

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1100

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 april 2021

Met enige regelmaat wordt de wens geuit om bepaalde zorgvormen duurzaam beschikbaar te maken die, om uiteenlopende redenen, niet voor financiering vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen. Tijdens het algemeen overleg zwangerschap en geboorte van 18 december 2019 heeft mijn ambtsvoorganger op verzoek van Kamerlid Bergkamp toegezegd te verkennen of voor zorg die niet onder de Zorgverzekeringswet valt een alternatief moet en kan worden gevonden. Daarbij is ook toegezegd in te gaan op een mogelijke alternatieve vergoeding van anticonceptie. Bij motie van de leden Raemakers en Bergkamp van 24 juni 2020¹, ingediend in het kader van het algemeen overleg verzekerd pakket van 17 juni 2020, gaf uw Kamer opnieuw aan de behoefte te hebben aan een overzicht van vormen van zorg waarvoor geen medische indicatie bestaat, maar waarvan vergoeding mogelijk maatschappelijk wenselijk wordt geacht en een overzicht van mogelijke alternatieve wijzen van financiering. Voorts heeft mijn ambtsvoorganger in datzelfde overleg toegezegd schriftelijk in te zullen gaan op leefstijlgeneeskunde waarvan de effectiviteit nog niet voldoende is aangetoond en op preventie. Met deze brief voldoe ik aan deze motie en toezeggingen. Gezien de demissionaire status van het kabinet geef ik in deze brief alleen een overzicht van alternatieve wijzen van financiering van zorg. De keuze voor een wijze van financiering laat ik over aan een volgend kabinet.

De opbouw van deze brief is als volgt:

- Allereerst geef ik een toelichting op de aard van de Zorgverzekeringswet als uitleg waarom bepaalde zorg (en overige diensten) lastig of niet te financieren zijn uit de zorgverzekering.
- Hierna ga ik in op voorbeelden van zorg die lastig te financieren zijn uit de zorgverzekering, waaronder collectieve vormen van preventie, anticonceptie en leefstijlgeneeskunde.
- De brief sluit af met een overzicht van financieringsmogelijkheden. Het gaat daarbij om het wijzigen van de Zorgverzekeringswet, verlenen

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1065.

van subsidie, het creëren van een (nieuwe) voorziening of verzekering, en het inkopen van zorg door de rijksoverheid.

De Zorgverzekeringswet

Medische indicatie

De Zorgverzekeringswet heeft als doel om individuen te verzekeren tegen de kosten van geneeskundige zorg. De zorgverzekering is een schadeverzekering². De aard van de zorgverzekering bepaalt dat alleen schade kan worden vergoed die volgt uit een bepaalde gezondheidstoestand: een «medische indicatie».³ De behoefte aan zorg wordt bepaald op basis van zorginhoudelijke criteria, en niet op basis van bijvoorbeeld de leeftijd van de verzekerde⁴. Daarnaast moet de verzekerde redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen⁵. Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt. Het gaat dus om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

Publieke randvoorwaarden

De Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars, maar de overheid stelt een aantal publieke randvoorwaarden vast die het sociale karakter van de zorgverzekering waarborgen. Dit houdt onder andere in dat in Nederland wonende of loonbelastingplichtige burgers een plicht hebben om een zorgverzekering af te sluiten⁶, dat de zorgverzekeraar een acceptatieplicht heeft, dat de premie van een aangeboden polis gelijk is voor iedere verzekerde, ongeacht leeftijd, achtergrond of gezondheidssituatie en dat de inhoud en omvang van het te verzekeren basispakket wettelijk is bepaald. Zo is de toegankelijkheid van de medische zorg geborgd.

Breed basispakket

Het te verzekeren basispakket is zeer breed en betreft het merendeel van de essentiële en effectieve zorg. Het gaat daarbij onder meer om medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, genees- en hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, kraamzorg en ziekenvervoer.⁷ De overheid is eindverantwoordelijk voor het afbakenen van de inhoud en omvang van het te verzekeren basispakket dat voor iedereen toegankelijk en gelijk is.

Zij laat zich daarbij adviseren door de onafhankelijke pakketautoriteit, het Zorginstituut Nederland. Binnen het door de overheid bepaalde, groten-deels open en functioneel omschreven pakket hebben zorgverzekeraars de ruimte om te bepalen wie de zorg levert en waar de zorg geleverd wordt. Zij doen dit door te onderhandelen en selectief te contracteren op basis van de grote hoeveelheid informatie die zij hebben over onder andere kwaliteit, doelmatigheid en cliëntervaringen. Zorgverzekeraars hebben hierbij een zorgplicht: ze moeten garanderen dat de zorg die in het

² Artikel 1, eerste lid, Zvw jo afdeling 2 van titel 17 van Boek 7 van het BW.

³ Zie voor een uitgebreidere toelichting op het begrip medische indicatie, Kamerstuk 29 689, nr. 998.

⁴ artikel 14 Zorgverzekeringswet

⁵ artikel 2.1 Besluit zorgverzekering

⁶ Artikel 2 Zvw legt de verzekeringsplicht op aan eenieder die ingevolge de Wet langdurige zorg verzekerd is en bevat enkele uitzonderingen op deze hoofdregel.

⁷ Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is geregeld bij en krachtens de artikelen 10 en 11 Zvw.

basispakket zit beschikbaar is voor al hun verzekerden met een naturopolis. Voor verzekerden met een restitutiepolis houdt de zorgplicht in dat de kosten van zorg worden vergoed en er desgewenst bemiddeld wordt naar een zorgaanbieder.

Stand van wetenschap en praktijk

Het basispakket van de Zorgverzekeringswet kent voor het overgrote deel een open instroom. Er is geen gedetailleerde lijst van alle behandelingen die vergoed worden. Zorg moet, om vergoed te kunnen worden, effectief zijn, en dus voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk⁸. Een groot voordeel van deze open omschrijving is dat nieuwe, effectieve behandelmethodes automatisch in het basispakket stromen en dat verouderde behandelmethodes automatisch het basispakket verlaten. Zorg waarvan de effectiviteit niet kan worden aangetoond kan en mag niet door de zorgverzekeraar ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Indien er twijfel bestaat over de effectiviteit van een bepaalde interventie, kan aan het Zorginstituut hierover om een duiding (ook soms «standpunt» genoemd) worden gevraagd. Daarmee beoordeelt het Zorginstituut of een zorgvorm al dan niet tot de te verzekeren prestaties behoort ingevolge de Zorgverzekeringswet. Het gaat hierbij om de vraag of die zorgvorm voldoet aan de wettelijke criteria. Behalve «stand van de wetenschap en praktijk» is dat bijvoorbeeld ook de functionele omschrijving van de aanspraak op zorg «zoals professionals die plegen te bieden». Het Zorginstituut heeft hier een eigenstandige wettelijke taak. Een positieve duiding van het Zorginstituut hoeft niet verwerkt te worden in regelgeving en is direct van kracht. De regelgeving bepaalt immers al dat effectieve, functioneel omschreven zorg onderdeel uitmaakt van het omschreven basispakket. Na een negatieve duiding van het Zorginstituut maakt de behandeling in beginsel géén onderdeel meer uit van het basispakket. De Hoge Raad heeft in een arrest van 30 maart 2018 bevestigd dat de duidingen van het Zorginstituut op een juiste wijze tot stand komen en zeer zwaarwegend zijn. Het staat een zorgverzekeraar enkel vrij om af te wijken van het oordeel van het Zorginstituut indien die afwijking van een deugdelijke motivering wordt voorzien. In de praktijk betekent dit dat de duidingen van het Zorginstituut worden gevolgd.⁹

Pakketcriteria

Mede vanwege de sociale inkadering van de zorgverzekering, waardoor burgers in grote mate solidair zijn wat betreft de te verzekeren risico's, worden keuzes van de wetgever over de inhoud en omvang van het basispakket genomen aan de hand van pakketcriteria die voortkomen uit de zogenoemde trechter van Dunning¹⁰. Deze criteria geven weer welke belangrijke maatschappelijke opvattingen relevant zijn voor de te maken keuzes. De pakketcriteria zijn noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit, en uitvoerbaarheid. Aan de hand van een afweging van deze

⁸ Artikel 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering dat bepaalt dat zorg moet voldoen aan de aan de stand van de wetenschap en praktijk moet voldoen of, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

⁹ ECLI:NL:HR:2018:469

¹⁰ De trechter van Dunning is een instrument op basis waarvan keuzes kunnen worden gemaakt om zorg te vergoeden uit het basispakket. In oorspronkelijke vorm bestaat de trechter uit vier zeven: noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid, en eigen rekening en verantwoording. Zie voor een uitgebreide bespreking van de pakketcriteria de publicatie van het Zorginstituut (2017) *Pakketadvies in de praktijk, wikken en wegen voor een rechtvaardiger pakket*.

pakketcriteria brengt het Zorginstituut adviezen¹¹ uit over het basispakket. De afweging vindt daarmee plaats aan de hand van de volgende vragen:

- Voldoet de zorg naar inhoud en omvang aan de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg? (criterium: effectiviteit)
- Staan de kosten van de zorg in een redelijke verhouding tot de baten? (criterium: kosteneffectiviteit)
- Is de aandoening dermate ernstig en zijn de kosten van de zorg zo hoog dat een beroep op solidariteit en vergoeding vanuit een zorgverzekering gerechtvaardigd is? (criterium: noodzakelijkheid)
- Is de vergoeding ten laste van de zorgverzekering in de praktijk ook uitvoerbaar? (criterium: uitvoerbaarheid).
- Van deze pakketcriteria is effectiviteit wettelijk verankerd en fungeert daarmee als inclusiecriteria. Zorg moet effectief zijn om vergoed te kunnen worden uit de basisverzekering. De andere criteria kunnen een reden zijn voor uitsluiting voor vergoeding uit het basispakket en fungeren daarmee als exclusiecriteria.

Zorgtypen met financieringsbelemmeringen uit de zorgverzekering

Inleiding

In deze paragraaf worden drie typen zorgvormen genoemd die niet of beperkt gefinancierd kunnen worden uit de zorgverzekering. Dit betreft de volgende zorgtypen:

- Zorg waar de medische indicatie niet kan worden vastgesteld
- Zorg die niet effectief is: dit betreft zorg die geen (aantoonbare) meerwaarde voor de patiënt heeft.
- Zorg die niet noodzakelijk te verzekeren is: dit betreft (kosten van) zorg voor aandoeningen met een lage ziektelast en of kosten van zorg die dermate laag zijn dat men deze zelf kan dragen.

Zorg waar de medische indicatie niet kan worden vastgesteld

Plastische chirurgie uit esthetische overwegingen

Een persoon kan om esthetische redenen plastische chirurgie wensen (bijvoorbeeld een correctie van de neus of correctie van de oorstand). Het gaat hier om medische ingrepen die vaak in een behoefte van de cliënt voorzien, zoals het voldoen aan een bepaald schoonheidsideaal. Ondanks dat er sprake is van een medische ingreep is er geen sprake van een medische indicatie. Dit geldt overigens niet voor alle vormen van plastische chirurgie, bijvoorbeeld bij aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminderingen als gevolg van een ziekte wordt de medische indicatie wel vastgesteld en wordt de plastische chirurgie vergoed uit het basispakket.

¹¹ Het is voorbehouden aan de Minister om adviezen over de aard, inhoud en omvang van het basispakket op te volgen en de regelgeving aan te passen. Dit is anders bij een duiding of standpunt van het Zorginstituut. Omdat een standpunt niet leidt tot aanpassing van de Zvw is geen besluitvorming door de Minister van VWS nodig.

Kunstmatige inseminatie met donorzaad bij lesbische of single vrouwen

In februari 2019 zijn Kamervragen gesteld over de vraag of vergoeding van kunstmatige inseminatie bij lesbische of single vrouwen aan de orde is. Het ontbreken van een mannelijke partner is geen gezondheidsprobleem; er is dus geen medische indicatie voor vergoeding uit de zorgverzekering. Na politieke discussie is uiteindelijk besloten om deze behandeling per 2020 via een subsidieregeling te bekostigen.

Vormen van collectieve preventie

Vormen van collectieve preventie, die gericht zijn op de bevolking in zijn geheel of op bevolkingsgroepen en niet op een individu met een gezondheidsprobleem of een specifieke zorgvraag, vallen niet onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Voorbeelden zijn het Rijksvaccinatieprogramma, de jaarlijkse griep prik voor ouderen en chronisch zieken, en bevolkingsonderzoeken voor bijvoorbeeld borstkanker en darmkanker. Ook preventie gericht op een bevolkingsgroep die een hoger risico loopt op een bepaalde aandoening valt niet onder de Zorgverzekeringswet, zoals het ongevraagd geven van voorlichting aan groepen jongeren over seksueel overdraagbare aandoeningen. Preventie wordt wel uit de zorgverzekering bekostigd als de preventieve handelingen gericht zijn op het voorkómen (geïndiceerd) of verergeren (zorg gerelateerd) van een ziekte waarop een cliënt een op de persoon herleidbaar risico loopt. Preventie is dan dus altijd gericht op een cliënt met een gezondheidsprobleem of een hoog risico daarop. Zorgverzekeraars financieren in een aantal gevallen collectieve vormen van preventie, vaak in samenwerking met een gemeente. Een zorgverzekeraar kan en mag deze kosten niet ten laste van de zorgverzekering brengen. Zorgverzekeraars bekostigen zulke projecten uit hun beheerskosten. Zorgverzekeraars doen dit als duidelijk is dat de baten van de preventie opwegen tegen de kosten en/of in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Zoals hierboven aangegeven bepaalt de aard van de zorgverzekering dat alleen schade kan worden vergoed die volgt uit een bepaalde gezondheidstoestand (een «medische indicatie»). Alleen in die gevallen kunnen die kosten voor die zorg vergoed worden op grond van de zorgverzekering. Een beroep op de zorgverzekering kan dus niet worden gedaan alleen omdat de cliënt de ingreep wenst (bijvoorbeeld een ooglidcorrectie uit esthetische overwegingen). De zorg kan worden geleverd, maar de verzekerde zal in voorkomende gevallen zelf de kosten moeten dragen.

Preventie bij mensen die een beperking, ziekte of aandoening hebben of een hoog risico daarop hebben (ook wel geïndiceerde of zorggerelateerde preventie genoemd), valt wel onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Een voorbeeld van een preventieprogramma dat vergoed wordt uit de basisverzekering is de interventie Stoppen met roken (SMR, een combinatie van nicotinevervangende middelen en begeleiding door de huisarts). Roken is een verslavingsziekte en vormt een gezondheidsrisico voor de roker. Een ander voorbeeld van preventie die uit de zorgverzekering vergoed wordt, is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), waarbij een deelnemer advies over en begeleiding krijgt bij gezonde voeding, gezond bewegen en het realiseren van een gedragsverandering met als doel een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. De GLI is gericht op personen met overgewicht met comorbiditeit of obesitas. Ook maken preventieve handelingen van zorgverleners deel uit van de

reguliere zorg, zoals de verloskundige die een zwangere vrouw begeleidt bij een gezonde zwangerschap, een wijkverpleegkundige die inzet op zelfredzaamheid van een cliënt, een ggz-zorgverlener die door specifieke interventies probeert terugval te voorkomen.

Zorgvormen die (nog) niet bewezen effectief zijn

Langdurige fysio- en oefentherapie bij axiale spondyloartritis

Per 2019 is langdurige actieve fysio- en oefentherapie voor mensen met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. De komende vier jaren wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van fysio- en oefentherapie bij deze patiëntengroep.

Leefstijlgeneeskunde

Een gezonde leefstijl is belangrijk om gezond te blijven en verkleint de kans op chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Kunnen we leefstijl ook inzetten als «medicijn» en hoe effectief is dat? Hoe kunnen mensen die al kampen met leefstijl-gerelateerde aandoeningen hun medicatie minderen of zelfs helemaal van de medicijnen afstappen? Kan door leefstijlgeneeskunde invasieve behandelingen in de toekomst afgeschaald of misschien helemaal voorkomen worden? Daarover is vaak nog weinig bekend, en daarom is meer klinisch medisch onderzoek nodig naar leefstijlgeneeskunde. Via ZonMW subsidieert VWS daarom onderzoeken naar leefstijlinterventies gericht op slaap, stress, voeding, alcohol, roken en bewegen bij mensen met verschillende chronische aandoeningen. Naast meer inzicht in de (kosten)effectiviteit van deze programma's moet er ook meer inzicht komen in de randvoorwaarden en succesfactoren voor een succesvolle implementatie van leefstijlgeneeskunde; inclusief gedragsverandering bij (zorg)professionals.

Hierboven is beschreven dat wettelijk is vastgelegd dat zorg effectief moet zijn (voldoen aan de «stand van wetenschap en praktijk») om vergoed te kunnen worden uit de Zorgverzekeringswet. Het loslaten van het effectiviteitscriterium heeft als consequentie dat de zorgkosten stijgen zonder aantoonbare maatschappelijke meerwaarde. In de praktijk loopt het aantonen van de effectiviteit echter wel eens achter op de introductie van een innovatie. Om te voorkomen dat bepaalde (nieuwe) vormen van zorg, die potentieel veelbelovend voor de patiënt zijn, niet of niet in het gewenste tempo bij de patiënt komen, kent de regelgeving mogelijkheden om deze zorg toch te bekostigen en tegelijk te bezien of hierdoor voldoende bewijs kan worden verkregen om de effectiviteit aan te tonen. De vergoeding vindt in die gevallen plaats via de zogenaamde voorwaardelijke toelating tot het basispakket of via de Subsidieregeling veelbelovende zorg. Hiernaast zijn er verschillende programma's die zich richten op het onderbouwen van de meerwaarde van zorg. Om deze inzichten in de praktijk te implementeren zijn er diverse initiatieven, zoals de programma's DoelmatigheidsOnderzoek, Zinnige Zorg, en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

Anticonceptie

Tijdens het algemeen overleg zwangerschap en geboorte heeft uw Kamer gevraagd om nader in te gaan op de vergoeding van anticonceptie. Anticonceptie als vorm van geboorteplanning betreft geen gezondheidsprobleem en de kosten zijn dermate laag dat de gebruiker deze kosten zelf kan dragen (de kosten van het gebruik van de pil zijn bijvoorbeeld ca. € 50 per jaar). Er is dus geen sprake van noodzakelijk te verzekeren zorg. Er is een uitzondering gemaakt voor vrouwen tot 21 jaar; in deze leeftijdscategorie wordt anticonceptie wel vergoed vanuit de zorgverzekering. Daarmee wordt voorkomen dat het lage percentage ongewenste zwangerschappen in deze deels kwetsbare en weinig financieel draagkrachtige groep onnodig in gevaar komt, c.q. afhankelijk wordt gemaakt van ondersteuning door ouders. Indien volwassenen graag verzekerd willen zijn voor de kosten van anticonceptie, kunnen zij zich aanvullend verzekeren.

Paracetamol, vitaminen, mineralen

Het gebruik van paracetamol (1.000 gr), vitaminen en mineralen wordt niet vergoed uit het basispakket, ondanks dat de (kosten)effectiviteit en medische indicatie evident is. Echter, voor deze middelen zijn gelijkwaardige of nagenoeg gelijkwaardige geneesmiddelen of voedingssupplementen in de vrije verkoop verkrijgbaar. De prijs is dermate laag dat deze voor eigen rekening en verantwoording van de burger kunnen komen. Daar komt nog bij dat de prijs van deze middelen in de vrije verkoop dikwijls lager is dan de kosten die via het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) worden gemaakt. Dat heeft te maken met de vergoeding van een receptregel (van ongeveer 7 euro per uitgifte per medicijn).

Het criterium noodzakelijkheid kent twee dimensies: ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg. Met de ziektelast wordt bepaald hoe ernstig een ziekte of aandoening is en daarmee de medische noodzakelijkheid van een behandeling daarvan. De gedachte daarachter is dat mensen meer solidair zijn met anderen wanneer de ziektelast van een aandoening groter is. Wanneer de aandoening minder ernstig zou zijn is er dus minder reden om de behandeling ervan in de verzekering op te nemen. Om deze reden worden bijvoorbeeld het gebruik van een leesbril bij verziendheid of paracetamol bij hoofdpijnklaften niet vergoed. De medische indicatie is aanwezig (lensafwijking, hoofdpijn), maar de aandoening is niet ernstig genoeg. Als de aandoening wel ernstig is, wordt de farmaceutische zorg vergoed, zoals het geval is bij migraine. Ook worden lenzen vergoed als er sprake is van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen.

De tweede dimensie van noodzakelijkheid is de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Een belangrijk doel van de zorgverzekering is weliswaar om gelijke toegang voor burgers tot noodzakelijke zorg te borgen, maar dat doel moet wel in een redelijke verhouding staan tot het middel. Of iets in aanmerking komt om te verzekeren, hangt dan af van de kans dat een ongewenste situatie zich voordoet in combinatie met de mogelijk (financiële) consequenties van die ongewenste situatie. Wanneer een interventie relatief goedkoop is, kan het duurder zijn het in de verzekering op te nemen dan hiervan af te zien. In het verleden zijn er voorbeelden geweest van hulpmiddelen die

verzekerd waren en die na uitstroom veel goedkoper zijn geworden (zoals de rollator). Het feit dat er een «gegarandeerde afzet» is via de verzekering kan een prijsopdrijvend effect hebben. Daarnaast is het belangrijk te kijken naar de mogelijke gevolgen van verzekeren. Iets wel verzekeren kan leiden tot overconsumptie. Iets niet verzekeren kan leiden tot onderconsumptie, zorgmijding en uiteindelijk tot gezondheidsverlies.

Bij het criterium noodzakelijkheid kunnen ook maatschappelijke argumenten betrokken worden. Bijvoorbeeld bij de interventie «Stoppen met roken» die uit de zorgverzekering vergoed wordt, zijn de kosten van de behandeling dusdanig laag, dat die voor eigen rekening van de patiënt zouden kunnen komen. Dit argument wordt nog versterkt doordat mensen veel geld besparen als ze geen rookwaren meer hoeven te kopen. Onderzoek wees echter uit dat meer mensen met roken zouden stoppen wanneer de behandeling in het basispakket van de zorgverzekering zou zitten. Het Zorginstituut waardeerde in het pakketadvies¹² over de stoppen met roken programma's het maatschappelijk doel om zoveel mogelijk mensen te laten stoppen met roken als argument uiteindelijk hoger dan het «voor eigen rekening» argument. Het Zorginstituut adviseerde daarom de stoppen met roken programma's op te nemen in het basispakket en dit advies is overgenomen. In het preventieakkoord is besloten om per 1 januari 2020 de stoppen met roken programma's uit te zonderen van het verplicht eigen risico, opdat zoveel mogelijk mensen deelnemen.

Overzicht van wijzen van financiering van zorg

Inleiding

Als financiering gezocht wordt voor een dienst of zorgvorm (of dat nu binnen de Zorgverzekeringswet is of daarbuiten) moet altijd eerst de fundamentele vraag gesteld worden of het noodzakelijk is dat die zorg of dienst uit publieke middelen gefinancierd wordt. De stijgende kosten van de zorg staan al langere tijd op de maatschappelijke en politieke agenda en ook in de komende jaren zullen de zorgkosten blijven stijgen. Deze stijging komt onder meer door vergrijzing en technologische ontwikkelingen zoals innovatieve, maar dure, geneesmiddelen. De stijgende zorgkosten hebben als effect dat de nominale en inkomensafhankelijke premies en belastingen stijgen en er een verdringing kan plaatsvinden van andere posten op de Rijksbegroting. Het is daarom belangrijk dat wij, veld en overheid, in blijven zetten op over gepast gebruik en doelmatige inzet van collectieve middelen. En dat wij deze kennis implementeren in de praktijk. Verder is het daarom van groot belang dat we met elkaar steeds weer keuzes maken om de zorg (voor elkaar) goed en toegankelijk te houden. Alleen op die manier kunnen we het grote draagvlak voor de solidariteit behouden. De vraag naar zorg is potentieel oneindig groot, terwijl het financiële draagvlak grenzen kent. Omdat voorstellen om de groei van de zorguitgaven te beperken politiek en maatschappelijk draagvlak vergen, is het van belang dat keuzes goed uitlegbaar zijn en gerechtvaardigd kunnen worden.

In de volgende paragrafen wil ik graag een doorkijk geven naar mogelijke alternatieven voor de financiering van de zorg die niet past bij de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Ik zie daarvoor enkele denkrichtingen: een wijziging van de Zorgverzekeringswet, het verlenen van subsidies, het inkopen van zorg door VWS of het creëren van een (nieuwe) voorziening of sociale verzekering. Combinaties van deze oplossingsrichtingen zijn ook denkbaar. Van elke zorg of dienst waarvoor

¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2009/04/21/stoppen-met-rokenprogramma---te-verzekeren-zorg>

financiering gevraagd wordt, dient bekeken te worden welke wijze het meest passend is. Gezien de demissionaire status van het kabinet geef ik alleen een overzicht en een neutrale bespreking van voor- en nadelen. Een keuze voor een financieringsvorm laat ik over aan een volgend kabinet.

Wijziging van de Zorgverzekeringswet

Uit bovenstaande blijkt dat de functioneel omschreven aanspraken en de vereisten effectiviteit en medische indicatie tot de kern van het zorgverzekeringsstelsel horen. Wijziging van deze criteria zou een wijziging van wet- en regelgeving vergen. Door een dergelijke wijziging zou zorg die nu buiten de aanspraken valt, zoals KID voor lesbische en single vrouwen, vergoed kunnen worden uit de Zorgverzekeringswet. Daaraan zijn voordelen verbonden die samenhangen met de wijze waarop wettelijke taken en verantwoordelijkheden in de Zorgverzekeringswet zijn belegd, zoals doelmatige inkoop van en controle op de rechtmatigheid van de zorg door zorgverzekeraars. Ook kunnen administratieve lasten worden verminderd en is een structurele financiering geborgd.

Er zijn echter ook nadelen aan een dergelijke wetswijziging verbonden. Het loslaten van het effectiviteitscriterium heeft als consequentie dat de zorgkosten stijgen zonder aantoonbare maatschappelijke meerwaarde. Het loslaten van het kernbegrip «medische indicatie» roept de vraag op welk criterium dan gebruikt kan worden om het basispakket af te bakenen. Een uitzondering op de wettelijk vereiste medische indicatie kan de druk verhogen om andere dienstverlening die niet aan de vereisten voldoet eveneens te vergoeden en een veel verderstrekkende uitbreiding (van het karakter van) het verzekerde pakket meebrengen.

Bovendien beperkt Europese regelgeving (de richtlijn Solvency II) de mogelijkheden van lidstaten om regels te stellen aan zorgverzekeraars wat betreft het te verzekeren pakket. Indien het sociale zekerheidsstelsel mede in vorm gegeven via private ziektekostenverzekeringen – zoals in Nederland – kunnen voor het private deel regels gesteld worden over het te verzekeren pakket ter bescherming van het met de zorgverzekering te dienen algemeen belang. De regels moeten noodzakelijk zijn en proportioneel. Dit laatste houdt in dat er een goede onderbouwing moet zijn voor uitbreiding van het pakket met zorg of diensten die niet voldoen aan de wettelijke vereisten. Als een dergelijke goede onderbouwing ontbreekt komt de houdbaarheid van de Zorgverzekeringswet onder druk te staan.

Subsidie

Indien een zorg of dienst niet past bij de pakketcriteria van de Zorgverzekeringswet, maar er wel een (maatschappelijke) wens is tot collectief financieren, kan mogelijk een landelijke subsidie verleend worden. In geval van een subsidie wordt de zorg niet uit de premiegelden bekostigd, maar rechtstreeks uit de begroting van VWS en door de Minister van VWS. Voorbeelden uit de huidige subsidiepraktijk van VWS¹³, waarbij sprake is van individuele prestaties, die niet voldoen aan de pakketcriteria van de Zvw en/of Wlz zijn:

- ziektepreventie: vaccinaties en bevolkingsonderzoeken
- niet-geneeskundige medische interventies: abortus; borstcorrectie transvrouwen; KID bij lesbische en single vrouwen;
- het huisvesten, verzorgen en opvoeden van kinderen of pleegkinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten

¹³ De omvang van de subsidies is fors toegenomen, van 1 miljard in 2002 naar 3 miljard in 2020, dat is met 5,4% per jaar. Dat is veel meer dan de totale groei van zorg en welzijn; subsidies zijn dus in belang toegenomen.

- individuele prestaties in de seksuele gezondheidszorg
- medische heroïneverstrekking
- de inzet van vrijwilligers in de palliatieve- en terminale zorg en geestelijke verzorging
- het verstrekken van de niet-invasieve prenatale testen (NIPT) zonder medische indicatie
- medisch-noodzakelijke zorg aan onverzekerden

Omdat er op dit moment geen andere geschikte alternatieven zijn is het verstrekken van een subsidie op dit moment een veelgebruikt instrument door VWS om noodzakelijke geachte zorg te financieren die buiten de pakketcriteria valt. Vandaar dat ook in geval van KID bij lesbische en single vrouwen met zwangerschapswens voor een subsidie is gekozen.

Subsidiëring van individuele zorgprestaties die niet door een van de stelsels wordt geleverd (zoals de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg), draagt zo bij aan een compleet aanbod van maatschappelijk gewenste zorg. Binnen een subsidie kan rekening worden gehouden met een eigen bijdrage van de gebruiker van de zorg of dienst.

Subsidiekaders en -regelingen kunnen op basis van de huidige wetgeving maximaal vijf jaar lopen. Het tijdelijke karakter van een subsidie brengt dus een zekere onzekerheid met zich mee. Als de subsidie wordt verleend aan een private partij, moet getoetst worden of ongeoorloofde staatssteun wordt verstrekt¹⁴. Er is vrijwel altijd sprake van staatssteun in geval van subsidie aan private zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders voor zorgactiviteiten. Daarmee is er dus altijd risico op claims vanwege oneerlijke concurrentie. Als sprake is van staatssteun dient in beginsel eerst de Europese Commissie om goedkeuring gevraagd te worden voordat de regeling ten uitvoer kan worden gelegd. Van deze goedkeuring vooraf kan worden afgezien als de regeling onder een van de vrijstellingsmogelijkheden voor goedkeuring kan worden gebracht. De zogenaamde regels voor diensten van algemeen economisch belang (daeb) zijn hier een voorbeeld van.

Nadeel van een subsidie is dat bijsturen gedurende het subsidietraject lastig en tijdrovend is. Dit dient door de Minister te gebeuren en niet door de partijen die dit binnen het verzekerd pakket tot taak hebben en daartoe uitgerust zijn. Ook zijn er hoge uitvoeringskosten voor VWS in geval van een groot aantal subsidieontvangers en administratieve lasten voor de subsidieontvanger in verband met de combinatie van aanvraag en vaststelling en vanwege staatssteunvoorschriften. Deze extra administratieve last komt voor subsidieontvangers die ook verzekerde zorg leveren bovenop de bestaande administratieve lasten. Per regeling is tevens een maatwerkoplossing nodig om verboden staatssteun te voorkomen. Onder andere om administratieve lasten te beperken is dit niet altijd even goed mogelijk. Er is ook risico op een onvolkomen aanbod als partijen er voor kiezen om geen subsidie aan te vragen.

Inkoop door de rijksoverheid

Er is geen centrale rol voor de rijksoverheid in de inkoop van zorg. De partijen die zorg inkopen zijn in de verschillende stelsels de zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet), gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning) of Wlz-uitvoerders (Wet langdurige zorg). Maar het is wel mogelijk dat de rijksoverheid een zorg of dienst rechtstreeks inkoopt bij een of meer aanbieders. De overheid moet zich aan bepaalde regels

¹⁴ Er is onder andere geen sprake van staatssteun als er sprake is van financiële overdrachten aan publieke rechtspersonen (bijv. andere overheden), als de ontvanger geselecteerd is op basis van een openbare aanbestedingsprocedure, of als de ontvanger gekenmerkt kan worden als dienst van algemeen belang.

houden bij dergelijke inkoopopdrachten vastgelegd in de Aanbestedingswet. Dit zijn de beginselen van gelijkheid, non-discriminatie, transparantie en proportionaliteit. Een aanbesteding kan bijdragen aan een goede balans tussen kwaliteit en prijs. Hiervoor is wel noodzakelijk dat de procedure goed wordt opgezet en uitgevoerd. Een voorwaarde daarvoor is dat de aanbestedende dienst voldoende expertise heeft op de aard en kwaliteit van de zorg of dienst die moet worden ingekocht. De vraag is of deze expertise (voldoende) bij het Rijk aanwezig is. Een ander risico is dat de aanbestedende dienst afhankelijk is van de inschrijvingen en kan partijen niet dwingen om zich in te schrijven.

Het Open House is een andere wijze van rechtstreeks inkopen van een zorg of een dienst door de overheid. Bij een Open House worden alle inschrijvers toegelaten op basis van geschiktheid, er wordt geen selectie toegepast. De selectie voor een aanbieder wordt gedaan door de cliënt. Open House biedt de mogelijkheid om partijen te contracteren zonder een verplichte Europese aanbestedingsprocedure. Open House kan het beste worden toegepast als er veel aanbieders op de markt zijn; op deze wijze worden aanbieders gestimuleerd om zich kwalitatief te ontwikkelen en te onderscheiden. Bij een groot aantal aanbieders moet rekening worden gehouden met hoge uitvoeringskosten en -lasten, zoals contractmanagement.

Onderbrengen in een (nieuwe) sociale verzekering of voorziening

Bezien kan worden of de zorg voor een individu die niet past in het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet, als wettelijke sociale verzekering of voorziening zou kunnen worden gefinancierd. Hier is wetgeving voor nodig. Voorwaarde is dat het recht of de voorziening af te bakenen is (zowel de zorg als de personen die deze moeten kunnen afnemen). Ook moet nagedacht worden over de wijze van financiering (bij sociale verzekering een premieheffing, bij sociale voorziening algemene middelen) en over de instantie die belast wordt met de uitvoering. Zeker als niet kan worden aangesloten bij een bestaand uitvoeringsproces vergt dit nogal wat qua voorbereiding en uitvoering. Daarom moet altijd ook afgewogen worden of het realiseren van een nieuw sociale verzekering of voorziening proportioneel is aan de casussen die om een oplossing vragen.

Slot

Als financiering gezocht wordt voor een dienst of zorgvorm moet altijd eerst de fundamentele vraag gesteld worden of het noodzakelijk is dat die zorg of dienst uit publieke middelen gefinancierd wordt. Hoe groot is het maatschappelijk probleem dat opgelost wordt? Vinden we bijvoorbeeld gelijke uitkomsten of gelijke behandeling van groepen mensen belangrijk genoeg om zorg of diensten collectief te financieren? Is de zorg noodzakelijk gezien de situatie van de (potentiële) gebruiker? Zijn de kosten van de behandeling dermate hoog dat een beroep op collectieve financiering en solidariteit gerechtvaardigd is? Is de zorg die geboden wordt effectief? Deze vragen moeten elke keer gesteld worden om de zorg betaalbaar en de solidariteit houdbaar te houden. Als het antwoord op dergelijke vragen positief is, kan vervolgens nagedacht worden op de wijze waarop de zorg of dienst het beste gefinancierd kan worden. Past de zorg of dienst in een van de bestaande stelsels, zoals de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg of Wet maatschappelijke ondersteuning? Zo ja, dan kan de zorg of dienst daaronder gebracht worden. Zo niet, kan een andere financie-

ringsvorm gekozen worden, passend bij de aard en omvang van de zorg. Gezien de demissionaire status van het kabinet laat ik keuzes voor de geschikte financiering van zorgvormen over aan een volgend kabinet.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark