodat wij zelf kunnen kiezen. Dat heeft verreweg onze voorkeur.

Ook betreft het "uitkleden van de eerste lijns diagnostiek" door BIG geregistreerde artsen/deskundigen, niet zijnde huisartsen. Steeds meer verzekeringsmaatschappijen stoppen met de vergoeding hiervan. Dit is zeer nadelig voor de verzekerden als zij deze zorg nodig hebben en speciaal die SOLK (Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten) problematiek hebben, vooral als zij via huisarts al naar een of meer specialisten zijn verwezen en vervolgens weer bij de huisarts terugkomen zonder verbetering van hun klachten. In onze noodkreet hebben wij verwezen naar een artikel in Medisch Contact 11 juni 2009: H.Maassen; 64 (24): 1060 - 1063 duidelijk naar voren komt dat dit veel voorkomt.

De vrijheid van artskeuze wordt aangetast:

De vrijheid van artskeuze is wel degelijk aangetast. Verzekeraars vergoeden vrolijk 0 % en zeggen dan dat er vrije artskeuze is. De verzekerde betaalt dus alles zelf. Deze gevallen maken wij helaas steeds vaker mee. Verder is er onduidelijkheid bij verzekerden over de situatie rond de vergoeding bij artikel 13. Praktisch geen enkele verzekerde weet het verschil tussen een natura polis en een restitutie polis. Alleen bij een restitutie polis is de vergoeding in principe 100%, bij een natura polis vaak minder (bij voorbeeld 80%). Dit maakt bij een operatie van 30.000 Euro soms een verschil van 6.000 Euro eigen bijdrage uit. Dit speelt bij voorbeeld als men veel vertrouwen heeft in een bepaalde arts, maar die arts is nu vertrokken naar een ander ziekenhuis waar de verzekeraar geen overeenkomst mee heeft. Door het sluiten van een overeenkomst kan de verzekeraar eenvoudig kortingen bedingen en is er geen eigen bijdrage nodig. Het is dan ook niet onlogisch dat steeds meer verzekerden de verzekeraar als dief van hun portemonnee zien. Zo zien wij in de praktijk veel mensen die dure aanvullende verzekeringen kiezen om toch vooral goed verzekerd te zijn maar die verder alleen een natura polis hebben. Dit terwijl een restitutie polis slechts enkele Euro's per maand meer kost. Het zou goed zijn om in deze de wet aan te passen en bij voorbeeld alle polissen restitutie polissen te maken.

De rol van de verzekerde dient meer inhoud te worden gegeven:

Daar zijn wij het van harte mee eens. De Ledenraad of verzekerdenraad heeft, voor zover wij weten, meestal weinig daadwerkelijke invloed op het beleid. Het "stemmen met de voeten" is vaak niet zinvol voor een verzekerde. Veel verzekerden hebben gezondheidsproblemen die het nemen van een beslissing om voor de aanvullende verzekering over te stappen naar een andere aanvullende verzekering (hetgeen een flinke tariefsverhoging betekent) niet eenvoudiger gemaakt. Overstappen voor de basisverzekering is ook nagenoeg niet mogelijk omdat de huidige verzekering de tarieven van de aanvullende premie dan flink verhoogt. Dit zou naar onze mening moeten worden verboden. Sommige van onze leden vragen zich zelfs af of wij wel verzekeraars nodig hebben. In hun ogen zou het veel beter zijn als zij hun verzekeringsgeld zelf beheren en rechtstreeks met de zorgverleners goede afspraken maken. Ook denken deze leden erover na om dan maar zelf een verzekeringsmaatschappij op te richten.

Wij zijn zeer benieuwd naar uw wetsvoorstel om de rechtspositie van de consument te verbeteren. Dit lijkt ons enorm belangrijk omdat wij regelmatig vernemen dat in deze heel wat te verbeteren valt. Een eerste indruk van het voorstel is dat het veel te lang is en onduidelijk voor de gewone burger, dat niets over de rechtspositie van de cliënt tegenover de verzekeraars wordt geregeld en dat echt goede kwaliteit op deze wijze niet is gegarandeerd.

Aandacht voor voeding in de zorg en zorgopleidingen:

U geeft aan dat er door uw Departement en zorgaanbieders aan integratie van voeding in een bredere context van preventie wordt gewerkt. Wij vragen ons sterk af wat dit precies inhoudt. Wij hebben er nog niets van gemerkt. Artsen, huisartsen, diëtisten en andere deskundigen die wij spreken, kennen uw Voedingsnota niet eens, laat staan dat zij weten dat aan de implementatie hiervan wordt gewerkt. Zodoende kunnen er ook geen praktische resultaten tot stand komen. We zijn dan ook zeer benieuwd naar de plannen die u binnenkort naar de Tweede Kamer gaat sturen. Wij hopen van harte dat het u beter afgaat dan destijds Mevrouw Veder-Smit, die preventie tot meest belangrijke onderwerp in de Gezondheidszorg koos, maar er helaas niet het benodigde geld voor uittrek en de erbij noodzakelijke management activiteiten, met als gevolg dat er nu, ruim 30 jaar later, nog heel veel op dit gebied te doen valt.

Bij de ontwikkeling van zorgstandaarden voor chronisch zieken bestaat het gevaar dat slechts een deel van de wetenschappelijk bekende informatie over voeding wordt gebruikt en dat daardoor het resultaat veel minder zal worden dan mogelijk. Gaarne uw aandacht hiervoor, evenals voor de preventie van deze problematiek, wat uiteindelijk nog veel belangrijker is.

Verder noemt U de opleiding tot artsen. Zolang deze opleiding slechts enkele uren over voeding gaat op een studie van minimaal 6 jaar is het voor iedereen duidelijk dat dit te weinig is. Van de medische faculteiten is door de aandacht op typisch medische activiteiten daarom in deze dan ook weinig te verwachten zonder ingreep van buiten af, met als gevaar dat de realisatie van uw voedingsbeleid grotendeels een illusie blijft. Samen met uw collega van Onderwijs zou u dit kunnen ombuigen, maar dan moet dit wel gebeuren. Het treurige is dat de artsen die zich na hun opleiding aan de universiteit wel gespecialiseerd hebben in voeding, nu door steeds meer verzekeraars hun basismiddelen om arts te zijn - zoals het doen van eerstelijns diagnostiek(ook in relatie tot voeding) en/of het voorschrijven geneesmiddelen - wordt ontnomen door dit niet ter vergoeden. Wij vinden dit een kwalijke ontwikkeling, die de gezondheidstoestand van de betrokken verzekerden verlaagt en strijdig is met uw beleid zoals genoemd in de voedingsnota. Dit treft degenen in onze maatschappij die het minst te besteden hebben het zwaarste (en dus minder vrijheid oplevert en belemmert hun kansen om gezondheid te verbeteren en daardoor gemiddeld meer te besteden hebben (en dus meer vrijheid oplevert).

Vitamine D:

De aanpak voor vitamine D voor alleen risicogroepen is onvoldoende behalve als u bijna iedereen tot de risicogroep laat behoren. De Gezondheidsraad heeft kortgeleden alleen een advies uitgebracht over de relatie van vitamine D tot osteoporose. Voor echt optimale waarden voor de gezondheid is meer vitamine D nodig. De gezondheidsraad had de nieuwe inzichten destijds gelijk kunnen meenemen. Dit is niet gebeurd waardoor onnodige vertraging is ontstaan. Dit heeft binnen de wetenschappelijke wereld bij andere experts tot frustratie en teleurstelling geleid. Binnen uw ministerie hadden al maatregelen genomen kunnen worden om ± 10 miljard euro op jaarbasis te besparen (directe en indirecte kosten samen).

Bij het onderwerp vitamine D noemt u dat de consument gemiddeld genomen genoeg heeft aan een evenwichtig en gevarieerd voedingspatroon om een optimale inname van micronutriënten te hebben. Dit klopt helaas niet. De World Health Foundation(WHF)(www.worldhealthfoundation.info/eetmeter) beschikt over een nog te verbeteren computerprogramma waar iedere Nederlander kan zien dat dit voor hem/haar niet of wel klopt. Optimale hoeveelheden zouden na te streven zijn. In de praktijk van Nederland kennen wij alleen ADH's (Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheden). Deze normen zijn nodig om duidelijke tekorten te voorkomen en passen dus niet bij optimale gezondheid maar meer bij minimale gezondheid. Voor optimale gezondheid is méér nodig. De meeste Nederlanders halen in de dagelijkse praktijk niet de ADH's van alle micronutriënten, dus is er het nodige te verbeteren. In het rapport "Ons eten gemeten" uit 2004 heeft het RIVM ook effecten berekend van voedingsveranderingen op de te verwachten levensduur van de Nederlander die toen dreigde terug te lopen. Dit moet relatief eenvoudig om te bouwen zijn tot een benadering van de effecten op de kosten van de gezondheidszorg. Op deze wijze kan men bij toepassing hiervan de kosten van de zorg verder laten dalen.

Een ander voorbeeld van nutriënt die boven optimaal wordt ingenomen is Natrium (in de vorm van zout). Uw Ministerie probeert al jarenlang de hoeveelheid zout in het voedsel te verlagen. Helaas zijn de resultaten nog steeds onvoldoende. Door een andere effectievere aanpak(minder aan producenten overlaten, desnoods wettelijke maatregelen nemen) was dit niet nodig geweest.

U ziet dat onze ervaringen anders zijn dan de uwe. Om voor de Nederlandse verzekerden en bevolking tot de meest optimale situatie te geraken verzoeken wij u dringend om een nader onderhoud.

Een uitnodiging hiertoe zien wij gaarne tegemoet.

Bunnik, 7 april 2011,

Namens Algemene Vereniging van Medisch Verzekerden,

E.F. Vogelaar, voorzitter AVMV

Tel. 06-22786920

E-mail: e.vogelaar@healthdiagnostics.nl

woutdik@gmail.com

Postbus 85, 3980 CB Bunnik