



CVZ

Drs. C.H.F. Gimbrère
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 13 januari 2012
ons kenmerk 2012-6/DSB/01.01.01/WW/bh
voor informatie Winny Toersen NPCF; Marijke Hempenius CG-
Raad
uw kenmerk
onderwerp **reactie uitvoeringstoets lage-
ziektelastbenadering**

Geachte heer Gimbrère,

Medio december ontvingen wij de concept uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. De De gezamenlijke patiëntenorganisaties CG-Raad, CSO, LpGGz, NPCF en PlatformVG maken graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op de concept uitvoeringstoets te reageren. In onze reactie staan wij achtereenvolgens stil bij de aanleiding voor de lage-ziektelastbenadering, de zorgen van patiëntenorganisaties, geleidelijke invoering, en de alternatieven.

Voordat wij deze thema's toelichten, willen wij het CVZ graag complimenteren over de aanpak en inhoud van voorliggende uitvoeringstoets. De keuze om eerst stil te staan bij het begrip ziektelast en de wijze waarop dit begrip kan worden toegepast in het pakketbeheer, biedt de mogelijkheid om te bezinnen op de essentie van de benadering. Het CVZ heeft er terecht voor gekozen om de lage-ziektelastbenadering en de mogelijke gevolgen daarvan goed te verkennen voordat de stap gemaakt wordt naar daadwerkelijke uitstroomadviezen. Wij komen tot de conclusie dat de lage-ziektelastbenadering een bijna onbegaanbare weg is. Het is belangrijk om kritisch te kijken naar het verzekerde pakket, maar het gaat vooral over hoe efficiënt we omgaan met verzekerde zorg. We lichten ons standpunt in deze brief verder toe.

Wij onderschrijven het CVZ-standpunt dat er bij pakketbeslissingen niet uitsluitend kan worden afgegaan op een kwantitatieve benadering. Voor besluitvorming over ingrepen in het pakket is een weloverwogen afweging zijn plaats. Daarbij horen ook de maatschappelijke afwegingen over de wenselijkheid van behandeling. Omdat het over (verlies van) kwaliteit van leven gaat, zal deze afweging wat ons betreft inclusief de inbreng van de betreffende patiënten- of gebruikersgroepen worden gedaan.

Ook delen wij de mening van het CVZ dat de huisartsenzorg vanuit de basisverzekering vergoed moet worden, evenals diagnostische tests en verrichtingen. Om uitsluitel te krijgen over de oorzaak en om verergering van klachten te voorkomen, is het van grote waarde dat mensen snel en dichtbij terecht kunnen voor een professioneel advies. Dit geldt voor iedere klacht, dus ook voor minder acute klachten.

Aanleiding

In het rapport staat bij de aanleiding dat de stijgende kosten van de zorg het noodzakelijk maken om de financiële houdbaarheid van het stelsel te waarborgen. Tegen deze achtergrond is in het Regeerakkoord de afspraak gemaakt om de behandeling van een aandoening met een lage ziektelast uit het basispakket te halen. Op pagina 4 stelt het CVZ dat de doelstelling om 1,3 miljard euro met lage ziektelast te besparen niet realistisch is.

Recent hebben de werkgevers laten weten hun aandeel in de premie te willen bevriezen op het niveau 2011. Ook voor verzekerden komt er een grens aan het totaal van de zorgkosten - premie, eigen bijdragen en niet verzekerde zorg - ten opzichte van het beschikbare inkomen. De gezamenlijke patiëntenorganisaties verwachten net als het CVZ dat het toepassen van de lage-ziektelastbenadering niet de oorzaken van de kostenstijgingen in de zorg kan tegengaan. De discussie over de lage-ziektelastbenadering dient in onze ogen dan ook veel meer gekoppeld te worden aan het bestaande noodzakelijkheidsbeginsel in het pakketbeheer en niet aan het tegengaan van oplopende zorgkosten. Voor het tegengaan van oplopende zorgkosten is het van belang dat we de oorzaken van de kostenstijgingen helder krijgen, inzicht hebben in de autonome groei van de zorgvraag en vervolgens aan oplossingen gaan werken om onnodige stijging van zorgkosten tegen te gaan.

Zorgen van patiëntenorganisaties

Met de introductie van het beleidsvoornemen van het kabinet om op grond van lage ziektelast mede te gaan bepalen wat tot de verzekerde zorg behoort, heeft dit onderwerp onze nadrukkelijke belangstelling. Het afgelopen jaar hebben wij meerdere malen met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, maar ook met andere partijen in het veld, van gedachten gewisseld over de lage-ziektelastbenadering en de mogelijke gevolgen daarvan. Tijdens deze gedachtewisselingen bleek het lastig om de lage-ziektelastbenadering eenduidig uit te leggen. Veelal wordt de benadering geïllustreerd met voorbeelden, waarna de discussie zich ontploopt over het specifieke voorbeeld. In deze discussies kwam een aantal 'zorgen' herhaaldelijk op tafel. Graag willen wij deze met u delen.

Hoe pakt lage ziektelast in de praktijk uit

In het rapport worden meerdere bijzondere situaties beschreven. Situaties waar vooral patiënten zich in herkennen. Hoe de lage-ziektelastbenadering in deze situaties straks wordt toegepast, is nog niet duidelijk. Dat geeft onzekerheid, zeker bij mensen die met één of meer chronische aandoeningen te maken hebben. Momenteel kampt tweederde van de 65-plussers met twee of meer aandoeningen. Tegelijkertijd is voor meerdere aandoeningen bekend dat een (jaren) lange fase van ziekteverschijnselen vooraf kan gaan aan de diagnose. Komen voor deze mensen de kosten van lage ziektelast in de periode voorafgaand aan de diagnose straks voor eigen rekening? Worden mensen met wat uiteindelijk een zeldzame aandoening blijkt, niet extra benadeeld door deze benadering?

De individuele beleving van ziektelast

De ene mens is de andere niet. De ervaren ziektelast verschilt per individu, per aandoening en soms per moment. Hoe is de individuele beleving van mensen te vatten in een lage-ziektelastbenadering en hoe leg je op begrijpelijke wijze aan de patiënt uit dat een behandeling niet wordt vergoed op grond van lage ziektelast?

Definitie van lage ziektelast

Als lage ziektelast over (verlies van) kwaliteit van leven gaat, is dan de inbreng van betrokken patiënten/cliënten ook in de kwantitatieve berekening van ziektelast voldoende geborgd? Ook leeft de principiële vraag wat de introductie van het utiliteitsdenken binnen het pakketbeheer betekent voor chronisch zieken, ouderen en mensen met meer aandoeningen? Willen wij de zorg inzetten waar de meeste gezondheidswinst geboekt kan worden of willen wij een gezondheidsstelsel waar mensen ongeacht leeftijd of aandoening een kwalitatief goede en resultaatgerichte zorg krijgen?

Aandoeningen die in aanmerking komen voor de lage-ziektelastbenadering

Het selecteren van aandoeningen die in aanmerking komen voor de lage-ziektelastbenadering is afhankelijk van beschikbare onderzoek en gegevens. Voor aandoeningen waarbij de behandeling wordt bekostigd op basis van een dbc, is het nog maar de vraag of de lage-ziektelastbenadering kan worden toegepast. Hoe objectief is de selectie van aandoeningen?

Betaalbaarheid van zorg voor mensen met (meerdere) aandoeningen

De pakketmaatregelen hebben vooral voor mensen met chronische ziekten gevolgen voor het besteedbaar inkomen. Steeds meer mensen kampen met een stapeling van zorgkosten. In het rapport wordt als ongewenst neveneffect de kostenstijging voor individuele patiënten genoemd, vooral in de groep met veel comorbiditeit.

Voor een belangrijk deel worden bovengenoemde zorgen in het rapport onderkend. In een mogelijke vervolgfase zal moeten blijken of ook voldoende rekening wordt gehouden met deze zorgen.

Geleidelijke invoering

In het advies worden verschillende problemen ten aanzien van de toepassing van de benadering genoemd. Zo zal het systeem niet werken voor zorg die bekostigd wordt door een dbc. Ook is de invoering beperkt tot aandoeningen en behandelingen waarvoor gegevens over lage ziektelast bestaan. Het voorstel is om een aanvang te maken op basis van de zogenaamde Midas-bron. Hierdoor zullen aandoeningen die in dit rapport centraal hebben gestaan als eerste mogelijk buiten het pakket gaan vallen. Onduidelijk is of het uitsluiten van bepaalde aanspraken zal leiden tot substitutie naar duurdere zorgvormen dan wel tot een zorgmijdend gedrag, waardoor kwalen verergeren en op termijn leiden tot ingrepen die meer kosten met zich meebrengen.

De gezamenlijke patiëntenorganisaties vinden dat voor de geleidelijke invoering van de lage-ziektelastbenadering de impact van deze benadering op het zorgproces en de werkelijke opbrengsten van deze benadering eerst meer onderbouwd moeten worden, voordat het CVZ met uitstroomadviezen komt.

Alternatieve besparingsmogelijkheden

In het rapport worden alternatieve besparingsmogelijkheden genoemd. De alternatieven die in het consultatie-rapport beknopt worden beschreven hebben betrekking op het verzekerde pakket. Aangezien bij de verkenning van het thema lage-ziektelastbenadering het CVZ al tot de conclusie komt dat de beoogde besparing met de lage-ziektelastbenadering niet gehaald zal worden, betekent dat deze alternatieven tot de realiteit gaan horen. Het initiatief rondom 'gepast gebruik' ervaren wij als een kansrijke weg die ook een bijdrage levert aan de kwaliteit

van zorg. Kritisch kijken naar wat noodzakelijk te verzekeren zorg is, blijft nodig. Maar in de dagelijkse praktijk ervaren patiënten vele vormen van inefficiëntie in de zorg. Die ervaringen brengen wij met regelmaat in beeld. Het is vooral de aanpak van deze inefficiëntie die naar onze mening nodig is om te komen tot duurzame zorg.

Tot besluit

Het CVZ geeft in het rapport een risico-analyse van het nemen van pakketmaatregelen op basis van de lage-ziektelastbenadering en beschrijft de problemen die zich in de uitvoeringspraktijk kunnen voordoen. In het rapport worden vervolgens verschillende risico's beschreven en meerdere uitvoeringsproblemen benoemd. Ook stelt het CVZ dat de beoogde besparing van 1,3 miljard euro door toepassing van de lage-ziektelastbenadering voor aandoeningen die eerder als 'ongemak' dan als ziekte worden gekenschetst, niet realistisch is. Toch adviseert het CVZ een geleidelijke invoering van de lage-ziektelastbenadering in het pakketbeheer. De gezamenlijke patiëntenorganisaties delen dit advies niet. Wij vinden dat de effecten van een lage-ziektelastbenadering op het zorgproces en de reële opbrengsten eerst nader in kaart gebracht moeten worden. Met de lage-ziektelastbenadering wordt de zorg niet beter of patiëntvriendelijker. En het is nog maar de vraag of de zorg er goedkoper van wordt.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Wilna Wind
Algemeen directeur

W. van Minnen
Directeur CSO

Drs. M. J ter Avest
Directeur LPGGz

CG-Raad

Angelique van Dam
directeur a.i.

W. Drooger
Directeur Platform VG