



De zorg is het dure koekoeksjong. En de Tweede Kamer is het warme nest.

Posted on 5 december 2020 by Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink

De bekostiging van de zorg is het koekoeksjong in de openbare financiën. Met deze observatie gaf de inmiddels honorair hoogleraar openbare financiën Flip de Kam van de Rijksuniversiteit Groningen aan dat de snel stijgende zorgkosten andere overheidsuitgaven dreigen te verdringen.

Die uitspraak van De Kam is meer dan tien jaar oud, maar nog altijd geldig en in 2020 nog eens aangehaald door de minister van financiën Wopke Hoekstra in een interview in het AD: “Vooral de zorg heeft het vermogen om als een koekoeksjong andere vogeltjes uit het nest te duwen”. Deze week werd dit door de Nza en het Zorginstituut nog eens herhaald: als we niets doen rijzen de zorguitgaven de pan uit en zijn we in 2040 de helft van ons inkomen kwijt aan zorgpremies.

Geld pompen in het nest van het koekoeksjong

We leven in een tijd van de omkering van alle waarden. Schulden maken is geen ondeugd meer, schulden maken is – bij gebrek aan een beter woord – goed. De

overheidsschulden nemen met miljarden toe en economen als Paul de Grauwe en anderen, roepen dat er “geld met hopen is”.

Zeker als de Europese Centrale Bank geld blijft bijdrukken, blijven we geld pompen in het nest van het koekoeksjong. De overheidsfinanciën zijn de afgelopen jaren op orde gebracht waardoor de overheid door de lage rente meer ruimte heeft om geld te lenen op de kapitaalmarkt en het begrotingstekort en de overheidsschuld kan laten oplopen. Maar hoe lang houden we het nest warm en de bek vol van de veelvraat die de zorg is?

Dat er iets moet gebeuren om de zorgkosten betaalbaar te houden, daar is iedereen het wel over eens. Maar over wat er moet gebeuren, verschillen de meningen. We hebben de afgelopen decennia van alles bedacht om de vraatzucht van de koekoeksjongen in te tomen. Meer preventie zegt de een. Meer technologie zoals videobellen en e-health zeggen anderen.

‘Passende zorg’ en minder volumeprikkels is de oplossing die de Nza en het Zorginstituut deze week aandragen in hun rapport ‘Samenwerken aan passende zorg – de toekomst is nu – Actieplan voor goede en betaalbare gezondheidszorg’. Alle voorstellen hebben een ding gemeen: ze lossen het probleem van de stijgende zorgkosten niet op.

Gezond leven maakt de zorg nauwelijks goedkoper

Preventie en gezond gedrag zijn goed voor de gezondheid en verlengen de levensverwachting, maar dragen weinig bij aan de beheersing van de kosten van zorg. Als mensen minder gaan roken, minder alcohol drinken, gezonder eten en meer bewegen vermindert dat het aantal mensen dat overlijdt aan hart- en vaatziekten, longkanker en andere vormen van kanker. De toename van de levensverwachting in de afgelopen dertig jaar komt vooral doordat minder mensen roken en daardoor aan hart- en vaatziekten overlijden.

Veel van de mensen die nu niet meer vroegtijdig aan hart- en vaatziekten of kanker overlijden, overlijden uiteindelijk aan ouderdomsziekten zoals dementie. Dementie is inmiddels de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Het RIVM becijfert dat het aantal mensen dat aan dementie overlijdt tussen nu en 2040 zal verdrievoudigen.

Dementie is een dure ziekte, waarbij mensen langdurig gebruik maken van zorg. Meer preventie en een gezondere leefstijl leidt tot een langere levensverwachting maar maakt de zorg uiteindelijk niet goedkoper.

Beeldbellen is ook niet goedkoper

E-health zou de zorg ook goedkoper maken. Tijdens de eerste golf van de coronapandemie zijn veel artsen overgestapt op beeldbellen. Voor patiënten is dat prettig: ze hoeven daardoor niet voor een consult naar het ziekenhuis. Voor een arts is een half uur beeldbellen echter even lang als een consult van dertig minuten in de spreekkamer.

De kostenbesparing van beeldbellen is gering. Als patiënten door beeldbellen frequenter contact hebben met een arts kan het zelfs kostenverhogend zijn. Hetzelfde geldt voor andere vormen van digitale zorg. Slimme meters die bijvoorbeeld continu de bloeddruk van patiënten meten geven nauwkeuriger informatie, maar ze zijn niet goedkoper dan de eenmalige bloeddrukmeting van de huisarts in de spreekkamer. Beeldbellen en andere e-health toepassingen zijn prettig voor de patiënt en kunnen bijdragen aan betere kwaliteit zorg, maar helpen niet of nauwelijks om de kosten van de zorg omlaag te brengen.

Meer verrichtingen maakt wel duur

De bekostiging van zorg is volgens velen een belangrijke oorzaak voor de stijgende zorgkosten. Als artsen worden betaald per verrichting leidt dat tot meer verrichtingen. Daar zit zeker iets in. Na de invoering van het huidige bekostigingssysteem in 2005 nam het aantal verrichtingen – en de zorgkosten – snel toe.

Maar dat was ook precies de bedoeling. Het systeem van vaste budgetten dat we voor 2005 hadden leidde er toe dat medisch specialisten soms al in oktober of november door hun budget heen waren en geen patiënten meer mochten behandelen. Lange wachttijden waren het gevolg.

Afgezwakte productieprikkel

We klagen nu dat door de coronagolf reguliere patiënten langer moeten wachten op een behandeling, maar zelfs nu de reguliere zorg is afgeschaald zijn de wachttijden

nog niet een fractie van wat ze twintig jaar geleden waren. Een wachttijd voor een staar- of een heupoperatie van meer dan een half jaar was toen heel gewoon. De afschaffing van het budgetsysteem en invoering van de prestatiebekostiging heeft ertoe geleid dat patiënten veel sneller geholpen worden.

Sinds de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem is er wel wat veranderd. Ziekenhuizen kunnen tegenwoordig niet meer ongebreideld declareren. In de contracten met zorgverzekeraars is vrijwel altijd aangegeven dat ziekenhuizen maar een bepaald maximum aantal verrichtingen bij de zorgverzekeraar in rekening mogen brengen. De productieprikkel die ook volgens de Nza en het Zorginstituut de kosten opdrijft, is dus al lang afgezwakt.

Helpt 'anders betalen'?

De Nza en het Zorginstituut willen anders gaan betalen voor de zorg. Nu krijgt elke patiënt die via de spoedeisende hulp of via een afspraak met de specialist in het ziekenhuis komt een diagnose-behandelcombinatiecode. Aan deze code zit een tarief vast dat alle kosten van diagnose en behandeling dekt.

De Nza en het Zorginstituut willen in plaats daarvan drie verschillende manieren van bekostiging. De spoedeisende hulp in het ziekenhuis moet een vast bedrag krijgen, een zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage. De zorg waarvoor je eerst een afspraak maakt, de zogenaamde electieve zorg, zou in 'bundels' gefinancierd moeten worden.

Die bundel zou niet alleen de kosten voor het ziekenhuis maar ook bijvoorbeeld de kosten van de eventuele revalidatie, fysiotherapie en wijkverpleging na het ziekenhuis moeten omvatten. Voor patiënten met chronische aandoeningen zou een 'netwerkbekostiging' moeten komen: een vast bedrag waaruit vervolgens alle zorgverleners voor de chronische patiënt uit betaald worden.

De Nza en het Zorginstituut denken dat met deze nieuwe manier van bekostigen de zorgkosten beter beheersbaar worden.

Dit is een illusie. De beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp zal ertoe leiden dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulpposten zo groot mogelijk willen laten zijn om zo een hogere beschikbaarheidsbijdrage te ontvangen. De gebundelde bekostiging voor electieve zorg zal vooral tot veel overleg en bureaucratie leiden.

Dit wordt een goudmijn voor consultants die gaan adviseren hoe het geld uit de bundel verdeeld moet gaan worden tussen ziekenhuis, revalidatiekliniek, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Hetzelfde geldt voor de netwerkbekostiging voor chronisch zieken. Hiervan zullen vooral de bureautjes die het geld gaan beheren en verdelen van profiteren. Omdat al deze consultants en bureautjes die adviseren en het geld beheren moeten worden betaald, zal deze extra bureaucratie voor veel geld kosten en weinig geld besparen.

De Tweede Kamer jaagt de zorgkosten op

En dan hebben we het nog niet gehad over de belangrijkste oorzaak van de snel stijgende zorgkosten: de Tweede Kamer. De Nza en het Zorginstituut willen dat voortaan alleen nog maar 'passende zorg' wordt vergoed: zorg die bewezen effectief is.

Daar denkt een flink deel van de Tweede Kamer anders over. Die vinden om te beginnen dat niet het Zorginstituut maar de Tweede Kamer moet bepalen welke zorg wordt vergoed en welke niet. De Tweede Kamer heeft de afgelopen jaren ook bij herhaling adviezen van het Zorginstituut om niet effectieve zorg uit het pakket te halen, geblokkeerd. Bij de wens van de Nza en het Zorginstituut om alleen passende zorg te vergoeden staat de Tweede Kamer in de weg. De Tweede Kamer wil vooral meer. Als de zorg het koekoeksjong van de openbare financiën is, dan is de Tweede Kamer een duur warm nest, waar als het om de zorg gaat niets teveel is en alles gratis lijkt.