

Vergaderjaar 2011–2012

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 306

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 december 2011

Bij brief van 25 november jongstleden heeft u mij gevraagd om een reactie op het rapport «*Diabetes Care in The Netherlands: improving health and wealth*», dat Novo Nordisk op 14 november 2011 heeft uitgebracht. U treft mijn reactie en het rapport bijgaand aan.¹

Algemeen

De toename van mensen met diabetes zal de komende jaren sterk stijgen. De zorg voor mensen met diabetes in Nederland is al van goede kwaliteit, maar kan nog beter en met minder uitgaven. Effectieve aanpak vereist dat mensen hun verantwoordelijkheid nemen, de leefstijl aanpassen en het afgesproken maatwerk zorgplan consequent uitvoeren. Het resultaat is dat meer mensen met diabetes blijvend aan de arbeidsmarkt zullen deelnemen.

Dit zijn heldere conclusies uit het rapport die ik volledig onderschrijf en herken. Het is dan ook niet voor niets dat mijn beleid inzet op een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede, betaalbare, doelmatige zorg dicht bij huis.

Het rapport noemt een groot aantal cijfers over het vóórkomen van diabetes en de maatschappelijke kosten daarvan. Veel van deze cijfers herken ik echter niet. De bronnen en de gehanteerde berekeningswijzen zijn niet altijd duidelijk en lijken ook niet altijd in de lijn met de «state of the art» binnen de gezondheidseconomie. Ik vind het dan ook van belang om de feiten, cijfers en aanbevelingen van dit onderzoek te bezien in samenhang met de resultaten uit ander onderzoek. Ik wijs daarbij op de publicaties van het RIVM, waaronder de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en het project «*Diagnose Diabetes 2025*», een project van de Nederlandse Diabetes Federatie. Samen met onder andere het RIVM wordt een analyse gemaakt van de huidige situatie en worden trends in kaart gebracht. De resultaten zullen tijdens de Nationale Diabetes dag op 30 maart 2012 worden gepresenteerd.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Vooruitlopend daarop geef ik onderstaand een eerste reactie op de aanbevelingen uit het rapport.

Aanbeveling 1: Verfijn de economische prikkels ter bevordering van geïntegreerde eerste- en tweede lijns zorg en kwaliteitsverbetering

Ik onderschrijf de aanbevelingen voor betere samenwerking (en infrastructuur) tussen eerste en tweede lijn. Het is nodig economische prikkels in de geïntegreerde eerste- en tweedelijnszorg te verfijnen. Prikkel moet zo verfijnd worden dat gezondheidsuitkomsten en kwaliteit leidend zijn. De huidige bekostiging richt zich, mede door het belonen van verrichtingen, te weinig op het belonen van resultaten (van samenwerking) en kwaliteitsverbetering. Mogelijke aanpassingen in de bekostiging van de zorg voor chronisch zieken moeten leiden tot optimale zorgverlening door het multidisciplinaire zorgteam rondom de patiënt. Ik heb dan ook aan de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets te doen naar de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg. Deze resultaten verwacht ik uiterlijk 1 juni 2012.

Verder zal ik medio 2012 het eindrapport ontvangen van de Evaluatiecommissie integrale bekostiging zorg voor chronisch zieken. Mede op basis van dit rapport en de uitvoeringstoetsen van de NZa zal ik overgaan tot een besluit ten aanzien van de integrale bekostiging, waar specialistische zorg een onderdeel van kan zijn.

Daarnaast hebben de Staatssecretaris en ik aangegeven¹ dat we experimenten rondom alternatieve bekostiging van integrale zorg willen opzetten. Bij het opzetten van deze experimenten wordt het idee van winstverdeling, zoals genoemd in het rapport, meegenomen.

De aanbeveling voor extra compensatie van verzekeraars voor verzekeren met diabetes via het stelsel van de risicoverevening zal ik niet overnemen. Het systeem van de risicoverevening wordt op dit moment al dusdanig aangepast dat verzekeraars ook voor tweedelijnszorg meer risicodragend zullen worden. Daarnaast staat het inbouwen van specifieke prikkels in de risicoverevening op gespannen voet met het doel van de verevening. Doel is namelijk het creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars ter ondersteuning van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Aanbeveling 2: Betrek werkgevers, UWV en deelnemende zorg partijen bij de diabeteszorg

Eén van de belangrijkste opbrengsten van betere diabeteszorg is volgens het rapport de toename van productiviteit. Die opvatting onderschrijf ik. De aandacht van bedrijven en organisaties zijn traditioneel gericht op het beperken van verzuim. Daarbij gaat de meeste aandacht uit naar problemen met het bewegingsapparaat en verstoringen van de psyche. Het is belangrijk dat ook diabetes (en andere chronische aandoeningen) meer aandacht krijgen in bedrijven en organisaties. Tijdige onderkenning en goede zorg zullen de arbeidsparticipatie en productiviteit verhogen.

Samen met het ministerie van SZW zet ik in op de versterking van de relatie tussen arbeid, gezondheid en zorg. Bij het bevorderen van langdurige inzetbaarheid besteden we hierbij aandacht aan specifieke doelgroepen, zoals chronisch zieken. Bij het Actieplan Gezond Bedrijf² wordt tevens samenwerking gezocht met sociale partners.

¹ Zorg en ondersteuning in de buurt, Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, 1.

² Dialoog met VNO-NCW-MKB, gezamenlijke onderzoeksprogramma's met ZonMW en RIVM.

Aanbeveling 3: Stimuleer het sociale netwerk van mensen met diabetes om zelfdiscipline te ondersteunen

Individuele zorgplannen worden samen met patiënten opgesteld op basis van de zorgstandaard diabetes. Daarbij worden afspraken gemaakt over de te realiseren resultaten en de inspanningen van patiënten om samen met het zorgteam de afgesproken doelen te realiseren. Voor patiënten heeft dit gevolgen voor zijn zelfdiscipline, het nemen van eigen verantwoordelijkheid en regie over zijn leven. Het gaat daarbij o.a. om voeding, bewegen, rookgedrag, het nakomen van afspraken, communicatie met de centrale zorgverlener en het gebruik van medicatie. Om de patiënt daarbij te helpen is een sterk sociaal netwerk belangrijk. Dit past helemaal in mijn opvattingen zoals ik die in de Kamerbrief «zorg die werkt» heb uitgelegd. Ik verwacht dan ook dat dit onderwerp op lokaal niveau krachtig door partijen wordt opgepakt.

Aanbeveling 4: Introduceer markt toegangsmodellen met voorwaarden voor nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen om de impact van gedrag te bepalen

Bij de introductie van nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen ligt het voor de hand dat in de sector onderlinge afspraken worden gemaakt over de wijze waarop eigen gedrag het beste ingepast kan worden als onderdeel van de therapie volgens het individuele zorgplan. Uit de monitor therapietrouw (www.therapietrouwmonitor.nl) die op mijn verzoek door het Nivel in 2011 is ontwikkeld, blijkt dat diabetespatiënten met hun medicatie behoorlijk therapietrouw zijn. Mensen met diabetes type 2 die orale diabetesmedicatie gebruiken doen dit bijna allemaal volgens voorschrift: in 2010 was 93 procent van de mensen therapietrouw.

Nieuwe geneesmiddelen worden beoordeeld door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), die bijgestaan wordt door de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH). Therapietrouw is één van de aspecten die van belang zijn bij het vaststellen van de therapeutische waarde van een geneesmiddel. Als verbeterde therapietrouw is aangetoond, wordt dat meegewogen door de CFH tijdens de beoordeling.

Wat betreft de aanbeveling om nieuwe markt toegangsmodellen te introduceren: het is mijn voornemen om in 2013 tijdelijke, voorwaardelijke pakketopname mogelijk te maken voor extramurale geneesmiddelen waarvoor aanvullend onderzoek gewenst is. In 2012 wil ik starten met een pilot. In hoeverre de in het rapport genoemde diabetesmiddelen daarvoor in aanmerking komen, valt nu nog niet te zeggen.

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