WYNIA'S WEEK



Benoem eindelijk eens een minister van Volksgezondheid met kennis van zaken

Posted on 30 oktober 2021 by Wim Groot

Sinds deze week is de kabinetsformatie de langstdurende ooit. Ondanks het groeiende ongeduld hierover, is er nog weinig uitzicht op een coalitieakkoord. Tijd om de formerende partijen een handje te helpen.

Deze week waren de directeur-generaal van het ministerie van Financiën, Bas van den Dungen, en de directeur van het Centraal Planbureau, Pieter Hasekamp, aanwezig bij de formatie-onderhandelingen. Zij drongen er bij de formerende partijen op aan om iets te doen aan de snel stijgende zorgkosten.

De komende kabinetsperiode nemen de kosten van de zorg met meer dan 9 miljard euro toe. Dat is meer dan welke andere uitgavenpost ook. De stijging van de zorgkosten beperkt de mogelijkheden voor extra uitgaven voor klimaat, defensie, veiligheid en onderwijs. Een nieuw kabinet moet daarom maatregelen nemen om de stijging van de zorgkosten te beperken.

Omdat de formerende partijen daar zelf niet uit lijken te komen en ook de beide topambtenaren geen concrete plannen op tafel legden, volgen hier zeven voorstellen voor kostenbeheersing in de zorg die de formerende partijen zo in hun coalitieakkoord kunnen opnemen.

1. Pak de personeelstekorten in de zorg aan

De eerste aanbeveling lijkt op het eerste gezicht geen bezuiniging. Om de personeelstekorten te verminderen moeten de salarissen van het zorgpersoneel omhoog. Maar door de aanpak van de tekorten kan er ook flink gespaard worden. Het ziekteverzuim in de zorg is torenhoog. Dat was al het geval voor de coronacrisis en tijdens de crisis is het verzuim alleen maar gestegen. De zorg zorgt slecht voor haar eigen personeel. Met het terugdringen van het ziekteverzuim valt heel veel te besparen.

Hetzelfde geldt voor het verminderen van het personeelsverloop. Het hoge verloop is een enorme verspilling van kennis en ervaring. Het hoge verloop en ziekteverzuim zijn symptomen met de dezelfde oorzaak: slecht personeelsbeleid. Bestuurders van ziekenhuizen en andere grote instellingen hebben meestal weinig aandacht voor het personeelsbeleid. Dat moet veranderen.

Maak daarom bestuurders verantwoordelijk voor verminderen van het verloop en het ziekteverzuim. Als zij niet zorgen voor betere arbeidsomstandigheden, een goede werksfeer, meer autonomie in het werk voor verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers en voor minder bureaucratie in hun instelling, moet dat persoonlijke consequenties hebben voor bestuurders. Zorgverzekeraars zouden hierover in hun contracten met ziekenhuizen ook afspraken moeten maken: geen goed personeelsbeleid, dan andere bestuurders.

2. Pak de uitgaven aan waar we internationaal uit de pas lopen…

De uitgaven aan ziekenhuiszorg zijn in ons land lager dan in België of Duitsland. Wij geven ook veel minder uit aan geneesmiddelen. De belangrijkste oorzaak hiervan is dat huisartsen in Nederland patiënten veel minder vaak doorverwijzen naar het ziekenhuis en minder geneesmiddelen voorschrijven.

We lopen uit echter de pas bij de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg. De uitgaven aan langdurige zorg zijn in ons land drie keer zo hoog als in Duitsland. Het aantal mensen dat geestelijke gezondheidszorg gebruikt is vier keer zo hoog als elders in Europa. Hier moet een nieuw kabinet wat aan doen.

In de verpleeghuizen zouden bewoners voortaan huur moeten gaan betalen of een appartement moeten kunnen kopen. Ons hele leven betalen we huur of rente en aflossing voor de hypotheek. Waarom dan niet in het verpleeghuis. De zorg in het verpleeghuis kunnen mensen die dat willen soms ook thuis krijgen. Dan is het logisch dat omgekeerd ook gewoon huur wordt betaald voor wonen in het verpleeghuis.

Nu is het vaak zo dat als ouders naar het verpleeghuis gaan, de kinderen vast een deel van de erfenis opstrijken terwijl de kosten van verpleeghuiszorg grotendeels op de samenleving worden afgewenteld. Dat is niet langer houdbaar. Het CPB heeft berekend dat als verpleeghuisbewoners huur gaan betalen dat een besparing van 2 miljard oplevert.

…en betaal zelf voor alledaagse problemen

Het grote aantal mensen dat gebruik maakt van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komt deels door de laagdrempelige toegang tot de GGZ. De kosten voor de gebruiker zijn laag en ook voor problemen die tot het alledaagse leven horen, zoals rouwverwerking of somberheid, is professionele hulp beschikbaar.

