

Vergaderjaar 2020–2021

35 738

Initiatiefnota van het lid Van den Berg over «Naar minder ziekte en betere zorg: Ontzorg de zorg voor behoud van solidariteit»

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

I. Inleiding

In Nederland zijn we gezegend met kwalitatief goede zorg en zorgverleners die zich met passie en met zorg om je bekommeren. De zorg in de coronacrisis onderschrijft dat weer. En dat wil de initiatiefnemer graag zo houden. Zorg moet voor iedereen beschikbaar en bereikbaar zijn en blijven, of je in of juist buiten de Randstad woont. Dat kan alleen als we solidair blijven met elkaar en de zorg betaalbaar houden. In een zorgstelsel horen gezonde mensen solidair te zijn met hen die ziek zijn (risicosolidariteit), de ene generatie met de andere generatie (generatiesolidariteit) en welgestelden met minder bedeelden (inkomenssolidariteit).

Maar de betaalbaarheid van zorg is een probleem op zich. Goede zorg mag best wat kosten, maar ondanks dat de overheid steeds meer geld uitgeeft aan de zorg lopen de kosten verder op. Ook hebben steeds meer mensen moeite om alle premies, eigen risico en eigen bijdrages te betalen waarbij er met tegemoetkomingen zoals de zorgtoeslag een ingewikkeld systeem is gecreëerd. Waarbij financiële schotten tussen systemen elkaar tegen lijken te werken. Zorgaanbieders worden betaald om zorg te leveren in plaats van bij te dragen aan een goede kwaliteit van leven. Veel mensen in Nederland maken zich zorgen of ze nu en in de toekomst nog wel de juiste zorg, medicijnen en ondersteuning kunnen krijgen en betalen. De technologische en medische vooruitgang dragen bij aan een toename in levensverwachting. Hierdoor verandert de zorgvraag, want Nederlanders worden steeds ouder en de laatste jaren van het leven gaan gepaard met lichamelijke ongemakken en/of dementie en een stijgende zorgvraag. Een voorbeeld: in 2017 hadden patiënten gemiddeld 4,4 keer contact met de huisartsenpraktijk, maar patiënten van 85 jaar en ouder hadden in dat jaar gemiddeld 13 keer contact.

De verwachting is dat er in 2030 ruim 2 miljoen ouderen van 75 jaar of ouder zijn (12% van de bevolking). In 2018 waren er circa 1,4 miljoen ouderen (8% van de Nederlandse bevolking).

De initiatiefnemer vindt het belangrijk niet weg te lopen voor de discussie over hoe we de zorg voor de komende generaties betaalbaar houden. De initiatiefnemer vindt het hierbij heel belangrijk enkele uitgangspunten te hanteren. We willen immers dat de zorg voor de meest kwetsbare mensen (denk hier aan de ouderen en mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn) beschikbaar en bereikbaar blijft. Niet gelijk denken aan hogere eigen betalingen maar kijken wat er in het systeem zelf verbeterd kan worden. Mensen die zorgafhankelijk zijn moeten zich geen zorgen hoeven te maken. Zij moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede toegankelijke en betaalbare zorg op de korte maar zeker op de lange termijn.

In deze nota oppert initiatiefnemer een aantal voorstellen die in het huidige systeem kunnen bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg voor nu en voor toekomstige generaties. Dat is een continu proces en nodig om te zorgen dat jong en oud, mensen met een hoog en een laag inkomen, gezonden en zieken solidair blijven met elkaar. Dat is volgens initiatiefnemer het fundament van het huidige systeem en ook wat het systeem zo mooi maakt. Solidariteit betekent: we zorgen voor elkaar. Daarbij accepteren we dat het geven en nemen tussen mensen verschilt.

II. Achtergrond en aanleiding: betaalbaarheid van de zorg staat onder druk

Zorg moet dus beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn volgens initiatiefnemer. Met betrekking tot beschikbaarheid en bereikbaarheid heeft initiatiefnemer diverse voorstellen gedaan; deze zijn samengevat in de bijlage.

Echter, over de fundamenteën van de betaalbaarheid van de zorg wordt naar mening van de initiatiefnemer wel gesproken maar de urgentie op korte termijn lijkt te ontbreken. Dit terwijl betaalbaarheid echt een probleem is en verder wordt. Het verplicht eigen risico van 385 euro is nog nooit zo hoog geweest en de premies voor de basisverzekering stijgen ieder jaar. Zo stijgen de zorgpremies in 2021 tussen de 3,5% en 9%.

