

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 998 HERDRUK¹

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 juni 2019

In zowel het politieke debat als ook in de media ontstaat met regelmaat discussie over de begrippen medische indicatie en medische noodzaak. Dat gebeurde ook recent in de discussies omtrent vergoeding van (de verwijdering van) borstimplantaten en kunstmatige inseminatie zonder een medische indicatie.

In mijn reacties heb ik toegelicht dat deze begrippen tot de kern van ons zorgstelsel horen, waarbij zorgprofessionals richtlijnen opstellen en verantwoordelijk zijn om in samenspraak met patiënten effectieve en passende zorg te verlenen. Ik heb ook aangegeven dat het voor de betaalbaarheid en daarmee solidariteit van onze zorg belangrijk is deze kernbegrippen niet te zeer op te rekken. De vraag naar zorg is potentieel oneindig groot, terwijl het financiële draagvlak grenzen kent. Het gaat er om dat zorg alleen wordt verleend als die medische noodzakelijk is (de juiste zorg); niet elke zorgbehoefte vraagt om een medisch antwoord. En vervolgens dat de zorg op de juiste plek binnen het medische domein wordt verleend, gegeven de expertise van professionals. Ik hecht eraan op te merken dat de begrippen medische indicatie en medisch noodzaak ook van belang zijn met het oog op de kwaliteit van zorg. Zij dragen er aan bij dat zorg en ingrepen die niet direct een medisch nut hebben -met alle risico's daaraan verbonden- zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is ingewikkelde materie en ik merk dat er snel misverstanden ontstaan. Daarom stuur ik u deze brief met een nadere toelichting op de begrippen medische indicatie en medische noodzaak in het algemeen en een toespitsing op de kwestie van (de verwijdering van) borstimplantaten.

Medische indicatie

De Zorgverzekeringswet heeft als doel om individuele verzekerden te verzekeren tegen de kosten van medische zorg, waarbij we samen alleen medisch noodzakelijke en effectieve zorg betalen.

¹ i.v.m. een correctie in de datum

Het bepalen hoe om te gaan met een zorgbehoefte van mensen gebeurt in de spreekwoordelijke spreekkamer in samenspraak tussen zorgprofessionals en patiënten («shared decision making»). Dat gesprek vindt in eerste instantie veelal plaats bij de huisarts als poortwachter van de zorg. Bewust schematisch geformuleerd kan het zorgproces ingedeeld worden in drie stappen.

Stap 1: Bepalen indicatie: is er medisch gezien iets aan de hand?

De zorgverlener kijkt aan de hand van zorginhoudelijke, oftewel medische criteria naar de gezondheidsklachten van de patiënt (artikel 14 Zorgverzekeringswet). Deze criteria zijn door de beroepsgroepen nader uitgewerkt in medische richtlijnen, die onderdeel zijn van de opleiding en de praktijk van zorgprofessionals. De medische indicatie kan zich voordoen doordat zich een bepaald medisch risico of voorval (ziekte, ongeval) voordoet en wordt vervolgens al dan niet vastgesteld. Die medische indicatie kan liggen in het psychische of het somatische domein of beide.

Stap 2: Bepalen medische noodzakelijkheid: hoe serieus is de klacht, wat zijn de opties, is behandeling medisch noodzakelijk?

De zorgverlener beoordeelt of de klacht van de patiënt dusdanig is dat de patiënt redelijkerwijs op behandeling is aangewezen (artikel 2.1 Besluit zorgverzekering). Ook hier baseert hij zich op de richtlijnen van zijn eigen beroepsgroep.

Stap 3: Bepalen behandeling: is de voorgestelde behandeling passend?

Met de voorgaande twee stappen heeft de zorgprofessional vastgesteld dat er medisch gezien dusdanig iets aan de hand is dat een interventie (behandeling of geneesmiddel) gerechtvaardigd is. Ook daarvoor baseert de arts in kwestie zich op de door zijn beroepsgroep opgestelde geldende richtlijnen. Daarbij kan hij de interventie zelf verrichten of doorverwijzen naar een gespecialiseerde collega op het somatische dan wel psychische vlak. In praktijk vindt er in toenemende mate multidisciplinair overleg plaats om samen met patiënt de juiste vervolgzorg op de juiste plek te bepalen.

Verzekerde zorg (pakketaanspraak)

Of een medische behandeling wordt vergoed is een separate vraag die in het verlengde van bovenstaande ligt. Het wettelijk vastgelegde basispakket is voor iedereen gelijk en kent voor het overgrote deel een open instroom². Aangezien richtlijnen invulling geven aan de «zorg die zorgprofessionals plegen te bieden», zijn deze in principe leidend voor het verzekerde pakket. Tevens geldt voor het verzekerde pakket dat de behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, dus effectief en werkzaam zijn bij de vastgestelde indicatie (artikel 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering). In aanvulling hierop hanteert de overheid ook andere criteria die tot een pakketbeperking kunnen leiden. Deze pakketbeperkingen treft de overheid bijvoorbeeld vanwege financiële redenen of omdat de betreffende interventie voor eigen rekening van de verzekerde kan komen. Zo komen in principe bijvoorbeeld de eerste 20 fysiotherapiebehandelingen voor verzekerden van 18 jaar of ouder voor eigen rekening en is de «normale» mondzorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder uitgesloten van het verzekerde pakket. Er is dan wel sprake van medische

² Dat houdt in dat het niet is vastgelegd in een gedetailleerde lijst met behandelingen, maar in een aantal criteria waaraan zorg moet voldoen om vergoed te mogen worden. Zorg moet, om vergoed te worden, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en medisch noodzakelijk zijn. Een groot voordeel van deze open omschrijving is dat nieuwe, effectieve behandelmethodes er automatisch in komen en dat verouderde behandelmethodes automatisch het basispakket verlaten.

indicatie en medische noodzaak, maar de verzekerde moet deze behandeling toch zelf betalen of een aanvullende verzekering afsluiten. Patiënten kunnen in hun polis of op de site van hun zorgverzekeraar nakijken welke behandelingen wel of niet tot het verzekerd pakket behoren en dus vergoed worden. Verzekeraars hebben ook tot taak de declaraties te toetsen op rechtmatigheid en doelmatigheid.

Medische indicatie: somatische of psychische behandeling

De huisarts is als «poortwachter» bij uitstek de zorgverlener die in eerste instantie bekijkt of er sprake is van somatische, dan wel psychische klachten of een combinatie van beide. Dit consult wordt te allen tijde vergoed. Indien de huisarts besluit om door te verwijzen wordt via het proces dat in stappen is beschreven, vastgesteld of er sprake is van een medische indicatie voor zorg. Deze indicatie kan betrekking hebben op een somatische of een psychische aandoening. Er zijn ook situaties waarbij sprake is van beide soorten aandoeningen tegelijk of in samenhang.

Het is in de praktijk in hoofdlijnen zo dat psychische aandoeningen/stoornissen worden behandeld in de geestelijke gezondheidszorg en dat somatische (lichamelijke) aandoeningen via behandelingen, gericht op die lichamelijke aandoeningen, worden verholpen. Dit is door de verschillende beroepsgroepen nader uitgewerkt in richtlijnen. In het geval van somatische aandoeningen zal een zorgverlener dus in eerste instantie op zoek gaan naar de lichamelijke oorzaak van de klacht en eventueel een passende behandeling voorstellen (bijvoorbeeld een geneesmiddel of een operatie). In het geval van psychische aandoeningen zal de patiënt terecht komen bij een behandelaar die gespecialiseerd is in psychische aandoeningen en die acteert op de richtlijnen van zijn beroepsgroep. Deze GGZ-zorgverlener zal zo nodig therapie voorstellen, maar zal zolang hij niet vermoedt dat een lichamelijke aandoening samenhangt met de psychische aandoening, niet adviseren je te wenden tot een somatisch medisch specialist, bijvoorbeeld voor een operatie.

Maar, als bij behandeling van een psychische aandoening of stoornis als een depressie, het vermoeden opkomt dat een somatische aandoening de oorzaak is van deze psychische aandoening zal de GGZ-zorgverlener naar een somatisch medisch specialist verwijzen met de vraag of het niet is aangewezen primair de somatische aandoening te behandelen.

Borstimplantaten en psychisch lijden

Kort gezegd: als een patiënt zich ernstige zorgen maakt of vragen heeft over mogelijke medische risico's van bijvoorbeeld borstimplantaten, dan kan deze zich altijd tot de huisarts wenden die zo nodig kan doorverwijzen naar de plastisch chirurg of medisch specialist. De plastisch chirurg/medisch specialist kan vervolgens vaststellen of er inderdaad gegronde somatische afwijkingen zijn. Indien er sprake is van een medische noodzaak³, dan komt zij in aanmerking voor verwijdering van de implantaten, wat moet worden gezien als een laatste middel. Zo nee, dan kan zij bij aanhoudende psychische klachten terecht bij een psycholoog of een andere GGZ-zorgverlener. Indien er sprake is van een psychische

³ Er is een medische noodzaak voor een explantatie van borstprothese(n) indien er sprake is van: een scheur of lekkage van de siliconenprothese; kapselvorming die leidt tot (ernstige) pijnklachten; een steeds terugkerende infectie door de aanwezigheid van de prothese, en die niet reageert op andere behandelingen; als de borstprothese interfereert met de behandeling van borstkanker (bijvoorbeeld radiotherapie); bij aanhoudende systemische klachten, die niet verminderen door andere behandelingen (zie ook Wijziging Regeling zorgverzekering 17 juli 2008, nr. ZVU-2864917, Stcrt. 2008, nr. 142); en als de patiënt BIA-ALCL in haar borst heeft

stoornis waarvan de behandeling tot het Zvw-pakket behoort, wordt die GGZ-behandeling vergoed. Deze psycholoog of andere GGZ-zorgverlener kan haar dan helpen om zo goed mogelijk om te gaan met deze zorgen. Ieder werkt vanuit zijn expertise en richtlijnen, waarbij ze elkaar ook kunnen consulteren.

In dit verband wil ik nog vermelden dat in de ziekenfondstijd «aanmerkelijk psychisch lijden» lange tijd een criterium was om te toetsen of een verzekerde in aanmerking kwam voor vergoeding van plastisch-chirurgische behandelingen. Over dit criterium was veel discussie, omdat het in de praktijk niet hanteerbaar bleek en ook niet te objectiveren. Het criterium leidde daardoor tot veel beroepszaken. Minister Borst heeft in 1999 dan ook besloten dit criterium af te schaffen, met als belangrijkste redenen dat het tot psychiatrische medicalisering van aandoeningen leidde en dat deze grondslag voor en door artsen onhanteerbaar en door hen niet af te bakenen was. De grondslag «aanmerkelijk psychisch lijden» schepte richting verzekerden onterechte verwachtingen en leidde in de praktijk tot niet-aannemelijke argumentatie. Er is wel een gelimiteerde en afgebakende lijst van plastisch-chirurgische behandelingen gekomen die medisch noodzakelijk kunnen zijn, bijvoorbeeld omdat anders het dagelijks functioneren (door somatische beperkingen) ernstig wordt belemmerd. Te denken valt hierbij aan ooglidcorrecties bij zwaar hangende oogleden.

Tegelijkertijd kan ik mij de recent ontstane situatie voorstellen van vrouwen met borstimplantaten die zich zorgen maken, omdat zij – hoewel er geen somatische klachten zijn – mogelijk een verhoogd risico op een zeldzame vorm van lymfeklierkanker, BIA-ALCL, hebben en psychologische begeleiding onvoldoende soelaas biedt. Ik neem deze groep serieus. Ze zijn onderdeel van de groep vrouwen die in aanmerking komt voor de – nog in uitwerking zijnde – nazorgregeling die in mijn brief van 16 mei 2019 is aangekondigd⁴. De beroepsgroep NVPC werkt hiervoor aan de herziening van de multidisciplinaire richtlijn borstprothesechirurgie.

Tenslotte merk ik op dat elke invasieve somatische ingreep, zoals de verwijdering van borstimplantaten, gepaard gaat met risico's, bijv. op complicaties of evt. restverschijnselen. Bij de bespreking tussen arts en patiënt moeten deze risico's aan de orde komen, zodat de patiënt zich van die risico's goed bewust is. Dit bevordert een gedragen en goed afgewogen beslissing om de ingreep al dan niet te (doen) uitvoeren.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁴ Kamerstuk 32 805, nr. 83