Nergens ter wereld worden er ook zo veel psychiaters en klinisch psychologen opgeleid als in Nederland. Om deze kosten te beteugelen zouden mensen voortaan hulp bij het oplossen van problemen die tot het normale leven horen, zoals zingevingsvragen, somberheid, rouwverwerking of een negatief zelfbeeld, zelf moeten betalen.

Deze levensvragen komen nu voor vergoeding door de zorgverzekering in aanmerking als er een diagnose ‘depressie’ op wordt geplakt. In de regel gebeurt dat nu te gemakkelijk. Alleen ernstige psychische en psychiatrische aandoeningen zouden voortaan nog collectief via de zorgverzekering vergoed moeten worden.

3. Pak de fraude in de zorg aan

De toeslagenaffaire leidt er toe dat de aandacht voor fraude weer is verslapt. Met de aanpak van fraude valt veel geld te besparen. De georganiseerde misdaad heeft inmiddels de zorg als verdienmodel ontdekt. Naar schatting 3-10% van de uitgaven die gemeenten doen voor Wmo en Jeugdzorg zijn onrechtmatig. Dan heb je het over 375 miljoen tot 1,25 miljard euro aan onrechtmatige bestedingen per jaar alleen al voor de Wmo en de Jeugdzorg.

Als de gemeenten dit zouden aanpakken, zouden ze daarmee hun tekorten op de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg grotendeels kunnen oplossen en hoeven ze niet meer bij de Rijksoverheid aan te kloppen voor weer extra geld.

Ook in de Zorgverzekeringswet kan meer aan fraudebestrijding worden gedaan. Zorgverzekeraars zijn nu vaak gedwongen om een groot deel van de rekeningen te betalen van zorgaanbieders waarmee ze geen contract hebben omdat ze vinden dat de kwaliteit van deze zorgverleners beneden de maat is of ze vermoeden dat er gesjoemeld wordt. Zorgverzekeraars zijn hiertoe gedwongen omdat ze de keuzevrijheid van patiënten bij het kiezen van hun zorgverlener niet mogen beperken. Dit is een absurde situatie.

Het geld dat we met zijn allen opbrengen via de zorgverzekeringspremies mag niet in zakken verdwijnen van zorgverleners die benedenmaatse zorg leveren. Artikel 13 van de zorgverzekeringswet die sjoemelende zorgverleners deze mogelijkheid biedt, moet zo snel mogelijk worden afgeschaft.

4. Pak waar mogelijk dure geneesmiddelen aan

Op Denemarken na zijn de uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland de laagste in Europa. De uitgaven aan geneesmiddelen stijgen ook al jaren minder snel dan de totale zorguitgaven. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn niet het probleem, de soms te hoge prijzen soms wel. Niet altijd.

Generieke geneesmiddelen, geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die door meerdere fabrikanten worden geproduceerd, zijn vaak spotgoedkoop. Een maandvoorraad van een generiek geneesmiddel kost vaak minder dan een kop koffie in een café. Een te lage prijs voor generieke geneesmiddelen is ook

ongewenst, want dit leidt soms tot leverings- en kwaliteitsproblemen en tot grote afhankelijkheid van lagelonenlanden als China en India.

Als we onze economische afhankelijkheid van China willen verminderen en we meer generieke geneesmiddelen in Europa willen maken, zullen we bereid moeten zijn een hogere prijs voor deze geneesmiddelen te betalen. In Europa kunnen deze generieke middelen immers niet zo goedkoop gemaakt worden als in India en China.

Hoewel de totale uitgaven aan geneesmiddelen relatief laag zijn, zijn sommige geneesmiddelen wel te duur. Dit geldt voor sommige geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. Door verkeerde regelgeving van de Europese Commissie kunnen geneesmiddelen plotseling enorm veel duurder worden als ze worden toegelaten voor de behandeling van zeldzame aandoeningen. Deze perverse regelgeving door de Europese Commissie moet worden aangepakt.

Nieuwe dure geneesmiddelen zouden veel meer gezamenlijk moeten worden ingekocht. Deels gebeurt dit al. Ziekenhuizen werken meer dan vroeger samen bij de inkoop van geneesmiddelen. Voor een klein deel van de heel dure geneesmiddelen wordt de inkoop gedaan door het ministerie van VWS en er zijn ook initiatieven om heel dure geneesmiddelen gezamenlijk met België, Luxemburg, Ierland en Oostenrijk te gaan inkopen. Deze bundeling van inkoopmacht moet verder worden uitgebreid, want gezamenlijke inkoop versterkt de onderhandelingsmacht ten opzichte van de farmaceutische bedrijven.

5. Maak een einde aan de financiële kadootjes aan de midden- en hogere inkomens

Stop met het abonnementstarief in de Wmo. Een van de eerste beleidsdaden van Hugo de Jonge als minister van Volksgezondheid was het vervangen van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo door een vast abonnementstarief van €19 per vier weken.

Dit heeft huishoudelijke hulp en andere Wmo-voorzieningen voor de midden- en hogere inkomens een stuk goedkoper gemaakt. Zij hebben hiervan geprofiteerd door de werkster te vervangen door een door de gemeente betaalde huishoudelijke hulp. Hierdoor zijn de Wmo uitgaven met meer dan €200 miljoen toegenomen. Naar verwachting zullen de uitgaven in de komende jaren nog meer gaan stijgen. Om dit

te voorkomen moeten de inkomensafhankelijke eigen bijdragen opnieuw ingevoerd worden.

Opvallend is dat het kabinet Rutte III vooral aan de midden- en hogere inkomens kadootjes uitdeelt. Zij zijn het die profiteren van het abonnementstarief in de Wmo en de bevriezing van het eigen risico in de zorg. Ook van gratis kinderopvang – een grote wens van D66 in de kabinetsformatie – profiteren vooral de hogere inkomens. Het is ironisch dat problemen die vooral lagere inkomens treffen – zoals de kinderopvangtoeslagaffaire – leiden tot maatregelen waar vooral de hogere inkomens van profiteren.

6. Maak ongezonde leefgewoonten duurder

In tegenstelling tot wat vaak wordt beweerd, leidt een gezondere leefstijl uiteindelijk niet tot lagere kosten voor de zorg. Kort door de bocht gezegd: iemand die rookt krijgt longkanker of een hartaanval en overlijdt na eerst korte tijd veel kosten voor de zorg te hebben gemaakt. Iemand die gezond leeft wordt ouder en krijgt typische ouderdomsaandoeningen als dementie, waarbij over een langere periode hoge kosten voor verpleging en verzorging worden gemaakt.

Hoewel preventie niet leidt tot lagere kosten, is het goed om meer te doen aan preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het verhoogt de levensverwachting, het aantal levensjaren in goede gezondheid en het verkleint de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit laatste komt doordat vooral lager opgeleiden vaker ongezond leven.

Effectieve interventies leveren geld op

Een tweede reden is dat de meest effectieve interventies om gezond gedrag te bevorderen, het verhogen van de belastingen op ongezonde producten, de overheid geen geld kosten maar geld opleveren. De invoering van een suikertax is een stap in de goede richting. Naast suiker zou ook een accijnsheffing op zout en onverzadigde vetten ingevoerd moeten worden. Daarmee worden producten waar veel suiker, zout of vet in zit duurder ten opzichte van gezonde producten.

Wel zouden deze accijnzen bij voorkeur in Europees verband ingevoerd moeten worden. We zien namelijk dat naarmate sigaretten duurder worden door verhoging

van de accijnzen op tabak, het aantrekkelijker wordt om op zaterdag de auto te nemen en in Luxemburg, waar sigaretten een stuk goedkoper zijn, flink wat in te slaan.

7. Benoem een minister met kennis van zaken die bereid is keuzes te maken.

De 'scherpe keuzes' die volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in de zorg noodzakelijk zijn, worden alleen gemaakt als een minister bereid is tegen de stroom in te roeien. Politieke partijen willen niet bezuinigen op de zorg. Alle politieke partijen in de Tweede Kamer willen meer geld uitgeven aan zorg dan de extra €9 miljard waar het CPB rekening mee houdt.

In de vier jaar dat Hugo de Jonge minister van Volksgezondheid was, zijn de zorguitgaven met €18 miljard gestegen. De 'handrem' was er af, aldus *de Volkskrant* afgelopen maandag over de huidige kabinetsperiode. De krant vergoelijkt het uitgavenbeleid met de constatering dat De Jonge bij zijn aantreden weinig wist van het complexe zorgstelsel. Toen hij het eenmaal door had, brak de coronacrisis uit en had Hugo de Jonge andere dingen aan zijn hoofd.

Zou het echt zijn? De coronacrisis begon tijdens het laatste jaar van deze kabinetsperiode. Een minister die echt wil veranderen, doet dat in de eerste jaren van zijn of haar ministerschap. Het laatste jaar is het te laat, dan ben je als minister al op weg naar de uitgang. *De Volkskrant* weet ook te melden dat Hugo de Jonge nog vier jaar minister wil blijven. Het is niet te hopen dat dit ook zal gebeuren. Een nieuw kabinet moet een minister van Volksgezondheid hebben die de zorg kent en bereid is om de 'scherpe keuzes' maken waar bijna iedereen in Den Haag om roept, maar vrijwel niemand toe bereid is.