Volgens de Miljoenennota geeft Nederland 86,7 miljard euro uit aan zorg: via de Zorgverzekeringswet, de Wet Langdurige Zorg en via de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Tel daar door de gemeente betaalde jeugdzorg en de ondersteuning via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bij op en je zit op bijna 100 miljard euro. Dat betekent dat van iedere zeven euro die verdiend wordt er één naar de zorg gaat.

Het macro-beslag op de publieke uitgaven stijgt dan ook al jaren. De zorg is het koekoeksjong in de begroting met een automatische stijging waar andere sectoren zoals het onderwijs alleen maar van kunnen dromen. Hierdoor worden andere uitgavenposten weggedrukt.¹ Met de Hoofdlijnenakkoorden wordt er dan ook niet bezuinigd in de zorg; het is een poging minder hard te groeien om de toenemende zorgvraag door de demografische groei van 1–3% op te vangen.

De economie groeit en daarmee ons bruto binnenlands product (bbp). Dus het is logisch dat zorguitgaven daarin meegroeiën. Echter, waar de uitgaven voor onderwijs als percentage van het bbp in twintig jaar slechts licht is gestegen, is het percentage aan zorguitgaven bijna verdubbeld. Oorzaak is ook dat het aantal mensen dat zorg nodig heeft, is toegenomen. De stijging van de kosten is begrijpelijk maar niet houdbaar.

¹ Financieel Dagblad, «Koekoeksjong», 18 juli 2020.

Het betekent dat nog meer belasting en/of zorgpremie nodig is om onderwijs, milieu, infrastructuur, defensie etc. op peil te houden of dat we op deze posten moeten bezuinigen. Dat is voor inwoners ook direct zichtbaar geworden. Zo was het verplicht eigen risico bij de introductie in 2008 nog 150 euro en nu al enkele jaren 385 euro. De premie voor een zorgverzekering is in 2021 gemiddeld 1.473 euro per jaar voor een volwassene. Kinderen tot 18 jaar zijn «gratis» in de zin dat ze met belastingopbrengsten worden betaald via de begroting van VWS. De totale zorguitgaven per volwassene zijn bijna 6.000 euro, zo laat de begroting van VWS voor 2021 zien. Dat betekent dat de koopkrachtverhoging zelfs teniet wordt gedaan. De Middel Lange Termijnvisie 2022–2025 van het CPB laat zien hoe zorguitgaven met gemiddeld 2,7% per jaar stijgen terwijl de economische groei maar met 1,1% stijgt.

Dat betekent dat mensen minder geld uit kunnen geven aan opvoeden van kinderen, woning, voeding etc. De middeninkomens zullen dit het sterkst merken omdat zij geen compensatie ontvangen via de zorgtoeslag.²

Met deze zorgtoeslag wordt 5 miljard euro aan geld rondgepompt: veel administratie en voor mensen is vaak onduidelijk dat zorgtoeslag bedoeld is om de zorgpremie te kunnen betalen. Initiatiefnemer zou dit graag anders georganiseerd zien maar dat is niet het onderwerp van deze nota.

Het CPB heeft met onderzoek in 2018 laten zien dat de kosten voor de zorg stijgen door vijf oorzaken: technologie, meer (medicamenteuze) behandel-mogelijkheden, welvaartstijging, vergrijzing en bevolkingsgroei.

Het rapport «*De Brede herwaardering zorg: Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*» uit april 2020 bevestigt ook het beeld van de alsmear stijgende zorgkosten. En ja, goede zorg is een groot goed. Maar er moet ook geld blijven zodat de volgende generatie ook goede omstandigheden heeft voor investeringen in onderwijs, klimaat & natuur en defensie. En naast goede zorg is bestaanszekerheid een fundamentele behoefte. En die kan in de knel komen doordat je ziek wordt, beperkingen krijgt, in een economische recessie belandt of gewoon door domme pech: je wordt arbeidsongeschikt door een ongeluk. Daarvoor is sociale zekerheid en ook daarvoor moeten we voldoende middelen houden.

Tabel 1: Hoogte van de Rekenpremie en Eigen Risico, in euro's, 2006–2020

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rekenpremie	1.030	1.103	1.053	1.064	1.110	1.224	1.253	1.213
Eigen Risico	¹	¹	150	155	165	170	220	350

¹ Het Eigen Risico is in 2008 pas ingevoerd. In de jaren daarvoor gold een no claim korting van 255 euro

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rekenpremie	1.098	1.158	1.243	1.326	1.324	1.380	1.373
Eigen Risico	360	375	385	385	385	385	385

Tabel 2: Uitgaven gezondheidszorg (internationale definitie) 2006–2019¹

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Euro (mld)	53,08	56,05	60,04	62,44	64,91	66,56	68,82

² <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoelagen/zorgtoeslag/voorwaarden/inkomen/bedragen-zorgtoeslag-per-maand> en <https://www.dfbonline.nl/begrip/21897/middeninkomen>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Per Nederlander	3.247	3.422	3.651	3.777	3.907	3.987	4.107

¹ CBS Statline, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=1D372>.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Euro (mld)	69,90	70,96	71,24	72,92	74,26	77,20	80,92
Per Nederlander	4.160	4.208	4.205	4.282	4.334	4.480	4.665

III. Uitgangspunten en relevante ontwikkelingen

Solidariteit

Zorg moet voor iedereen betaalbaar blijven. Dan zijn mensen ook bereid solidair te blijven. Meebetalen voor minder bedeelden is daar een onderdeel van. Gezonden betalen voor zieken, welgestelden voor minder bedeelden en jongeren betalen voor ouderen. Maar als het eigen risico en de premie te hoog worden, vinden mensen wat ze voor hun premies terugkrijgen niet in verhouding staan tot wat ze nodig hebben. Dan verdwijnt de solidariteit. En dan wordt zorg alleen nog beschikbaar en bereikbaar voor mensen met een goede portemonnee. Dat is niet de samenleving die de initiatiefnemer voorstaat. Solidariteit moet het fundament blijven waarop onze samenleving en de zorg zijn gebouwd.

Vergrijzing

Als je ouder wordt heb je meer kans dat je wat gaat mankeren en dat je dus zorg nodig hebt. Tot 2040 gaat Nederland sterk vergrijzen. In 2040 is 1 op de 4 mensen ouder dan 65 jaar. Dat betekent een «autonome» stijging van zorgkosten.

Het CPB heeft in december 2019 het onderzoek *Zorgen om Morgen: Vergrijzingsstudie 2019* gepubliceerd. Het zogenoemde houdbaarheids-saldo is omgeslagen in een tekort. Oorzaken zijn het kabinetsbeleid en de stijging van de zorguitgaven. Dit betekent dat de overheidsuitgaven in de toekomst meer stijgen dan de overheidsinkomsten. Dat is onhoudbaar want daarmee zet je volgende generaties in de schulden. Dan betalen jongeren de rekening.

Ook het in 2020 verschenen rapport van de Sociaal Economische Raad: *Zorg voor de toekomst: over toekomstbestendigheid van de zorg* laat op indringende wijze de gevolgen van de vergrijzing zien en onderschrijft de noodzaak tot nemen van maatregelen.

De oorzaak van de kostenstijging ligt door de vergrijzing met name in de ouderenzorg maar ook door nieuwe technologieën en medicijnen en een afnemend aantal mantelzorgers.

IV. Probleemschets en reeds ingezette acties

De enige oplossing om de zorg betaalbaar te houden voor alle inwoners en solidariteit tussen jongeren en ouderen te behouden is niet door harder maar door slimmer en anders te gaan werken. «*Don't work harder, work smarter*» zei industrial engineer Allen F. Morgenstern al in de jaren dertig. Harder werken is de oplossing niet, ook al omdat er al hard gewerkt wordt in de zorg.

A. Verlagen van de administratieve lasten en aanpak ICT

Zorgmedewerkers willen zorg verlenen en geen administratie verrichten. Maar wie je ook spreekt in het veld: overal wordt – terecht – geklaagd over administratieve lasten. Deze leggen een enorm beslag op de zorguitgaven. Onderzoek van Berenschot in juni 2020 laat zien dat alleen al in de verpleeghuissector 25.000 medewerkers bezig zijn met administratie.⁴ De beweging «(Ont)regel de zorg» meldde in 2017 dat uit onderzoek is gebleken dat zorgverleners tot 40% van hun tijd aan administratie besteden.⁵ Even een rekenvoorbeeldje: ziekenhuizen kosten jaarlijks samen 27 miljard euro.⁶ Ongeveer tweederde – 18 miljard dus – daarvan zijn arbeidsgerelateerde kosten. 40% daarvan is 7,2 miljard euro die dus wordt besteed aan administratie.

Het is goed dat er al verschillende acties zijn ingezet om het logge beest van minder administratie aan te pakken zoals verminderen van verantwoording, eenduidiger maken en automatiseren van verantwoording, betere communicatie tussen ICT-systemen ondersteund door wetgeving. Dit vereist bereidwilligheid en samenwerking van alle partijen.

Zo is er nu een grote variatie aan ict-systemen die onderling niet gekoppeld kunnen zijn en dus geen gegevens kunnen uitwisselen. Men werkt daarom nog regelmatig met floppy disks en de fax. Extra complicatie is dat er slechts enkele leveranciers zijn van ict-systemen. Daarnaast zijn registraties niet volledig betrouwbaar. Ziekenhuizen hebben apothekersassistenten in dienst om van iedere patiënt die binnenkomt te inventariseren welke medicatie wordt gebruikt. Het Ministerie van VWS heeft wetgeving aangekondigd waarmee systemen verplicht worden met elkaar te kunnen communiceren en eenduidig van taal en techniek moeten worden.

Daarnaast is de Autoriteit Consument en Markt (ACM) gelukkig een onderzoek gestart naar aanmerkelijke marktmacht van ict-leveranciers in de zorg. Ziekenhuizen kunnen slechts kiezen uit drie systemen: ChipSoft (ca 60% van de markt), EPIC (ca 30% van de markt) en Nexus (ca 10% van de markt), maar eenmaal gekozen, zitten ze in een vendor lock, in feite zitten ze «gevangen» bij een bepaalde leverancier. Ziekenhuizen zijn compleet afhankelijk van de leverancier qua tempo van aanpassingen en aard van aanpassing; bijna alle gebruikers zijn ontevreden over de effectiviteit en gebruikersvriendelijkheid van het systeem, maar de leverancier bepaalt. ChipSoft heeft echter als leverancier intussen 45% winstmarge.^{7 8}

B. Reduceren van de productieprikkel

De zorg is nu een gereguleerde markt. Dat zou moeten leiden tot concurrentie en daarmee tot innovatie en efficiency. Maar ondanks de regulering leidt die marktwerking op sommige terreinen tot perverse prikkels en wordt het tegenovergestelde bereikt. Dat is ook de reden dat de initiatiefnemer van mening is dat de mogelijkheid er moet zijn medisch-specialisten meer in loondienst te nemen. Dit om perverse productieprikkels weg te nemen en bestuurbaarheid van ziekenhuizen te

⁴ <https://www.actiz.nl/nieuws/administratieve-lasten-kosten-verpleeghuiszorg-25.000-fte>.

⁵ Zorgvisie, «Zorgverleners besteden 40 procent van hun tijd aan administratie (20 november 2017) <https://www.zorgvisie.nl/administratie-zorgprofessionals/>.

⁶ <https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/item/omzet-ziekenhuizen-groeit-30-in-6-jaar-tijd/>.

⁷ <https://www.ftm.nl/artikelen/peperduur-patientenportaal-houdt-innovatie-tegen?share=kPxXBkafZIEv3fxsAm8s%2BEBkYYSXeC4BcMm2d%2BjEpo3qj8AtVs4jn2Dg5jGm>.

⁸ <https://www.skipr.nl/nieuws/kartelwaakhond-zet-tanden-in-zorg-ict/>.

bevorderen. De subsidieregeling die een overstap van vrijgevestigd specialist naar loondienst moet stimuleren, heeft helaas te weinig effect. De initiatiefnemer is dan ook voorstander van een onderzoek naar de juridische aspecten van een overstap medisch specialisten naar loondienst.⁹

In die lijn past ook om acute zorg meer te financieren op basis van beschikbaarheid dan op basis van aantal behandelingen. Het rapport van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit «*Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is NU*» ondersteunt dat.¹⁰

C. In beginsel alleen zinnige zorg vergoeden

Van ca 10–15% van de zorg weten we dat het bewezen niet-effectief is. Op dit moment is 50% van de zorg niet-bewezen effectief. Professor Sjoerd Repping is bij het Zorginstituut gestart met het project «*Zorgevaluatie & Gepast Gebruik*»: uitkomsten zouden bepalend moeten zijn. Er zijn al 100 punten vastgesteld die nu al geïmplementeerd kunnen worden. Daarnaast stelden de academische ziekenhuizen in 2016 een «Beter niet doen»-lijst op van 1366 niet-effectieve medische handelingen.¹¹ In november 2020 verscheen het rapport van Zorginstituut & Nederlandse Zorgautoriteit «*Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is NU*». Volgens bestuursvoorzitters Marian Kaljouw en Sjaak Wijma van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut zet hun advies «*een punt achter de vrijblijvendheid die heerst in de zorg en die uitgaat van de gedachte dat alles wat kan, vergoed moet worden. Er komt minder vrijblijvendheid, het is tijd voor samenwerking op basis van harde afspraken.*»¹²

PROMS (Patient Reported Outcome Measures), PREMS (Patient Reported Experience Measures) c.q. kwaliteitsregistraties/benchmarking ondersteunen kwaliteitsverbetering en zorgen voor een lerende cultuur. Bijvoorbeeld zoals de orthopedie dat heeft: een database waarmee iedere patiënt gevolgd wordt en waarmee men dus ook kan zien hoe een ziekenhuis presteert en er een lerende cultuur ontstaat (LROI: Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten). Ook voor spoedende hulp is er een kwaliteitsregister: NEED: Netherlands Emergency department Evaluation Database (waar helaas nog maar enkele ziekenhuizen aan meedoen).

D. Opschalen van EHealth en technologische innovaties

In zijn – op voorstel van initiatiefnemer uitgebrachte – rapport «*Van deelbelangen naar gedeeld belang*» stelt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving in de zomer van 2020 terecht dat bereikbaarheid van zorg ook een onderdeel van kwaliteit is.¹³

Die bereikbaarheid van zorg staat echter steeds meer onder druk. Met name in dunbevolkte gebieden. EHealth kan daarbij helpen. Iedereen begrijpt dat je geen nachtapotheek kunt openhouden voor een paar

⁹ Uit de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen Zorg (bijlage bij TK 2019–20, 32 359, nr. 4) blijkt dat de precieze juridische uitvoering en risico's, op dit moment nog niet geheel zijn uitgewerkt.

¹⁰ NZa, «Adviesrapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg», 27 november 2020.

¹¹ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/umcs-presenteren-beter-niet-doen-lijst.htm>

¹² <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/11/30/zorginstituut-en-nza-schetsen-in-advies-randvoorwaarden-passende-zorg>.

¹³ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, «Van deelbelangen naar gedeeld belang, een handreiking voor regie op toegankelijke acute zorg» (2020).

patiënten. In de gemeente Sluis is dat opgelost door een robot-apotheek die bediend wordt vanuit Vlissingen.¹⁴

Maar de coronatijd heeft geleerd dat EHealth ook in drukbevolkte regio's adequaat kan zijn. Je bespaart bijvoorbeeld reistijd naar de arts. Ook geeft videobellen in bijvoorbeeld de GGZ soms zelfs betere resultaten, omdat men iemand zes keer kort in eigen omgeving ziet in plaats van een uur achter een bureau van een arts. Een ander voorbeeld is dat een specialist in een ander ziekenhuis op afstand kan meekijken.

Er zijn naast eHealth-toepassingen ook nieuwe technologieën die tijd- en kostenbesparend zijn omdat een grote operatie wordt vermeden.¹⁵

Terecht moet bij nieuwe behandelingen eersteonderzocht worden of het effectieve zorg is. Echter, daarna duurt het vaak lang voordat bewezen nieuwe technologieën worden geaccepteerd en in beroepsrichtlijnen worden verwerkt. En er is vaak sprake van het *not-invented-here-syndroom*. Het is goed dat de Minister actie onderneemt om de opschaling van kostenbesparende innovaties te versnellen.

V: Voorstellen

Om de zorg te ontzorgen zijn er dus al diverse acties ingezet. Deze liggen met name op het terrein van structuur en systeem. Echter, volgens initiatiefnemer is er nog weinig aandacht voor de culturele component. En we weten dat door aanpassen van structuren niet automatisch ook culturen veranderen. Vandaar de volgende voorstellen.

Voorstel 1. De-medicaliseren

Omdat men technisch steeds meer kan, is een mens ook eerder «ziek». Zoals een cardioloog ooit aan de initiatiefnemer zei: «*Iemand die gezond is, daar hebben we gewoon nog te weinig aan gemeten.*» Oftewel: er is altijd wel wat te vinden. Maar het feit dat iets technisch kan betekent nog niet dat het medisch noodzakelijk of wenselijk is. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseerde daarom in 2017 al om te stoppen met de medicalisering van levensfasen.¹⁶

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat die trend van medicalisering in hoge mate.¹⁷ Aanbod creëert vraag in de zorg en als je het maar een naam kunt geven dan mankeert iemand dus iets. Terwijl de oorzaak ligt in het sociale domein of er een zingevingsvraag is.

Zorg zou niet in de eerste plaats een medische handeling moeten zijn, maar een betekenisvolle relatie die toevoegt aan de kwaliteit van leven. Zorg is niet alleen *helen* maar ook *omzien naar elkaar*. Uit internationale vergelijking blijkt dat Nederland echter meer dan andere landen aan GGZ-zorg uitgeeft en dat we relatief veel psychiaters en psychologen hebben per 100.000 inwoners.¹⁸

¹⁴ <https://www.serviceapotheek.nl/sluis/herhaalservice>.

¹⁵ <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/behandelingen/hartklepoperatie>.

¹⁶ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, «Recept voor maatschappelijk probleem, Medicalisering van levensfasen» (maart 2017).

¹⁷ <https://www.zorgvisie.nl/problemen-in-ggz-komen-door-groei-aanbod-lichte-ggz-zorg/>

¹⁸ Zie het schrijven van hoogleraar Damiaan Denys <https://www.trouw.nl/zorg/er-zijn-niet-te-weinig-psychiaters-er-zijn-er-te-veel~b1a508cc/>.

Transformatie naar de GGZ van de toekomst is naar mening van de initiatiefnemer dan ook noodzakelijk, zowel in de benadering van de cliënt/patiënt (focus op gezondheid en wat je wel kunt in plaats van op ziekte) als in de wijze van het organiseren van de zorg.¹⁹

Zo staat letterlijk in het onderzoek van mei 2020 van het Trimbos Instituut over de GGZ²⁰: «Een substantieel deel van de zorgkosten is vermijdbaar en onnodig. (...) De helft van de ziektegevallen in Nederland is in principe vermijdbaar. (...) Uit onderzoek weten we dat psychische problemen sociale determinanten hebben.»

Mensen zijn eenzaam, hebben zingevingvragen, geen of een klein sociaal netwerk of liggen wakker van de schulden of een kind dat aan drugs verslaafd is. De samenleving wordt steeds complexer en het hebben van goede communicatievaardigheden is belangrijk. Sociale media hebben veel invloed op ons leven. Mensen komen dan in de knel omdat de wereld om hen heen te ingewikkeld is geworden. Dat geldt speciaal voor de 2,5 miljoen mensen die laaggeletterd zijn. Vaak wordt er te veel gefocust op behandelen in plaats van begeleiden en/of spreken over zingeving. Er moet minder gedacht worden vanuit ziekte en meer vanuit wat mensen kunnen. Mensen hebben steun en oplossingen nodig vanuit maatschappelijke organisaties en vanuit de gemeente maar niet vanuit de GGZ.

Voorstel 1.

Maak een actieplan om de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving te implementeren met als doel om te stoppen met de medicalisering van levensfasen.

2. Voorstel 2: hergebruik

Kringloopwinkels zijn populairder dan ooit en tweedehands auto's zijn al jaren de normaalste zaak van de wereld. Maar medische hulpmiddelen die men tijdelijk gebruikt om bijvoorbeeld te revalideren, zoals ondersteunende communicatiehulpmiddelen, worden vaak niet geretourneerd. En ook de zorgverzekeraar doet geen moeite om deze te hergebruiken. Een ander voorbeeld: trapliften die door de gemeente ter beschikking zijn gesteld, worden niet opgehaald. En in een instelling staat een «wagenpark» aan elektrische scooters terwijl deze ook gedeeld zouden kunnen worden. Dit terwijl duurzaamheid ook toegepast kan worden in de zorg. In een interview met Jeroen Meijerink, hoogleraar innovatieve chirurgie en afdelingshoofd Operatiekamer in het Radboudumc benoemt diverse vormen van duurzaamheid zoals hergebruik van disposables. «De OK gebruikt 30 tot 40 procent van alle medische materialen in een ziekenhuis en genereert 25 tot 30 procent van het ziekenhuisafval.»²¹

Voorstel 2.

Laat onderzoeken hoe medische hulpmiddelen die maar tijdelijk nodig zijn gemakkelijker geretourneerd, gecheckt op veiligheid en hergebruikt kunnen worden en maak vervolgens een actieplan om dat te realiseren.

¹⁹ Zoals ook KPMG geadviseerd heeft in 2019: KPMG, «Healthcheck GGZ, ontwikkelingen binnen de Healthcheck GGZ». Zie ook: <https://home.kpmg/nl/nl/home/insights/2019/07/healthcheck-ggz.html> en <https://www.zorgvisie.nl/kpmg-ggz-moet-roer-nu-echt-omgooien/>.

²⁰ Trimbos Instituut, «Advies over hervorming van de ggz», brief aan de Staatssecretaris van VWS van 26 mei 2020.

²¹ Medisch Specialist, «Irritatie is vruchtbare grond voor verandering», december 2020.

3. Voorstel 3: Ontpillen

Voorkomen is beter dan genezen, zegt een oud gezegde terecht. En het is goedkoper. Maar men kan zelfs halverwege keren. Zo hebben veel diabetes II-patiënten geen medicatie meer nodig nadat ze eetgewoonten en leefstijl aanpasten.

David van Bodegom, verouderingswetenschapper, laat in zijn boek *Ontpillen* zien dat men door andere eetgewoonten en leefstijl ook bij andere ziektes kan *ontpillen* en dat medicatie dan vaak niet meer nodig is. Nu zijn er 4 miljoen Nederlanders die bloeddrukverlagers gebruiken, 3 miljoen die maagzuurremmers gebruiken en 2 miljoen die cholesterolverlagers gebruiken. Ouderen die soms tientallen pillen slikken hebben zoveel bijwerkingen dat ze worden aangezien voor dement.

In een artikel in de *European Journal of Clinical Pharmacology* wordt beschreven hoe ouderen vaak te veel en niet-passende medicatie krijgen.²² Bovendien wordt de rol van sommige niet-farmacologische strategieën (zoals lichaamsbeweging) bij oudere volwassenen sterk onderschat.

Enkele andere voorbeelden van hoe verspilling en overmedicatie te vermijden zijn:

- Het aangenomen voorstel van initiatiefnemer van maart 2019 dat van het Zorginstituut eist dat bij (oncologische) geneesmiddelen die de sluis voor dure geneesmiddelen ingaan waardoor die tijdelijk uit het basispakket gehouden worden, dan wel meer dan 50.000 euro per patiënt per jaar kosten in beginsel een biomarker aanwezig is.²³
- Beter gebruik van studiegeneesmiddelen; in een artikel in het *Pharmaceutisch Weekblad* van 8 januari 2021 staat het voorbeeld hoe bij studiegeneesmiddelen jaarlijks 100 miljoen euro wordt weggegooid.²⁴
- Het *Invoeren van een uitgebreid persoonlijk profiel (bij kanker)* zoals voorgesteld in de initiatiefnota van de leden Szazias, Van den Berg en Veldman.²⁵

Voorstel 3.

Bevorder ontpillen door mensen die *gemotiveerd* zijn te laten deelnemen aan daartoe te ontwikkelen programma's vergelijkbaar met de GLI-aanpak (Gecombineerde Leefstijl Interventie) voor mensen met obesitas.

Voorstel 4: Een goed begin is het halve werk

Uit onderzoek van o.a. het CBS²⁶ weten we dat opleiding en sociaaleconomische omstandigheden van grote invloed zijn op het aantal gezonde levensjaren dat men kan verwachten. Je ziet dat al bij de perinatale sterftcijfers.²⁷

²² D, Fialová et al, «Medication use in older patients and age-blind approach: narrative literature review (insufficient evidence on the efficacy and safety of drugs in older age, frequent use of PIMs and polypharmacy, and underuse of highly beneficial nonpharmacological strategies)» in: *European Journal of Clinical Pharmacology* (2019) 75:451–466.

²³ Kamerstukken II, 2018/19, 34 834, nr. 17.

²⁴ Bekker C., Babacan Y. en Heine R., «Verspilling van studiegeneesmiddelen met registratie», in: *Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek* (2021).

²⁵ Kamerstuk 35 383, nr. 2

²⁶ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/verschil-levensverwachting-hoog-en-laagopgeleid-groeit>

²⁷ <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/oorzaken#node-risicofactoren-voor-perinatale-sterfte>.

Om gelijke kansen te creëren, moet je daarom aan de «start» soms extra aandacht geven. Daarvoor is het project «*Nu niet zwanger*», het recente wetsvoorstel om prenataal huisbezoek te brengen aan kwetsbare vrouwen tijdens hun zwangerschap²⁸ alsmede het programma «*Kansrijke start*». Dat richt zich nu op de eerste 1.000 dagen van het leven van kinderen in kwetsbare situaties. Initiatiefnemer stelt voor dit programma uit te bouwen naar de eerste 1.500 dagen dus totdat het kind naar groep 1 van het primair onderwijs gaat.

Voorstel 4.

Breid het actieprogramma «*Kansrijke start*» uit van 1.000 dagen tot het moment dat het kind naar het primaire onderwijs gaat.

VI. Financiële consequenties

De voorstellen zijn er vooral op gericht om de gezondheidszorg voor de lange termijn juist betaalbaar te houden en zelfs goedkoper te maken. Op korte termijn zal echter op een enkel voorstel, zoals bij het uitbreiden van het actieprogramma «*Kansrijke start*», geïnvesteerd moeten worden.

V. Beslispunten

De initiatiefnemer stelt de Kamer voor de regering de volgende verzoeken te doen:

1. Maak een actieplan om de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving te implementeren met als doel het stoppen met de medicalisering van levensfasen.
2. Laat onderzoeken hoe medische hulpmiddelen die maar tijdelijk nodig zijn gemakkelijker geretourneerd, gecheckt op veiligheid en hergebruikt kunnen worden en maak vervolgens een actieplan om dat te realiseren.
3. Bevorder ontpillen door mensen die gemotiveerd zijn te laten deelnemen aan daartoe te ontwikkelen programma's, vergelijkbaar met de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI).
4. Breid het actieprogramma «*Kansrijke start*» uit van 1.000 dagen tot het moment dat het kind naar het primaire onderwijs gaat.

Van den Berg

²⁸ Kamerstuk 35 593

BIJLAGE

Beschikbaarheid

Om de beschikbaarheid van zorg te bevorderen heeft de initiatiefnemer al eerder diverse concrete voorstellen gedaan. Voorbeelden hiervan zijn het organiseren van regionale doorzettingsmacht om de wachtlijsten in de GGZ aan te pakken alsmede verplichte avond/nacht/weekend diensten voor zzp-ers in de GGZ (zoals huisartsen dat ook hebben geregeld). De Staatssecretaris van VWS is daarover nu in gesprek met het veld.

Daarnaast heeft de initiatiefnemer voorstellen gedaan om medicijntekorten aan te pakken onder andere door te gaan zorgen voor meer productie van (generieke) medicijnen en medische hulpmiddelen in Europa.²⁹ Want 75% van de antibiotica wordt nu in China en India gemaakt en tweederde van de vaccins komt uit India. Dit onderwerp is intussen Europees geagendeerd en omarmd.

Bereikbaarheid

Over de bereikbaarheid van zorg (ook in de regio) heeft de initiatiefnemer eerder al een initiatiefnota ingediend.³⁰ Want de bereikbaarheid van met name de acute zorg staat in veel regio's onder druk. Op basis van de nota is intussen wetgeving in de maak waardoor er verplicht overleg moet zijn met betrokkenen in de regio bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg.³¹

Op verzoek van de initiatiefnemer dient bovendien voortaan bij aanpassing van kwaliteitskaders naast een budget-impact-analyse ook een leefbaarheidsanalyse plaats te vinden.³² Daarmee moet inzichtelijk worden wat de aanpassing van een kader betekent voor het aanbod van zorg in een regio en daarmee voor de leefbaarheid van die regio. Daarnaast zijn zorgverzekeraars verplicht geworden regiobeelden te maken om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Want de zorgbehoefte verschilt per regio. Urk is met 2% geboortes anders dan Zeeuws-Vlaanderen waar slechts 0,7% geboortes zijn. Anderzijds heeft Zeeuws-Vlaanderen wel weer veel ouderen met chronische ziektes. Deze verschillen vragen om een ander zorgaanbod.

Verder heeft op verzoek van de initiatiefnemer³³ de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving een advies geschreven over de bereikbaarheid van acute zorg.³⁴ Conclusie van dit advies is dat bereikbaarheid ook onderdeel van kwaliteit is, maar dat dit een ondergeschoven kindje is geworden.

Ten slotte heeft initiatiefnemer in december 2020 een Actieplan huisartsen gemaakt opdat ook in de regio voldoende huisartsen worden opgeleid.³⁵

²⁹ <https://www.cda.nl/joba-van-den-berg-jansen/nieuws/cda-presenteert-pamflet-geneesmiddelenkortingen>

³⁰ Initiatiefnota «Zorg in de regio: samen kom je verder» (2018), Kamerstuk 35 138, nr. 2.

³¹ Besluit houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheid-bijdrage WVG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg

³² Motie van den Berg/Kerstens, Kamerstuk 27 295, nr. 167.

³³ Motie van den Berg/Slootweg, Kamerstuk 31 016, nr. 222.

³⁴ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, «Van deelbelangen naar gedeeld belang», bijlage bij Kamerstuk 31 016, nr. 286.

³⁵ <https://www.cda.nl/joba-van-den-berg-jansen/nieuws/cda-meer-opleidingsplaatsen-voor-huisartsen>.

Het ministerie heeft medio juli 2020 de *Houtskoolschets acute zorg* gepubliceerd.³⁶ Hoe de acute zorg optimaal ingericht moet worden, zal zeker aan de orde komen in debatten in de komende tijd.

³⁶ Bijlage bij Kamerstuk 29 247, nr. 314.