

Vergaderjaar 2003–2004

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 41

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2004

Aanleiding

De kabinetsnota «Langer gezond leven, ook een kwestie van gezond gedrag»¹ noemt Diabetes een prioritaire ziekte. In aansluiting hierop en met verwijzing naar mijn toezegging tijdens het Algemeen Overleg over deze nota op 16 februari jl., zet ik in deze brief uiteen dat ik de diabetesproblematiek wil verminderen door het ontwerpen en uitvoeren van een actieprogramma «*Diabeteszorg beter*» voor de periode 2005–2009. Uit het oogpunt van preventie zijn voorlichting, het bestrijden van overgewicht en meer bewegen de speerpunten. U wordt hierover separaat geïnformeerd. Deze brief gaat over de verbetering van de zorg voor mensen die al diabetes hebben.

Samenvatting en conclusies

Diabetes, oftewel suikerziekte, is één van de grootste bedreigingen van de volksgezondheid van deze tijd. Het aantal geregistreerde patiënten in Nederland is in tien jaar bijna verdubbeld tot circa een half miljoen. Dat aantal neemt alleen al door de vergrijzing fors toe maar ook de stijging onder jonge mensen is zorgwekkend. Veel mensen weten niet dat zij diabetes hebben. Niet voor niets wordt diabetes ook wel een sluipende volksziekte genoemd.

Deze brief bevat een aantal voorstellen om op korte termijn tot een krachtiger aanpak te komen in het behandelen van mensen met diabetes. De ziekte kan met betrekkelijk eenvoudige maatregelen goed onder controle worden gehouden, maar uit onderzoeken blijkt dat slechts een derde van de patiënten de juiste behandeling krijgt. Dit vormt een zware en pijnlijke belasting voor de mensen met diabetes. De kosten van vermijdbare complicaties kosten de samenleving ook onnodig veel geld.

¹ De preventienota «Langer gezond leven, ook een kwestie van gezond gedrag» (TK 2003–2004 22 894, nr. 20)

Ik stel een aanpak voor langs vier lijnen:

- mogelijk maken van inkoop van goede diabeteszorg, onder andere met behulp van een speciale *transmurale* diagnosebehandelcombinatie (DBC) voor diabetes;
- regionaal bundelen van expertise uit diverse disciplines en verder professionaliseren van beroepsbeoefenaren;
- volop inzetten van ondersteunende ICT en het stimuleren van goede initiatieven en innovatie;
- meer voorlichting over de ernst van diabetes en het belang van goede behandeling.

Deze voorstellen worden onderdeel van een programma «*Diabeteszorg beter*». Ik wil vooral de zorg «in de keten» versterken omdat samenhang tussen behandelaars essentieel is voor de tijdige herkenning en goede behandeling van diabetes. Bij de realisering van het programma spelen de verzekeraars een sleutelrol. Ik wil daarom dit programma samen met Zorgverzekeraars Nederland en een aantal gezaghebbende professionals in de komende maanden uitwerken.

De gevaren en lasten van diabetes

Diabetes is een ernstige chronische ziekte, die vaak wordt onderschat. Diabetes is ook een ziekte waarmee de betrokkene goed kan leven, mits hij of zij er adequaat mee omgaat én goed behandeld wordt. Als adequate leefstijl en goede behandeling uitblijven krijgen velen, vroeg of laat, te maken met ernstige complicaties, waaronder hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel, en onvermijdelijke amputaties. Het risico is groot dat mensen met diabetes korter leven. Mannen met diabetes hebben twee maal zo veel kans op eerder overlijden dan gezonde leeftijdgenoten; bij vrouwen is die kans nog groter. Bovendien brengt diabetes hoge kosten met zich mee. Een optimale leefstijl én goede behandeling kan dus veel leed voorkomen en de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren.

Diabetes komt steeds vaker voor. In 1993 waren er 250 000 mensen met diabetes, tien jaar later hadden de huisartsen er 475 000 geregistreerd. De groei en het vergrijzen van de bevolking alleen al zorgt volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid in de toekomst voor nog veel meer diabetespatiënten. Tussen 2000 en 2020 wordt een stijging van ruim 35 procent verwacht.

Tegelijkertijd zijn de ernst en de kosten van diabetes met goede preventie en behandeling wel degelijk tegen te gaan, zo stelt het RIVM vast.¹ De kosten per patiënt kunnen aanzienlijk omlaag en daarmee de lasten voor de zorgverzekeringkas. Conservatieve schattingen van het RIVM² laten zien dat alleen al het verbeteren van de bloedsuikercontrole en het behandelen van hypertensie € 160 miljoen per jaar aan uitgaven scheelt.

Diabetes is niet alleen een Nederlands probleem. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vraagt in toenemende mate aandacht voor de ernstige gevolgen van de ziekte. Wereldwijd hebben 171 miljoen mensen diabetes, 115 miljoen van hen woont in de Derde Wereld. De WHO ontwikkelt met de Internationale Diabetes Federatie een strategie om de ziekte te bestrijden en de bewustwording te vergroten; wereldwijd zou vijftig procent van de mensen met diabetes niet weten dat zij aan deze chronische ziekte lijden. Publicaties van ondermeer de WHO³ wijzen daarop.

Het programma *Diabeteszorg beter* richt zich op de mensen die al diabetes hebben. Het doel is om met betere behandeling de complicaties bij mensen met diabetes te verminderen en zo hun kwaliteit van leven te

¹ RIVM rapport «De kosteneffectiviteit van preventie» (uitgave 260601001/2003).

² RIVM rapport: «Effecten van preventie van diabetes op complicaties en kosten, een eerste schatting» (juni 2003)

³ WHO rapport «Screening for Type 2 Diabetes» (WHO/NMH/MNC/03.1, uitgave 2003)

verbeteren en tevens onnodig hoge kosten tegen te gaan. Het programma richt zich zowel op diabetes mellitus type 1 als type 2.

Het actieprogramma sluit aan bij het steviger aanpakken van het algemene kwaliteitsbeleid in de zorg.¹ Hiervoor heb ik in november 2003 onder meer het programma *Sneller Beter* geïntroduceerd, dat partijen verder stimuleert tot verbeteringen op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg en dat ook ondersteunt.

Aanpak diabetes is een zaak van patiënt en zorgverlener, maar de verzekeraar heeft als inkoper van zorg een sleutelrol

Diabetes is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Mensen met diabetes moeten bewust met hun aandoening omgaan. Eigen leefstijl en gedrag – de voorschriften serieus en volledig uitvoeren, meer bewegen, minder (vet) eten, stoppen met roken – beïnvloeden het verloop van de aandoening en het resultaat van de behandeling. De zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie is hierop gebaseerd.

We weten veel over optimale zorg aan patiënten met diabetes. Er zijn goede richtlijnen, protocollen en standaarden voor optimaal behandelen en begeleiden. Die besteden ook aandacht aan een betere leefstijl. Maar in de praktijk van de diabeteszorg wordt dit nog veel te weinig toegepast. Blijkens onderzoek krijgt naar schatting hooguit een derde van alle diabetici de juiste behandeling, en de overige tweederde wordt matig of zelfs onvoldoende behandeld. Dat moet veranderen wanneer betere zorg voor mensen met diabetes ons ernst is.

Deze bevindingen sluiten aan bij de belangrijkste conclusie uit de rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over Ketenzorg uit 2003: «Patiënten met een chronische ziekte lopen risico's door slechte afstemming en onvoldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Er zijn onvoldoende waarborgen dat de aansluiting tussen zorgaanbieders goed verloopt.»²

Ook in het werkveld zelf wordt onderkend dat de diabeteszorg beter kan én moet: «Organisatie diabeteszorg onnodig ingewikkeld. Het groeiend aantal diabetespatiënten noopt tot bezinning op een geschikte organisatievorm van de Nederlandse diabeteszorg. Doel is op een transparante manier optimale zorg leveren tegen lage kosten. Internisten, huisartsen en praktijkondersteuners hebben daarin allemaal een rol»³

Goede zorg voor mensen met diabetes gaat het best wanneer het zorgverleningsproces speciaal voor hen wordt georganiseerd. Diabeteszorg is bij uitstek ketenzorg en vooral eerste lijnszorg. Nederland kent al enkele van dergelijke initiatieven met een lokale of regionale organisatievorm. Vaak zijn dit samenwerkingsverbanden van huisartsen, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, huisartsenlaboratoria, medisch specialisten en zorginstellingen. Dergelijke initiatieven zijn nog schaars en doorgaans niet structureel ingebed met waarborgen voor continuïteit.⁴

Doelmatige diabeteszorg vraagt de inzet van velen: huisartsen voor het onderkennen en behandelen van diabetes, medisch specialisten voor het onderkennen en het behandelen van ernstige pathologie, maar vraagt vooral de inzet van diabetesverpleegkundigen en diëtisten voor de periodieke controle en voor ondersteuning en advisering. Het proces van *taakherschikking* in de zorg – anders verdelen van taken bijvoorbeeld tussen artsen en verpleegkundigen – kan daarbij een goede rol spelen. Het is van belang de juiste professional op de juiste plaats te krijgen en tegelijkertijd rekening te houden met het tekort aan bepaalde professionals in de zorg.

¹ Brief van de staatssecretaris van VWS «Kwaliteit van Zorg» (TK 2002–2003 28 439, nr. 2) van december 2002

² Inspectie voor de Gezondheidszorg «Staat van de Gezondheidszorg 2003» 5 november 2003

³ «Huisartsen buitenspel; Organisatie diabeteszorg onnodig ingewikkeld» G. E. H. M. Rutten in Medisch Contact 18 juni 2004

⁴ De Eerste Associatie van Diabetesverpleegkundigen (EADV) heeft Els Denis-Thissen genomineerd voor de EADV-Award 2003. Zij krijgt de nominatie voor het opzetten van een transmurale polikliniek die buiten de muren van het ziekenhuis diabeteszorg intramuraal en extramuraal coördineert voor circa vierduizend patiënten in Zuid-Limburg.

Verzekeraars spelen een sleutelrol. Zij zijn verantwoordelijk voor de inkoop van goede diabeteszorg en zij kunnen daarmee de zorg voor mensen met diabetes verbeteren. Ook kunnen zij hun schadelast enorm beperken zoals een ziekenfonds onlangs heeft aangegeven; Agis gaat hulpverleners die de situatie van diabetici verbeteren vanaf 2005 een bonus geven.¹ Zorgverzekeraars onderhandelen immers met aanbieders over de prijs en maken afspraken over de voorwaarden voor het uitvoeren van de zorg en de te behalen resultaten. Het doelmatig en effectief inkopen van zorg leidt nadrukkelijk tot minder kosten en minder gezondheidsschade.

– *Speciale diagnosebehandelcombinatie voor diabeteszorg*

In de huidige situatie moet de verzekeraar met tal van partijen contracten sluiten die niet altijd de gerichte en optimale zorg leveren die nodig is. Diabeteshulp is nu onderdeel van een dbc in het ziekenhuis of van de algemene vergoeding voor huisartsen maar dat stimuleert onvoldoende het ontwikkelen van kwalitatief goede zorg en bovendien kan de verzekeraar daarmee niet gericht en op uitkomst (de objectief meetbare prestatie) inkopen. Om het inkopen van goede diabeteszorg door verzekeraars te faciliteren wordt al een speciale transmurale diagnosebehandelcombinatie (dbc) voor diabetes ontwikkeld. Deze is aan het einde van het jaar gereed en maakt inkoop van ketenzorg beter mogelijk. Komende jaar kan er dan mee geëxperimenteerd worden en definitieve invoering is per uiterlijk 2006 voorzien.

– *Stimuleren goede initiatieven, ondersteunende ICT en innovatie*

Diverse zorgverzekeraars hebben nu al goede initiatieven voor goede diabeteszorg. Zij zijn de voorlopers in de structuur die mij voor ogen staat. Het actieprogramma moet deze initiatieven en die van gezamenlijke aanbieders verder stimuleren. Tevens moeten bestaande goede praktijkvoorbeelden beter onder de aandacht gebracht worden.² Ik zal dit onder meer doen via de website van het actieprogramma *Sneller beter*.

In de zorg wordt onvoldoende gebruik gemaakt van ICT om het primaire proces te ondersteunen en te faciliteren. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft recent de Minister van VWS geadviseerd over het bevorderen van het gebruik van ICT in de zorg³ en neemt daarbij de diabeteszorg als speerpunt. Bij de verdere uitwerking van het actieprogramma zal actief samengewerkt worden met het CVZ en het Nationaal ICT Instituut in de zorg (NICTIZ).

Innovatie kan een belangrijke rol spelen bij een betere aanpak van de diabeteszorg in Nederland. Innovatieve ontwikkelingen maken het mogelijk dat mensen zelf met behulp van een programma via internet de verantwoordelijkheid nemen voor hun behandeling; professionals kunnen op afstand ondersteunen. Dit gebeurt nu bijvoorbeeld al bij hemofiliepatiënten. Zo'n ontwikkeling is ook heel goed denkbaar voor een deel van de diabetespatiënten; er bestaan ook al concrete plannen voor. De minister van Economische Zaken heeft een stimuleringsprogramma breedband waarin innovatie van de diabeteszorg met behulp van moderne ICT één van de speerpunten is.

– *Voorlichting*

Goede publieksvoorlichting kan een belangrijk hulpmiddel zijn om het gevaar van diabetes beter onder de aandacht te brengen. Het duurt ongeveer zeven jaar voordat ouderdomsdiabetes ontdekt wordt. Hoe langer het duurt voordat behandeling begint, des te groter wordt de kans op compli-

¹ De Volkskrant: Agis heeft 60 000 diabetespatiënten die bij elkaar 300 miljoen per jaar kosten. Agis legt daar jaarlijks 25 miljoen op toe. Een betere behandeling is goed voor de verzekerde en moet dat verlies ook omlaag brengen.

² Zo reikt de Eerste Associatie van Diabetesverpleegkundigen (EADV) jaarlijks een prijs uit aan een bijzonder waardevol initiatief op het terrein van diabeteszorg. Deze initiatieven zijn vaak leerzaam voor anderen in het land en verdienen navolging.

³ «Zorg met ICT. Een strategische verkenning aan de hand van diabetes mellitus» CVZ 24 juni 2004

caties. Bij een campagne vorig jaar tijdens een festival in Den Haag bleek tien procent van de deelnemers aan een test zonder het te weten suikerziekte te hebben.¹

Een gezonde leefstijl kan helpen voorkomen dat diabetes zich op steeds jeugdiger leeftijd manifesteert. Daar juist doet zich een alarmerende toename van het aantal gevallen voor. Gezondere voeding (matig en minder vet) en meer bewegen kunnen een enorme bijdrage leveren aan het terugdringen van deze gevaarlijke trend.

Ik maak momenteel met de gezondheidsbevorderende instellingen en de Nederlandse Diabetes Federatie afspraken over een landelijke voorlichtingscampagne. De campagne gaat in op de ziekte, haar mogelijke complicaties en hoe diabetes voorkomen kan worden.

Tevens vind ik dat informatie over de diabeteszorg gemakkelijker te vinden moet zijn. Om dit mede mogelijk te maken zal ik onder meer goede voorbeelden van diabeteszorg publiceren op de website *www.snellerbeter.nl*. Mensen kunnen daar zien hoe goede praktijken werken, hoe de samenwerking in de keten is georganiseerd, wat de effecten zijn en welke afspraken verzekeraars met de behandelaars hebben gemaakt.

Korte termijn: plan van aanpak 2005–2009

«Het stadium van welwillendheid en lovenswaardige initiatieven door enthousiaste pioniers en vrijwilligers is écht voorbij. Ketenzorg moet onderdeel van denken en doen in de gezondheidszorg zijn. En dan heb ik het niet alleen over artsen en verpleegkundigen, maar ook over de directeur en de zorgverzekeraar.»²

Ik heb Zorgverzekeraars Nederland en een aantal gezaghebbende professionals bereid gevonden om het actieprogramma *Diabeteszorg beter* uit te werken. Er zal een plan van aanpak worden opgesteld met de volgende aandachtspunten:

- De wijze waarop de zorgverzekeraar goede diabeteszorg kan inkopen bij op diabetes ingerichte zorgketens;
- Het implementeren van een transmurale diabetes-DBC;
- Het regionaal organiseren van diabeteszorg in samenwerkende teams: met herkenbare regie en verantwoordelijkheidsverdeling en een eenduidige contractpartner. De vorm kan per regio verschillen;
- Het steviger inzetten van diabetesverpleegkundigen en diëtisten voor periodieke controle, advisering, etcetera. Het anders verdelen van taken in de zorg is daarbij een belangrijk hulpmiddel;
- Een goede systematiek van informatie en communicatie om de resultaten van de aanpak vast te leggen en openbaar te maken (inclusief ICT en EPD) in samenwerking met CVZ en NICTIZ;
- Ruimte voor het toetsen van nieuwe behandelmethoden in de praktijk; ook daarvoor is een goede informatiesystematiek vereist.

Het organiseren van goede diabeteszorg zoals hierboven bedoeld hoeft geen extra geld te kosten. Het gaat vooral om het beter en doelmatiger verdelen en gebruiken van het bestaande geld. Kern van de aanpak is dat verzekeraars eigentijdse doelmatig georganiseerde diabeteszorg inkopen. Het plan van aanpak biedt wel tijdelijk ruimte voor eventuele ontwikkelingskosten en de kosten van de evaluatie van eventuele proefstructuren.

Ik zal u het plan van aanpak nog in 2004 aanbieden.

¹ Dagblad Metro, juli 2003.

² Inspecteur generaal Herre Kingma bij de aanbieding van de «Staat van de Volksgezondheid 2003» op 5 november 2003.

Tot slot

Diabetes is een ernstige chronische ziekte die sluipenderwijs vernietigend werk doet in de samenleving. Burgers kunnen er zelf veel aan doen om dat tegen te gaan, althans minder snel te laten verergeren. Maar ook de organisatie van de zorg dient zich in al haar geledingen hierop aan te passen. Het programma *Diabeteszorg beter* streeft ernaar deze ambitieuze en vernieuwende aanpak daadwerkelijk door te voeren.

Dat is niet alleen van belang voor de diabetesaanpak. De ervaringen die we met dit programma opdoen, zijn straks bouwstenen voor nieuw beleid voor andere chronische ziekten. Hart- en vaatziekten, astma en chronische longziekten, en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn chronische ziekten die in principe voor een vergelijkbare aanpak in aanmerking komen. Het behandelen van deze aandoeningen kan op soortgelijke wijze worden georganiseerd en door de zorgverzekeraar worden ingekocht. Dit is goed voor het zorgproces en veel chronische patiënten kunnen hiervan dan in de toekomst profiteren.

Maar voorlopig is het nog niet zover. Het programma *Diabeteszorg beter* slaagt alleen wanneer alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen en ook laten zien wat ze concreet bijdragen aan betere diabeteszorg. Een patiënt met diabetes moet voor het kiezen uit een zorgverlener of verzekeraar goed weten welke zorg en (extra) dienstverlening er is en tegen welke polisvoorwaarden. Verzekeraars sluiten op hun beurt alleen een contract met zorgaanbieders wanneer die voldoen aan een overeengekomen standaard voor diabeteszorg. Zorgaanbieders die de afgesproken richtlijnen, protocollen en zorgstandaard(en) niet naleven worden daarop afgerekend. De verzekeraar kan hun een lagere vergoeding geven of (delen van) het contract verbreken.

Een actiever opstelling van de zorgverzekeraar en meer druk op de aanbieders om goede zorg te leveren, komt de patiënt uiteindelijk ten goede. Zorgaanbieders zien het maatschappelijk belang hiervan in en ik verwacht dan ook dat zij ketenzorg op basis van evidence based arrangementen zullen gaan aanbieden. De patiënt weet dan precies wat hij mag verwachten en kan daarop ook aanspraak maken. Dit leidt tot een draaglijker situatie en minder gezondheidsschade bij mensen met diabetes die vervolgens ook weer langer gezonder kunnen leven; daarvan profiteert de patiënt als eerste maar uiteindelijk ook de gehele samenleving.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst