

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 113

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2010

Introductie

Nederland staat er wat betreft de gezondheidszorg goed voor als we dat vergelijken met de rest van de wereld. En dat willen we natuurlijk zo houden: goede en voor iedereen toegankelijke op de patient gerichte gezondheidszorg, nu maar ook in de toekomst.

De komende tientallen jaren staat ons op het terrein van de gezondheidszorg veel te wachten. Vanaf 2010 wordt de geboortegolf van na de tweede wereldoorlog 65 jaar. Met de jaren komen meestal ook de gebreken. Het aantal mensen dat chronische zorg nodig heeft zal vanaf nu snel gaan stijgen. De gemiddelde leeftijd van mensen neemt toe, er komen ook meer relatief oude mensen en de medische aanpak zorgt er bovendien voor dat ziektes en aandoeningen waar mensen vroeger in korte tijd aan dood gingen nu meer en meer behandelbaar zijn, en daarmee een chronisch karakter krijgen. Dat is bijvoorbeeld zo met kanker of met hartproblemen. Ondertussen neemt het aantal mensen dat werkt (de beroepsbevolking) nauwelijks toe. Vanaf 2025 neemt dat aantal zelfs af. Het aantal patiënten en de zorg die ze nodig hebben groeit dus veel sneller dan het aantal mensen dat in de zorg gaat werken.

Tegelijkertijd zit ons land en de wereld midden in een financiële crisis die ook zijn weerga niet kent. Daarom heeft het kabinet al in 2009 maatregelen moeten nemen die 2,4 miljard euro besparen. Dat is vooruitlopend op de zogenaamde heroverwegingsoperatie in 2010, die ervoor moeten zorgen dat we uiteindelijk ongeveer 20% minder aan gezondheidszorg gaan uitgeven.

Ondertussen wordt er al enkele jaren gewerkt om de manier waarop we de zorg betalen zo te maken, dat goede prestaties worden beloond. En goede zorg is niet alleen beter voor de patiënt, maar is ook motiverend voor de mensen die in de zorg werken en kan bovendien extra kosten besparen. *Saving Lives and Costs* zoals president Obama dat zei.

Wat er gebeurt op de arbeidsmarkt, de bezuinigingen en de manier waarop we de zorg betalen hangt nauw met elkaar samen. Het gaat er uiteindelijk om dat we niet alleen nu maar ook over 15 en over 25 jaar nog steeds voldoende goede zorg kunnen blijven garanderen.

Daarom beveel ik u aan drie brieven die u ontvangt of al ontvangen heeft in samenhang te bezien:

- a. de arbeidsmarktbrief 2009 (Kamerstuk 29 282, nr. 91, reeds verzonden 4 januari jl.);
- b. de brief over de maatregelen om 2,4 miljard euro te besparen (deze brief ontvangt u binnenkort);
- c. de brief over de bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten (Kamerstuk 29 248, nr. 109 d.d. 19 januari 2010).

Kort licht ik die samenhang hieronder toe.

Schaarste aan medewerkers in de zorg ...

Anders dan aan het begin van dit millennium is er op dit moment geen sprake van een grote schaarste aan zorgpersoneel. Rond 2000 was die schaarste er wel, vooral vanwege de enorme groei die onze economie toen doormaakte. De vraag naar werknemers was groter dan het aanbod. Omdat de marktsector een stevige duit in het loonzakje deed, vertrokken veel mensen naar het bedrijfsleven. In de zorg en in het onderwijs vertaalde zich dat in wachtlijsten en lesuitval, met nadien een inhaalmanoeuvre in de sfeer van de lonen. Anno 2009 zien we een min of meer spiegelbeeldig patroon. Vanwege de economische crisis is de zorg een min of meer veilige haven voor werkzoekenden. Maar eerste tekenen van herstel tekenen zich af in de economie. Dat is natuurlijk goed, maar de spanning op de arbeidsmarkt in de zorg zal er weer door toenemen. Verder zien we dat de vraag naar zorgmedewerkers komende jaren enorm zal toenemen. Het Zorginnovatieplatform heeft aangegeven dat als we de zorg blijven organiseren zoals nu, er in 2025 in totaal een tekort dreigt van 450 000 werknemers. Dat is tegen die tijd ongeveer een kwart van wat in totaal aan mensen nodig is in de zorg.

Dat heeft nogal wat effecten;

- Een kwart van de zorg kan niet worden geleverd. We zullen bij wijze van spreken nog terugverlangen naar periodes waarin overbehandeling een risico was;
- De werkdruk van zittend personeel zal loodzwaar zijn, met het immense risico van een spiraal naar beneden: meer werkdruk, ziekteverzuim, verloop van personeel etc;
- De loonkosten zullen naar verwachting enorm toenemen. Schaarste op de arbeidsmarkt lokt dat uit.
- De premies zullen daardoor extra toenemen. Extra ten opzichte van de toch al groeiende zorgvraag en dito aanbod.

Wie niet tijdig de schaarstedynamiek weet te ondervangen, stevent af op een groot probleem. Een probleem niet alleen van wachtlijsten voor patiënten en afnemend arbeidsplezier voor de professionals, maar ook van hoge extra kosten die uiteindelijk door alle burgers betaald moeten worden. Er is dringend behoefte aan verandering. De zorg moet zo georganiseerd worden dat zonder nog verdere verhoging van de werkdruk en zonder de gevreesde explosieve groei van de uitgaven toch voldoende goede zorg geboden kan worden ook als de vraag daarnaar door de vergrijzing sterk stijgt.

Crisis en betaalbaarheid van de zorg

In het voorjaar is besloten om vanuit de gezondheidzorg 2,4 miljard euro bij te dragen aan de houdbaarheid van de uitgaven van de overheid. Daarbij ligt het voor de hand om eerst te kijken of de zorg niet beter kan worden georganiseerd. Pas in tweede instantie moet worden gekeken of het verzekerd pakket verkleind moet worden of dat mensen meer zelf moeten betalen. Deze laatste twee soorten van maatregelen zijn wel belangrijk, maar dragen minder bij aan de kern van het maatschappelijke vraagstuk: kunnen we in de toekomst ook nog voor iedereen voldoende kwalitatief goede zorg garanderen. Zou het niet zo kunnen zijn dat als zorgaanbieders en verzekeraars meer geprikkeld zouden worden om op een efficiëntere en meer samenhangende manier zorg te verlenen, dat de kosten dan omlaag kunnen en de druk op de werkers in de zorg niet verder toeneemt?

Het Centraal Plan Bureau (CPB) heeft in de zomer gemeld dat de voorgestelde maatregelen in elk geval de kwaliteit van de zorg zouden gaan verbeteren. De budgettaire effecten kon het CPB moeilijk inschatten. Het kabinet heeft er toen voor gekozen nadere informatie te verschaffen aan het CPB. Dat ging vooral over meer risico voor verzekeraars zodat ze scherper onderhandelen met de zorgaanbieders. Maar ook ging het over meer ruimte voor die aanbieders om prestaties ook betaald te krijgen (prestatiebekostiging: «boter bij de vis») en meer vrijheid als het om de prijzen voor die prestaties gaat. Ook ging het over meer samenhang in de zorg. Het CPB heeft in zijn nadere analyse gemeld dat de maatregelen ongeveer 500 à 600 miljoen euro kunnen opleveren. Ik stuur binnenkort een brief waarin ik verder inga op het advies van het CPB en wat dat verder betekent voor de afspraken over de houdbaarheid.

Belangrijk is dat het dus wel degelijk mogelijk is om de zorg anders en efficiënter te organiseren als verzekeraars en zorgaanbieders daar zelf ook belang bij hebben. Om het creëren van dat belang gaat het bij de invoering van de prestatiebekostiging in 2011.

Betere zorg en minder kosten?

Ons doel is en blijft om zorg van hoge kwaliteit te kunnen blijven garanderen. Goede zorg betekent niet altijd meer zorg. Eerder juist het voorkomen van (extra) zorg. Onnodige ziekenhuisopname, onnodig dotteren, onnodig terug moeten komen op de polikliniek of zelfs opgenomen worden omdat de behandeling niet helemaal goed is gegaan kost veel geld waar de patiënt niets mee op schiet. Toch worden in de praktijk soms onnodig kosten gemaakt die bovendien niet in het belang van de patiënt zijn en ook niet in het belang van ons allemaal als premiebetalers. Als je de oorzaken daarvan wegneemt ontstaat betere zorg tegen lagere kosten.

Voorbeelden van dergelijke oorzaken zijn:

- *Onveilige zorg*; dit leidt tot extra behandelingen of nieuwe opname in het ziekenhuis en mogelijk tot medische schade. Daarom stoppen we veel energie in patiëntveiligheid;
- *Onnodige verrichtingen en contacten*; de prestatiebeschrijvingen in de zorg zijn in de regel omschreven als verrichtingen en contacten (consulten bij huisartsen en fysiotherapeuten bijvoorbeeld, receptvergoedingen bij apothekers voor het ter beschikking stellen van een doosje medicijnen). De prestaties zijn niet vraaggeoriënteerd, maar aanbodgeoriënteerd en zorgen er niet voor dat kwaliteit wordt beloond, maar kwantiteit. Daarom zal voor alle zorg moeten gelden dat de kwaliteit van de geleverde zorg wordt betaald.

- *Onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de zorg;* Daardoor kunnen verzekeraars en patiënten niet selecteren op grond van uitkomsten. Daarom besteden we veel aandacht aan het vergelijkbaar maken van de prestaties in de zorg;
- *Gebrekkige samenhang in de zorg leidt tot gefragmenteerde zorg;* Complicaties en daardoor onnodige ziekenhuisopnames en dubbel werk kunnen het gevolg zijn. Daarom introduceren we ketenzorg in de eerste lijn en brengen we met nieuwe producten in de ziekenhuiszorg (DOT) in plaats van de 30 000 DBC's meer samenhang aan. Voor eenzelfde behandeling wordt daarmee ook hetzelfde betaald;
- *Risico van overbehandeling.* Op tal van terreinen is sprake van een enorme praktijkvariatie in de zorg. In de ene regio is de kans op bijvoorbeeld het knippen van amandelen of het behandelen van lage rugpijn een stuk groter dan in een andere regio. Als er relatief veel kinderen in een regio wonen is het te begrijpen, maar anders is het toch de vraag wat de toegevoegde waarde is. Daarom hebben de staatssecretaris en ik een Regieraad opgericht die ondermeer die praktijkvariatie in beeld brengt en zonodig richtlijnen en de naleving daarvan bevordert. Ook wordt zoveel mogelijk aangegeven in de richtlijnen wat een doelmatige behandeling is en wat een patiënt minimaal mag verwachten van een zorgverlener;
- *Medisch specialisten worden per dbc volgens daarin verankerde normtijden (maal een uurtarief) betaald.* Een dergelijke manier van betalen heeft het risico in zich dat het vooral aantrekkelijk is om veel behandelingen uit te voeren. Het betekent ook dat verzekeraars en ziekenhuisbesturen nauwelijks invloed op de hoeveelheid zorg kunnen uitoefenen. Daarom gaan we medisch specialisten anders betalen, zodat ze meer onderdeel gaan uitmaken van de afwegingen die het ziekenhuis moet maken. Ook wordt onderzoek uitgevoerd naar wat het zou betekenen als medisch specialisten net als in de Academische Ziekenhuizen in loondienst zouden werken. In maart weten we daarover meer;
- *De risicoverevening is nog onvolkomen.* Zorgverzekeraars worden voor een deel van hun verliezen gecompenseerd. Dat dempt de prikkel om scherp in te kopen. Bovendien vindt die compensatie alleen voor ziekenhuiszorg plaats en niet voor huisartsenzorg. Daarom is de prikkel om zorg naar de goedkopere eerste lijn te verplaatsen te gering of qua werking zelfs averechts. Daarom gaan we verzekeraars in versneld tempo meer risico laten dragen zodat ze meer uitgedaagd worden om scherp in te kopen;
- *Kostprijzen zijn nog niet inzichtelijk.* Ziekenhuizen krijgen nu een groot deel van de zorg die zij leveren bekostigd via een vooraf bepaald budget. Deze budgetsystematiek leidt ertoe dat prestaties niet worden beloond. De werkelijke kostprijzen blijven schimmig. Ziekenhuizen kennen hun kostprijzen niet en dat maakt sturing door henzelf en door verzekeraars een lastige zaak. Kostenbeheersing is daardoor moeizaam zeker nu het om 30 000 dbc's gaat. Door te werken met vooraf bepaalde budgetten worden ziekenhuizen onderling ook onvoldoende uitgedaagd hun productiviteit te verbeteren, terwijl dat nu juist gelet op de arbeidsmarktproblematiek zo belangrijk is. Daarom wil het kabinet naar prestatiebekostiging en meer ruimte om te onderhandelen over de prijzen van zorg.

Boter bij de vis

Het kabinet wil per 2011 prestatiebekostiging invoeren en de ruimte om over de prijs te onderhandelen vergroten. Daar zijn tot nu toe goede ervaringen mee opgedaan zo blijkt uit evaluaties van de NZa. Ziekenhuizen krijgen dan per «product» betaald. Zo'n product bestaat dan bijvoorbeeld uit een operatie door de chirurg, het werk van de anesthesioloog die voor

de narcose zorgt, een paar dagen verpleging in het ziekenhuis en alles wat er verder bij komt kijken. Nu zijn er 30 000 van die producten. De zogenaamde DBC's. Soms bestaan er voor dezelfde behandeling meerdere DBC's, afhankelijk van welke specialist de behandeling doet. Zo kan een hernia door een neurochirurg of door een orthopeed behandeld worden. Of een ooglidcorrectie door een oogarts, een chirurg of door een plastisch chirurg. Allemaal met verschillende prijzen. Dat wordt nu vereenvoudigd. Ongeacht welke specialist het doet, er hoort bij een bepaalde aandoening of ziekte een bepaalde behandeling. De «zorgproducten» worden daardoor duidelijker en krijgen daardoor meer samenhang. Het wordt ook een stuk moeilijker om een product te kiezen dat dezelfde behandeling inhoudt maar wel duurder is. Het aantal van die producten neemt daardoor ook af van 30 000 nu naar circa 3000 straks. Veel overzichtelijker dus. Een deel van de producten krijgt een door de NZa gemaximeerde prijs. Een ander deel is geheel vrij onderhandelbaar. Voor 1 april zal het kabinet beslissen of over ongeveer 50% van alle zorgproducten vrij onderhandeld kan worden.

