

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 65

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2012

Inleiding

Het op 26 april 2012 door uw Kamer aanvaarde Stabiliteitsprogramma betreft maatregelen om de houdbaarheid van de overheidsfinanciën te verbeteren. Deze maatregelen van het Stabiliteitsprogramma zijn aanvullend op het ombuigingspakket van € 18 miljard (structureel) met ingang van 2015, dat in het Regeerakkoord van het sedert 23 april jl. demissionaire kabinet was opgenomen. Het Stabiliteitsprogramma bevat geen wijziging van de in het Regeerakkoord afgesproken lage-ziektelast-maatregel en de daarmee voorziene structurele besparing van € 1,3 miljard met ingang van 2015.

Dit betekent dat, ook al is het kabinet demissionair, ik verdere stappen zal zetten gericht op concrete uitwerking van de lage-ziektelastbenadering. Deze lage-ziektelastbenadering is onderdeel van de maatregelen om de financiële houdbaarheid van de zorg te verbeteren. Verbetering daarvan is nodig vanwege de toenemende zorgvraag, het dreigende personeels-tekort en de snel stijgende kosten. Deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk om de zorg verder te verbeteren en deze veiliger en doelmatiger te maken. Afgesproken is dat aandoeningen met een lage ziektebelasting die veeleer als ongemak kunnen worden aangemerkt, uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden gehaald. Het kan gaan om verzekerde prestaties op het vlak van geneeskundige zorg, geneesmiddelen en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast kan ook additioneel worden gekeken naar andere onderdelen van het basispakket, rekening houdend met maatregelen die reeds onderdeel zijn van lopend en/of voorgenomen beleid.

Ik heb het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op 7 maart 2011 gevraagd een uitvoeringstoets over deze lage-ziektelastbenadering uit te

brengen. Bij de vraagstelling aan het CVZ heb ik ook de aangenomen motie Van der Veen c.s. (Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 28) betrokken.

Vanwege het complexe en weerbarstige karakter van dit onderwerp heeft het CVZ besloten gefaseerd op de gestelde vragen in te gaan. Het eerste rapport over de lage-ziektelastbenadering heeft het CVZ op 5 maart 2012 aan mij uitgebracht. Bijgaand treft u een afschrift van dit rapport aan¹. In dit eerste rapport verkent het CVZ de meer algemene aspecten van het begrip ziektebelasting zoals bijvoorbeeld de relatie met de principes van pakketbeheer en de wetenschappelijke onderbouwing.

Het CVZ streeft ernaar in de loop van 2012 de toepassing van de lage-ziektelastbenadering nader uit te werken en daar vervolgens in het Pakketadvies 2013 over te rapporteren. De lage-ziektelastmaatregelen zouden dan vanaf 2014 kunnen worden gerealiseerd.

Reactie op het rapport

Algemeen

Deze uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering heeft het karakter van een tussenrapportage. Het CVZ doet in deze uitvoeringstoets nog geen concrete voorstellen voor pakketmaatregelen op basis van lage ziektebelasting. Zoals hiervoor vermeld is het CVZ van plan om concrete voorstellen voor lage-ziektelastmaatregelen op te nemen in het Pakketadvies 2013.

De lage-ziektelastbenadering en de daarop gebaseerde pakketingrepen zullen ingrijpend van aard zijn. De tijd om per 2014 de eerste van dergelijke lage-ziektelastmaatregelen te kunnen realiseren wordt bij advisering in april 2013 erg krap, zeker indien maatregelen ook nog aanzienlijke uitvoeringstechnische consequenties zouden hebben. Eerdere advisering over mogelijke maatregelen verdient verre de voorkeur. Ik zal het CVZ daarom met klem verzoeken om in december 2012 met concrete voorstellen te komen en daarmee niet te wachten tot het Pakketadvies 2013.

Analyse ziektebelasting in relatie tot pakketcriterium noodzakelijkheid

Het CVZ geeft in zijn rapport over de lage ziektebelastingbenadering een gedegen overzicht en analyse van de aspecten die met toepassing van het begrip ziektebelasting samenhangen. Ik waardeer het dat het CVZ dit vraagstuk grondig heeft aangepakt en alle consequenties van de lage-ziektelastbenadering in kaart heeft gebracht, inclusief de knelpunten die aan de methodiek vastzitten.

Het CVZ maakt met zijn rapport duidelijk dat er een nauw verband is met (het huidige) pakketbeheer. Goed pakketbeheer moet resulteren in een verantwoord pakket. Dit houdt in een basispakket waarin alleen zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is, en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen.

Het huidige basispakket voldoet, deels vanuit de historie en deels door politieke besluitvorming, niet volledig aan deze omschrijving. Ook hoort bij pakketbeheer dat de uit collectieve middelen gefinancierde zorg betaalbaar moet blijven. Kostenbesparing door kritischer te kijken naar de samenstelling van het basispakket is noodzakelijk. Dat is ook de achtergrond van de afspraken over de lage-ziektelastbenadering en het stringent pakketbeheer.

Bij het pakketbeheer en de rol van het CVZ als pakketbeheerder zijn de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid leidend. Met de toepassing van deze criteria in het pakketbeheer heeft uw Kamer in 2007 ingestemd.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Met ziektelast wordt nadere uitwerking aan het criterium noodzakelijkheid gegeven.

Het criterium noodzakelijkheid is in 1991 geïntroduceerd door de commissie Dunning. De commissie Dunning stelde expliciet dat voor pakketbeslissingen in de zorg de «gemeenschapsgerichte benadering» voorop staat. Dit reflecteert de visie dat het doel van zorg niet is om alle afwijkingen van perfecte gezondheid op te lossen, maar om ieder kans te geven om het leven zoveel mogelijk naar eigen goeddunken in te vullen. Noodzakelijkheid werd daarmee gedefinieerd als zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Prioriteit moet men dan geven aan behandeling van mensen van wie het functioneren het meest ernstig bedreigd is.

Sinds het jaar 1991 is er veel voortgang geboekt op het gebied van de operationalisatie van het principe noodzakelijkheid. Vanaf het rapport van de Ziekenfondsraad «Toetsing Geneesmiddelenpakket» (1995) wordt het criterium ingekleed door de concepten «ziektelast» en «noodzakelijk te verzekeren zorg». Noodzakelijkheid in de brede context van het woord heeft betrekking op het vraagstuk of de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt, gegeven de culturele context. De dimensie ziektelast heeft specifiek betrekking op de vraag: rechtvaardigt de ernst van de ziekte een beroep op collectieve financiering? Ziektelast is dus *een* manier om een deel van noodzakelijkheid te operationaliseren.

Het CVZ heeft in 2001 ziektelast gedefinieerd als: de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden. Ziektelast is binnen deze definitie dus een relatieve maat; ziektelast meet welk deel van de resterende gezondheid verloren dreigt te gaan. In andere woorden: naarmate er relatief meer gezondheid verloren gaat wanneer een aandoening niet wordt behandeld, is de ziektelast van die aandoening hoger.

Bij toepassing van het pakketcriterium noodzakelijkheid is in het verleden de ziektelast niet altijd consistent betrokken. Doordat ziektelast een meetbare invulling geeft aan noodzakelijkheid, wordt noodzakelijkheid meer objectiveerbaar en is het mogelijk om een afweging te maken in plaats van uitsluitend een ja/nee-toetsing. Het criterium wint daardoor aan kracht.

Mijn conclusie op basis van het CVZ-rapport is dat (lage) ziektelast in principe een bruikbaar element is bij toepassing van het pakketcriterium noodzakelijkheid en dit criterium juist versterkt.

Toepassing lage ziektelastcriterium in sommige situaties problematisch

Tegelijkertijd wijst het CVZ er in zijn rapport op dat er verschillende situaties denkbaar zijn waarin een eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium problematisch kan zijn. Het gaat bijvoorbeeld om aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop vertonen (heterogeniteit), aandoeningen met een ziektebeloop met korte, hevige pieken of aandoeningen met een progressief verloop. Voor aandoeningen waarvoor eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium problematisch is, acht het CVZ dat in de appraisalfase (de fase waarin het CVZ als pakketbeheerder de maatschappelijke weging uitvoert) moet worden afgewogen of een pakketmaatregel op basis van gemiddelde (lage) ziektelast nog acceptabel is. In dit verband zal ik het CVZ verzoeken om na te gaan of een instrument is te bedenken zodat de lage-ziektelastopbrengst bij de doelgroep waarvoor eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium niet tot problemen leidt, kan

worden geïncasseerd terwijl de groep waarvoor eenduidige toepassing wel tot problemen leidt toch wordt ontzien.

Huisartsenzorg en diagnostiek bij lage ziektelast

Het CVZ adviseert om de huisartsenzorg in alle situaties vanuit de basisverzekering te blijven vergoeden. De functie van poortwachter is juist bij aandoeningen met lage ziektelast van groot nut gebleken vanwege de geruststelling die de huisarts in die situaties aan de patiënt geeft. Daarmee wordt overbehandeling afgeremd. De huisarts is de eerst aangewezen zorgverlener om te beoordelen of er wel sprake is van een aandoening en zo ja, hoe ernstig deze (mogelijk) is. Bij aandoeningen met een lage ziektelast zou vergoeding van de huisartsenzorg dan wel beperkt moeten worden tot consult en diagnostiek. Een door de huisarts uitgevoerde of voorgeschreven behandeling van een aandoening met lage ziektelast zou niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Bovendien stelt het CVZ voor om diagnostische tests en verrichtingen onderdeel van het verzekerde Zvw-pakket te laten blijven. De diagnostiek gaat namelijk vooraf aan het bepalen van de aandoening en daarmee van de ziektelast. Een systeem waarin de vergoeding van een test/verrichting pas achteraf aan de hand van de uitslag kan worden bepaald, acht het CVZ onwenselijk en zal bovendien op veel uitvoeringsproblemen stuiten. Deze voorstellen die het CVZ op deze punten doet over de zorg die tot het verzekerde pakket zou moeten behoren, komen mij logisch voor en ik kan deze dan ook onderschrijven.

Beoogde opbrengst

Het CVZ geeft aan dat het een besparing van € 1,3 miljard via de lage-ziektelastbenadering niet haalbaar acht binnen de principes van pakketbeheer en uitgaand van de oorspronkelijke formulering van de maatregel (aandoeningen die eerder als ongemak dan als ziekte worden gekenschetst, worden uit het pakket gehaald). Het CVZ merkt in dit verband op dat indien de lage-ziektelastbenadering zodanig wordt toegepast dat daarmee de gehele ombuigingstaakstelling wordt gehaald, de consequentie zal zijn dat ook behandeling van ziekten met een relatief hoge ziektelast, niet meer wordt vergoed. Volgens het CVZ zou dat waarschijnlijk tot gezondheidsschade leiden. Om die reden wijst het CVZ op een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden. Het stimuleren van gepast gebruik van zorg is volgens het CVZ het beste alternatief. Het voorkomt overbodige en onnodige kosten door overbehandeling en levert bovendien kwaliteitswinst op.

Ik ben het met het CVZ eens dat het stimuleren van gepast gebruik uitermate belangrijk is, niet alleen uit kostenoverwegingen maar ook uit oogpunt van kwaliteit van zorg. Maatregelen inzake gepast gebruik moeten sowieso plaatsvinden. De uit gepast gebruik voortkomende besparingen kunnen echter niet op voorhand deels in de plaats komen van de beoogde ombuigingen van de lage-ziektelastmaatregelen. Ik wil in dit verband opmerken dat het noodzakelijk is dat maatregelen inzake gepast gebruik concreet worden ingevuld en van een onderbouwde gekwantificeerde opbrengstraming worden voorzien. Ook dient aandacht aan de handhaafbaarheid in de praktijk te worden geschonken. Deze elementen ontbreken tot nu toe veelal wanneer op de mogelijkheden van gepast gebruik wordt gewezen. Dat maakt voorstellen inzake gepast gebruik thans nog te weinig concreet om als ombuigingsmaatregel te kunnen worden meegenomen. Ik zal het CVZ vragen of het in plaats van gepast gebruik, alternatieve besparingsmogelijkheden kan nagaan die meer in lijn liggen van de lage-ziektelastbenadering. Hierbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen

worden aan verruiming van het pakketcriterium noodzakelijkheid, afgezien van de invalshoek van ziektelast. Dat zou er ook tot gevolg hebben dat verzekerden een groter deel van de zorg zelf zouden moeten gaan betalen. Dat verzekerden een groter deel van de zorgkosten voor eigen rekening moeten nemen, dient er niet toe te leiden dat het CVZ geen voorstellen doet voor lage ziektelast die mogelijk de draagkracht van burgers te boven gaan. Uiteraard kan het CVZ bij ziektelast-voorstellen wijzen op de mogelijk ingrijpende financiële gevolgen voor burgers, maar dat mag het CVZ er niet van weerhouden die voorstellen te doen. De vraag of die voorstellen de draagkracht van burgers te boven gaan, dient onderwerp te zijn van politieke afweging.

Gelet hierop zal ik er bij het CVZ op aandringen dat het in zijn vervolgrapportage voorstellen doet voor ziektelastmaatregelen voor het volledige bedrag van minimaal € 1,3 miljard. Dit sluit ook aan bij mijn vraagstelling van vorig jaar aan het CVZ om voorstellen voor ziektelastmaatregelen te doen voor een hoger bedrag dan € 1,3 miljard, opdat er gekozen kan worden tussen mogelijke ziektelastmaatregelen.

Hierbij ben ik me ervan bewust dat invulling van de taakstelling van € 1,3 miljard via ziektelastmaatregelen kan betekenen dat het niet meer uitsluitend kan gaan om aandoeningen die eerder als ongemak dan als ziekte gekenschetst worden. Ook aandoeningen met een minder lage ziektelast zullen dan in beeld komen. Ik ben van mening dat de concrete invulling op basis van politieke besluitvorming moet plaatsvinden. Daarom is het aangewezen dat het CVZ in zijn vervolgrapportage voorstellen doet voor ziektelastmaatregelen van minimaal € 1,3 miljard. Hierbij kan behalve naar de geneeskundige zorg, geneesmiddelen en de geestelijke gezondheidszorg, ook gekeken worden naar alle onderdelen van het Zvw-pakket.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers