



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland



Leden van de Vaste Kamercommissie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
T.a.v. de heer A.J.M. Teunissen, griffier
Postbus 20018
2500 AE DEN HAAG

datum Utrecht, 21 juni 2011
ons kenmerk 2011-234/DSB/01.01.01/WT/hm
voor informatie Winny Toersen/NPCF en Marijke Hempenius/CG-Raad
uw kenmerk
onderwerp **AO Zorgverzekeringswet/ Pakketadvies 2011 d.d. 22 juni 2011**

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie VWS,

Op woensdag 22 juni aanstaande heeft de Vaste Kamercommissie een Algemeen Overleg over het pakketadvies 2011, de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en enkele aanpalende onderwerpen. Met deze brief willen wij u een aantal aandachtspunten vanuit het perspectief van zorggebruikers en tevens verzekerden voorleggen. We gaan daarbij uit van de zorggebruiker als volwaardige partij in de totstandkoming van een goed uitgevoerde Zorgverzekeringswet. Wij toetsen de voorstellen op betaalbaarheid en toegang tot resultaatgerichte zorg voor mensen uit onze achterban.

Belangrijke onderwerpen waarvoor wij in deze brief uw aandacht vragen betreffen de stijging van de zorgkosten, ombuigingsmaatregelen 2012, pakketadvies 2011, tariefmaatregelen, toegang tot de zorgverzekering, toekomst eigen risico en cumulatie van effecten. In deze brief lichten wij deze onderwerpen verder toe.

Stijging van de zorgkosten

De zorguitgaven nemen elk jaar opnieuw fors toe. Deze kabinetsperiode is circa 15 miljard euro extra beschikbaar voor de groei van de zorguitgaven. Om de zorguitgaven niet nog verder te laten toenemen, stelt de minister van VWS nu een ombuigingspakket van maatregelen voor. Het betreft een mix van maatregelen bestaande uit het verkleinen van het pakket, het verhogen van het eigen risico en het korten van zorgaanbieders door een verlaging van tarieven.

De NPCF en de CG-Raad maken zich zorgen over de gevolgen van het huidige beleid voor mensen met een beperking en mensen die aangewezen zijn op zorg. Op dit moment staat de betaalbaarheid en daarmee de toegang tot de zorg voor steeds meer mensen onder druk. Met de huidige voorstellen, waarbij een duidelijke visie op hoe passende en betaalbare zorg blijvend te garanderen ontbreekt, zal deze druk alleen maar toenemen. Wij zijn van mening dat met de voorgestelde maatregelen de oorzaken van de oplopende zorgkosten niet worden aangepakt en wij vinden dat de maatregelen onvoldoende bijdragen aan het realiseren van zorg die zoveel mogelijk aansluit bij wat mensen zelf kunnen en willen. Een betere weg is wat ons betreft het maken van duidelijke keuzes in spreiding en concentratie van tweedelijns zorg, het aanpakken van onnodige diagnostiek en herhaalconsulten, het zorgen voor een doelmatig medicijngebruik, en het durven investeren in kwaliteit van zorg die bijdraagt aan doelmatigheid. De NPCF en CG-

Raad vragen de minister op korte termijn haar visie voor de langere termijn om het stelsel van zorg toegankelijk en betaalbaar te houden te presenteren.

Ombuigingsmaatregelen 2012

In het Regeerakkoord wordt ten aanzien van basiszorg het belang van een goede organisatie van zorg dicht bij huis onderkend. Het kabinet wil hiertoe het tot stand komen van netwerken van huisartsen, fysio- en oefentherapeuten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen, diëtisten, thuiszorg, apothekers en regionale ziekenhuizen stimuleren. De NPCF en CG-Raad hechten veel waarde aan goed georganiseerde resultaatgerichte zorg waar zowel chronisch zieken als andere zorggebruikers op kunnen rekenen. Deze organisatie van zorg dicht bij huis is van grote waarde voor de zelfredzaamheid van alle zorggebruikers, voor een doelmatige verdeling van beschikbare zorg en het voorkomt onnodig gebruik van veel duurdere zorg in ziekenhuizen en instellingen. Van belang is dat binnen een breed basispakket beter gekeken wordt naar het toekennen van zorg.

Pakketadvies 2011

De veranderingen van het pakket die de minister per januari 2012 wil doorvoeren hinderen de ontwikkeling van goede zorg dicht bij huis. De CG- Raad en de NPCF willen graag meedenken over maatregelen om de stijgende zorgkosten tegen te gaan, waarbij de toegang en betaalbaarheid van passende zorg voor verzekerden, chronisch zieken en mensen met een handicap voorop staat.

Fysio- en oefentherapie

De NPCF en CG-Raad zijn van mening dat bij fysio- en oefentherapie de kwaliteit en resultaatgerichtheid van de behandeling voorop moet staan. In plaats van het schrappen van aandoeningen op een lijst en het voor eigen rekening nemen van behandelingen, willen wij samen met de beroepsgroep verder met de ontwikkeling van protocollen waarin deze waarden centraal staan. Voor wat betreft de aanpak van de chronische lijst fysio- en oefentherapie, waren we al op weg (zie bijlage). Wij vragen de minister deze ingeslagen weg niet de pas af te snijden. Daarnaast vragen wij ook uw aandacht voor de financiële gevolgen van deze pakketvoorstellen.

Dieetadvisering

In 2010 is verwachtingsvol gestart met de programmatische aanpak van de chronische aandoeningen COPD, diabetes en vasculair risicomanagement. De diëtist is een onlosmakelijk onderdeel in deze aanpak. Hoe rijmt dit met het voorgenomen besluit om de aanspraak dieetadvisering te schrappen? En zou het niet verstandig zijn om de toegang tot de diëtist te behouden als de minister het gebruik van maagzuurremmers wil ontmoedigen? De diëtist is een schakel in de keten waar het gaat om geïntegreerde eerstelijnszorg, preventie- en leefstijladvies. Maar de diëtist is van oudsher ook al een essentieel onderdeel van de zorg voor bijvoorbeeld patiënten die lijden aan ondervoeding bij kanker, coeliakie en voedselallergieën.

Maagzuurremmers

De minister stelt voor om maagzuurremmers uit het pakket te halen. Hierbij wordt een uitzondering gemaakt voor mensen met een chronische aandoening. Hier zijn wij blij mee. De CG-Raad en NPCF zijn voorstander van het gericht inzetten van zorgaanpakken bij

mensen voor wie dit medisch noodzakelijk is in plaats van het schrappen van aanspraken. Wel willen wij de minister vragen op welke wijze de doelgroep bepaald gaat worden. Wij zijn van mening dat voor gebruikers waarvoor maagzuurremmers een medisch noodzakelijk onderdeel zijn van de behandeling, de aanspraak behouden moet blijven, ook bij kortdurend gebruik.

Gepast gebruik

De minister heeft positieve verwachtingen en hecht groot belang aan de totstandkoming van 'gepast gebruik in de zorg' zoals genoemd in haar reactie op het pakketadvies 2011. Gepast gebruik is gebaseerd op het stepped care principe, waarbij eerst wordt gezien of met een eenvoudige behandeling afdoende resultaat kan worden bereikt. Voor het welslagen van deze benadering is het van belang dat ook eenvoudige behandelingen en leefstijlgerichte behandelingen voor mensen die dit nodig hebben in het pakket blijven.

Tariefmaatregelen: *niet korten maar kiezen*

De CG-Raad en de NPCF maken zich zorgen over de effecten van de tariefmaatregelen op beleid ten aanzien van zorg dicht bij huis, ketenzorg en passende zorg. De voorgestelde maatregelen staan haaks op het voornemen van de minister om zorg te verschuiven van de tweede- naar de eerstelijns. Wij pleiten voor een duidelijke visie op de positie van de eerste en tweede lijn, waarbij meer dan nu het geval is gestuurd wordt op kwaliteit en resultaatgerichtheid van de zorg. Ook wij benieuwd naar de voornemens van de minister om specialisatie binnen de ziekenhuiswereld te bevorderen en hoe zij de overcapaciteit die nu op plaatsten bestaat tegen wil gaan.

Toegang tot de zorgverzekering: *risicoselectie moet voorkomen worden*

Het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht zijn belangrijke pijlers onder ons zorgstelsel waarmee de toegang tot de zorgverzekering voor iedereen wordt gewaarborgd. De NPCF en de CG-Raad hechten grote waarde aan permanent toezicht op het naleven van deze kernwaarden. Hoewel het beeld dat de NZa schetst over het voorkomen van risicoselectie overwegend positief is, brengen wij hier opnieuw onder de aandacht dat het systeem van risicoverevening de prikkel tot risicoselectie niet uitsluit. De NPCF en CG-Raad pleiten voor terughoudendheid bij de afbouw van de risicoverevening en stellen als voorwaarde dat aanpassingen in de risicoverevening eerst grondig getoetst worden op de gevolgen voor de (risico)selectie van verzekerden, de premies en de keuzevrijheid.

Wij vragen u een monitor te ontwikkelen ten aanzien van de reactie van zorgverzekeraars op de voorgestelde pakketmaatregelen. De vraag is op welke wijze aanspraken terug gaan komen in de aanvullende verzekering en voor welke groep verzekerden dit aantrekkelijk is. De NPCF en CG-Raad willen graag inzichtelijk krijgen op welke wijze de acceptatie van de aanvullende verzekering verloopt.

De NPCF en CG-Raad hebben eerder hun zorg geuit over meer subtiele vormen van risicoselectie. Bijvoorbeeld 'minder inzet' van zorgverzekeraars om te komen tot goede zorginkoop en zorgverzekeringsproducten voor specifieke groepen.

Dit voorjaar publiceerde Vektis bevindingen over de zorgverzekeringsmarkt anno 2011. Wat opvalt, is de concurrentie op prijs waarop door verzekeraars wordt ingespeeld via goedkope internetlabels. Ook zetten zorgverzekeraars in op doelgroepenbeleid gericht op jongeren en gezinnen. Het aantal collectiviteiten is de afgelopen jaren uitgebreid, terwijl het aandeel

collectief verzekerden gelijk is gebleven. Van nieuwe verzekeringsproducten of collectieve contracten gericht op kwetsbare zorgconsumenten wordt geen melding gemaakt. Om zeker te stellen dat er geen indirecte risicoselectie via collectiviteiten en zorginkoopbeleid plaatsvindt, hebben wij in onze eerdere brief d.d. 12 mei 2011 nader onderzoek bepleit. Met de nieuwe voornemens om de aanspraken van het basispakket aanzienlijk te beperken, hechten wij extra waarde aan aanvullend onderzoek. Zo nodig moeten vormen van indirecte selectie worden meegenomen in het toezicht op naleving van de acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie.

Toekomst eigen risico: *verplicht eigen risico is niet meer dan het verschuiven van collectieve lasten*

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van de rapportages 'evaluatie naar verplicht eigen risico'. In de evaluatiestudies lezen wij dat het verplichte eigen risico geen aantoonbaar effect heeft op zorggebruik, dat de uitvoeringskosten hoger zijn dan verwacht en dat de inzet van het verplichte eigen risico als sturingsinstrument door zorgverzekeraars heel beperkt is. Ook is de regeling inclusief de compensatieregeling weinig transparant voor verzekerden. Het verplicht eigen risico bereikt vooral een verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar de portemonnee van de verzekerde, en zeker die van (chronische) zorggebruikers.

Met de aangekondigde pakketmaatregelen waarschuwen wij voor een onevenredige stapeling van zorguitgaven bij chronische zorggebruikers. In het huidige stelsel wordt getracht deze stapeling te beperken door compensatiemaatregelen CER en Wtcg. Daarnaast ontvangt het merendeel van de huishoudens zorgtoeslag. Naar onze mening zou het in samenhang bezien van het totaal aan eigen bijdragen en compensatieregelingen een verbetering van het zorgstelsel kunnen opleveren.

Cumulatie van effecten

De kosten van de zorg lopen op. De CG-Raad en NPCF constateren dat het huidige ombuigingspakket een groot deel van de rekening hiervan neerlegt bij verzekerden in het algemeen en mensen die veel zorg nodig hebben in het bijzonder. Het kabinet komt met voorstellen voor hogere eigen bijdragen voor specifieke zorgvormen, het eigen risico wordt met 40 euro verhoogd en verzekerden kunnen voor het volgende jaar rekenen op een hogere premie voor een kleiner pakket. De aanvullende verzekeringen waarin de geschrapte aanspraken uit het basispakket worden opgenomen worden naar verwachting duurder. Gezonde verzekerden zullen nog vaker kiezen voor geen of een beperkt aanvullend pakket. Binnen de aanvullende verzekeringen zal de druk op de solidariteit toenemen waardoor de kosten voor mensen die hierop zijn aangewezen verder stijgen.

De CG-Raad en de NPCF voorzien dat de mix aan maatregelen uit het ombuigingspakket een groep mensen met een beperking onevenredig zwaar treffen. Om ervoor te zorgen dat de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft, bepleiten wij een maximum aan eigen bijdragen en eigen risico die mensen moeten betalen. Wij zijn er een voorstander van hierbij rekening te houden met het beschikbare inkomen van mensen. Daarnaast vragen wij het kabinet de mogelijkheden voor het verbreden van de risicosolidariteit door middel van een andere wijze van premieheffing te onderzoeken.

Wij stellen het zeer op prijs als u onze aandachtspunten zoals verwoord in deze brief in het

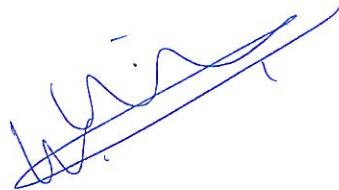
geplande Algemeen Overleg over het pakketadvies 2011/Zorgverzekeringswet op 22 juni aanstaande wil meenemen. Kort samengevat:

- De CG-Raad de NPCF vragen de minister op korte termijn haar visie voor de langere termijn om het stelsel van zorg toegankelijk en betaalbaar te houden te presenteren;
- De CG-Raad en de NPCF pleiten voor een duidelijke visie op de positie van de eerste en tweede lijn, waarbij meer dan nu het geval is gestuurd wordt op kwaliteit en resultaatgerichtheid van de zorg;
- De CG-Raad en de NPCF vinden dat een breed basispakket een belangrijke voorwaarde is om te komen tot een goede invulling van 'gepast gebruik' van zorg;
- De NPCF en de CG-Raad willen een monitor over de toegang tot en de betaalbaarheid van de (aanvullende) zorgverzekering;
- De CG-Raad en de NPCF waarschuwen voor de afbouw van de risicoverevening en vragen een aanpassing eerst grondig te toetsen op de gevolgen voor de (risico)selectie, de premies en de keuzevrijheid van verzekerden.
- De CG-Raad en de NPCF stellen voor het totaal aan eigen bijdragen en compensatieregelingen in samenhang te bezien en waar mogelijk te vereenvoudigen;
- Om ervoor te zorgen dat de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft bepleiten wij een maximum aan eigen bijdragen en eigen risico dat mensen moeten betalen.

Vanzelfsprekend zijn wij bereid om desgewenst een nadere toelichting te verzorgen.

Wij vertrouwen erop u hiermee naar behoren te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



Wilna Wind
Algemeen directeur

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad



Ad Poppelaars
Algemeen directeur

c.c. mw. drs. E. I. Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 1: Toekomst resultaatgerichte fysio- en oefentherapie

De discussie over het functioneren van de zogenaamde Chronische lijst loopt al langere tijd. In 2008 verschijnt op verzoek van het CVZ een rapport over het functioneren van de lijst, waarbij het hele veld betrokken is. De in gang gezette discussie leidt in de praktijk al tot veranderingen. Zoals bijvoorbeeld de oprichting van het reumanetwerk waarin inmiddels is gebleken dat door goede samenwerking en kennisdeling het aantal behandelingen met succes kan worden teruggebracht.

Desondanks start, in het kader van stringent pakketbeheer, het CVZ in 2011 een herbeoordeling van de chronische lijst fysio- en oefentherapie. Na een eerste ronde stelt het CVZ dat langdurige behandeling voor patiënten met reuma, osteoporose en hartproblemen niet bewezen effectief is. In hetzelfde advies bevestigt het CVZ ook dat bij chronische reuma kortdurende fysio- en oefentherapie wel bewezen effectief is. Toch wordt deze kortdurende therapie niet in het pakket opgenomen omdat kortdurende behandeling voor eigen rekening kan komen of vanuit een aanvullende verzekering kan worden vergoed, zo oordelen het CVZ en de minister. Helaas wordt voorbij gegaan aan het terugkerende karakter van de aandoening en wat dat betekent voor de betaalbaarheid van en toegang tot aanvullende verzekeringen en voor het doorontwikkelen van initiatieven zoals het reumanetwerk.

Patiënten die nu nog op de lijst met chronische aandoeningen staan, zoals mensen met reuma, zijn straks voor fysio- en oefentherapie volledig op de eigen portemonnee aangewezen. Hier komt bij dat een aantal chronische aandoeningen die nu op de lijst staan, tevens criteria zijn voor de compensatieregeling Wtcg. Het wegvallen van de aandoeningen op deze lijst zal voor een groep mensen nog eens een inkomensachteruitgang van 150 euro betekenen. Of initiatieven zoals het reumanetwerk blijven bestaan, is lastig te voorspellen. Daagt het zorgstelsel fysio- en oefentherapeuten voldoende uit om zich te specialiseren en extra in te zetten voor bepaalde patiëntgroepen? Dat zal in belangrijke mate worden bepaald door het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Nieuwe patiënten met een indicatie die in 2012 nog wel op de lijst staat betalen de eerste 20 behandelingen zelf. Dat komt neer op een bijdrage van 20 keer 28 euro is 560 euro. De oplossing van een aanvullende verzekering zal steeds lastiger worden. Het aantal gezonde mensen dat bereid is zich aanvullend te blijven verzekeren neemt af. Ook zal de keuze en toegang van uitgebreide aanvullende pakketten met het uitkleden van het basispakket verder afnemen.