Wel is er een overgangsregeling nodig.

De overgang van de DBC-structuur naar DOT zal gepaard gaan met een aantal onzekerheden voor de ziekenhuizen. Want betaald krijgen voor wat je presteert (boter bij de vis) biedt niet alleen kansen, maar heeft ook risico's. Als je niet goed presteert krijg je minder dan je gewend was. Daar moet je je als ziekenhuis natuurlijk wel op in kunnen stellen. De NZa heeft daarvoor een voorstel gedaan en dat wordt in grote lijnen gevolgd (het werken met een zogenaamd garantiepercentage). Hoe lang die overgangsregeling moet duren wordt door de NZa in overleg met de ziekenhuizen en verzekeraars afgesproken. Ik ga er nu vanuit dat die regeling in ieder geval een jaar zal duren. Later in het jaar kijken we of dat langer moet zijn.

Vraag die bij prestatiebekostiging opkomt, is welke instrumenten de overheid heeft als de omzetten van alle ziekenhuizen tesamen toch meer gaan kosten dan wat in de begroting is afgesproken.

De overheid kan dan de ziekenhuizen een algemene korting opleggen, dat wil zeggen dat iedere instelling eenzelfde procentuele korting krijgt. Dat wordt in de wet (de WMG) vastgelegd. Omzetverschuivingen tussen instellingen blijven dan wel intact. Zou dit laatste niet gebeuren, dan zou in feite de omzet van een ziekenhuis helemaal worden vastgezet. Anders dan ook het CPB verwacht zou dan elke uitdaging om beter te presteren weer worden weggehaald bij de ziekenhuizen en dat willen we nu juist niet. Overigens zullen we op eenzelfde manier omgaan met de kosten van medisch specialisten als die hoger blijken te zijn dan we in de begroting hebben afgesproken.

Resumerend

We willen de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg in ons land ook voor de toekomst handhaven. Dat kan, als we nu tijdig een aantal bakens verzetten.

Alle techniek die daarmee gepaard gaat dient uiteindelijk maar een doel: de verzorgingsstaat ook op het gebied van de zorg in stand houden. Want hoeveel geld we ook pompen in de zorg; als er geen mensen aan het bed zijn, zullen de wachtlijsten dramatisch oplopen. En vanwege de dynamiek die dan op de arbeidsmarkt ontstaat ook de kosten! De zorg wordt zonder een arbeidsproductiviteitsslag niet alleen onmogelijk te leveren, maar ook niet meer te betalen.

De ziekenhuissector zal de komende jaren de omslag gaan maken naar prestatiebekostiging op basis van nieuwe en betere zorgproducten. Waarover voor een groter deel vrije afspraken tussen het ziekenhuis en de verzekeraar kunnen worden gemaakt.

Dat is ook hard nodig, want de positie van de zorg op de arbeidsmarkt zal de komende vijftien jaar niet beter worden. We zullen alle zeilen bij moeten zetten om de zorgvraag bij te kunnen houden. Juist dan is het nodig volumestijging in de hand te houden, zeker waar het gaat om zorg die wellicht niet nodig is of voorkomen had kunnen worden. Overen onderbehandeling en niet persé noodzakelijke zorg kan de gezondheid schaden, drijft onnodig kosten op en leidt niet tot de beste verdeling van de schaarse zorgarbeid.

Verandering van de manier waarop we de ziekenhuizen betalen is een belangrijke stap in de goede richting. Maar het is ook belangrijk *wat* we betalen. Op dit vlak zullen nog verdere ontwikkelingen nodig zijn. Als we blijven betalen voor aantallen behandelingen of consulten of het doorgeven van doosjes medicijnen (volume), dan lopen we het risico dat er ook veel behandelingen, consulten en uitgiften van doosjes medicijnen gedaan worden. Als we gaan betalen voor het resultaat van de zorg (kwaliteit) – weer zo snel mogelijk beter worden, of zo weinig mogelijk hinder ondervinden van een (chronische) ziekte of een aandoening – dan zullen we ook betere resultaten krijgen. Goede resultaten kunnen alleen worden bereikt door samenhangende zorg te bieden die is opgezet vanuit wat de patiënt nodig heeft, niet minder, maar ook niet meer.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink