

Vergaderjaar 2004–2005

28 852

Onderzoek naar de Zorguitgaven

Nr. 6

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 maart 2005

U heeft mij gevraagd om een kabinetsstandpunt over het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ). Aan dat verzoek voldoe ik graag. In deze brief geef ik tevens de door u gevraagde reactie op de brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) van 27 september 2004 op het rapport van de TCOZ.

De TCOZ heeft op verzoek van de Kamer onderzocht hoe het extra geld voor de gezondheidszorg in de periode 1994–2002 is besteed. De commissie komt tot de conclusie alleen op hoofdlijnen een antwoord te kunnen formuleren.

De commissie wijst wat de werking en sturing van het huidige zorgstelsel betreft op de ingewikkeldheid van dit stelsel en de verschillende graden van zelfstandigheid van instellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders en zelfstandige bestuursorganen. De commissie concludeert daarom dat de wijze van aanwending van de € 15,6 miljard aan groei van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in de genoemde periode slechts in grote lijnen toe te lichten is. De commissie constateert dat deze groei voor ongeveer de helft was bestemd en is besteed aan toename van lonen en prijzen in de zorgsector. Het overige geld was bestemd voor het leveren van meer zorg (wachlijst- en productiegeld), verlagen van de werkdruk, beheer en administratie (onder anderen geld om registraties te verbeteren en voor indicatiestelling), betere kwaliteit en zaken als privacy en ruimte in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. De commissie stelt vast dat niet één-op-één is aan te geven hoe het extra geld per instelling daadwerkelijk is besteed.

De commissie geeft ook enkele specifieke aanbevelingen waarop ik verder in deze brief graag inga.

Algemeen

De aanleiding voor de vraagstelling van de Kamer (aan de TOCZ) is duidelijk: publieke middelen moeten doelmatig en doeltreffend besteed worden. Dat geldt zeker voor de zorgsector in een periode waarin sprake was van lange wachttijden voor cliënten en hoge werkdruk voor medewerkers. Wanneer de politiek veel extra geld geeft om deze noden aan te pakken moet ook duidelijk zijn dat het geld goed besteed is en ook echt problemen heeft opgelost.

De bevindingen en conclusies van de commissie vind ik terecht. Ik deel de observaties van de commissie over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de vele verschillende partijen in de zorg en de complexe werking van het zorgstelsel. Het kabinet is momenteel bezig de sturing en bekostiging van het zorgstelsel te veranderen zodat dit ook leidt tot doelmatiger gebruik van middelen. Het huidige stelsel stimuleert onvoldoende tot de beste resultaten. Ik heb de inhoud van deze veranderingen onder meer met u besproken bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de Zorgtoeslag, de Wet Toelating Zorginstellingen, de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg en de wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres).

Sturen en bekostigen van het huidige zorgstelsel

Het wettelijke instrumentarium in de zorg de afgelopen decennia wilde enerzijds een kwalitatief verantwoord zorgaanbod in Nederland waarborgen en anderzijds de kosten die daarmee gemoeid waren, kunnen voorspellen en beheersen. Dit heeft geleid tot een stelsel waarin het controleren van de omvang van het aanbod en de hoogte van tarieven en budgetten hoge prioriteit hebben gekregen. Het accent van de sturing lag dus op de «aanbodkant» (tarieven, budgetten, infrastructuur) bij de aanbieders van zorg en niet op wat ze werkelijk presteerden en op de vraag van patiënten en cliënten.

Instellingen en beroepsbeoefenaren hadden daarnaast een relatief grote bestedingsvrijheid, in de veronderstelling dat zij het beste kunnen bepalen hoe het geld op de werkvloer het beste gebruikt wordt. Dat gedetailleerd vastleggen zou naar mijn oordeel de eigen verantwoordelijkheid en het ondernemerschap in de sector verder verstikt hebben. En dat zou – in die situatie van sturing – zeker niet tot betere resultaten hebben geleid.

Het huidige zorgstelsel – zowel in de curatieve zorg als in de AWBZ-sectoren voor de langdurige zorg – gaat uit van aanbodsturing door de overheid van (relatief) zelfstandige (vaak privaatrechtelijke) instellingen die zorg leveren. Dit stelsel kent (evenwel) geen directe aansturingrelatie tussen de minister van VWS en deze instellingen (en beroepsbeoefenaren). Het beleid van de minister van VWS komt te staan in de wet- en regelgeving, beleidsregels, subsidies en de daaraan te verbinden voorwaarden. Zo geeft de minister van VWS aanwijzingen aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) om beleidsregels te maken waardoor het budget van de instellingen wijzigt of door nieuwe subsidieregelingen goed te keuren op basis waarvan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de subsidie verstrekt. De instelling is vervolgens zelf verantwoordelijk voor het besteden van het geld en verantwoordt de besteding van het extra geld in de reguliere financiële verantwoordingen van een zorgaanbieder.

Het huidige stelsel kent dus maar een beperkte directe relatie tussen het beschikbaar stellen van extra geld door het kabinet of de minister (macro-

niveau) en het daadwerkelijk gebruik ervan door zorginstellingen en beroepsbeoefenaren voor verschillende relevante gebieden (werkdruk, extra zorg, kwaliteit etc.).

Dat betekent uiteraard niet dat er geen enkele relatie te leggen is tussen toegekende tariefverhogingen en extra budgetten en de kwaliteit en de omvang van geleverde zorg. Op macro-niveau bestaan tal van gegevens over hoeveel zorg geleverd is. Ik verwijs daarvoor naar eerdere brieven van mijn voorgangers, naar de budgettaire nota's en naar de verschillende rapporten¹ die hierover zijn verschenen. In de laatste jaren van de onderzoeksperiode (1994–2002) is de behoefte ontstaan voor het hebben van een meer samenhangend beeld. Daarom worden sinds 2002 zogenoemde brancherapporten gemaakt². Genoemde bronnen laten zien dat de werkdruk in zorginstellingen is verlicht en de wachtlijsten en wachttijden korter zijn geworden. Ook zijn er gegevens over verbeteringen in behandelmethoden en medicatie in de achterliggende periode. Ik verwijs ook naar de brief van de NVZ van 27 september 2004 waarin onder meer gegevens over zorgproductie en arbeidskosten in de periode 1994–2003 staan.

De tijdelijke Kamercommissie merkt terecht op dat het regime van «boter bij de vis» wel een duidelijke verbinding heeft gelegd tussen extra zorgverlening en extra geld dat zorgverzekeraars en zorgkantoren aan instellingen beschikbaar stelden voor kortere wachttijden. Deze direct productgerelateerde vorm van bekostiging met extra geld diende twee doelen. Enerzijds was het een belangrijke aanvulling op het klassieke bekostigingssysteem en anderzijds een eerste stap op weg naar meer fundamentele veranderingen in sturing en bekostiging waar de staatssecretaris en ik aan werken.

Naar een nieuw zorgstelsel

Het kabinet heeft momenteel een hervormingsprogramma in de zorg in uitvoering. Het toekomstige stelsel moet de patiënt centraal stellen, (doen) streven naar de beste prestatie voor de laagste prijs, ondernemerschap, innovatief gedrag, het benutten van de ruimte voor eigen verantwoordelijkheid bij burgers, en zorg leveren die past bij de vraag (behoefte) van de individuele cliënt. Partijen in de zorg moeten worden geprikkeld om doelmatig te werken, streven naar een betere zorgverlening en een betere relatie tussen vraag en aanbod van zorg.

De lopende herzieningen van het zorgstelsel veranderen de sturing en bekostiging van partijen. Centrale gedachte is dat het systeem meer prikkels moet bevatten om voldoende en kwalitatief goede prestaties te leveren en minder prikkels om de hoeveelheid input te maximaliseren. Voorwaarde daarvoor is dat de daadwerkelijke prestaties goed zichtbaar worden. Hiervoor zijn bijvoorbeeld de diagnose-behandelingscombinaties (DBC's) ontwikkeld als producten van ziekenhuisorganisaties. Ook in de AWBZ zetten wij nu een systeem op dat de bekostiging koppelt aan functies. Daarbinnen kunnen partijen lokaal afspraken maken over prestaties (zorgarrangementen) van zorgaanbieders. Deze functiegerichte bekostiging is voor extramurale zorg gestart per 1 januari 2005. Lokaal kan door te onderhandelen over prestaties worden bepaald welke zorg daadwerkelijk nodig is. De onderhandelingsvrijheid kan per sector variëren. Soms zal over omvang van de zorg, prijs en kwaliteit onderhandeld kunnen worden, in andere sectoren zal de onderhandelingsruimte vooralsnog beperkt zijn en kunnen de prijzen nog gereguleerd worden. Die prijzen zullen dan overigens ook steeds meer worden gebaseerd op geleverde prestaties in plaats van op gemaakte kosten.

¹ In antwoord op vraag 1.2 van de TCOZ zijn alle departementale, interdepartementale en externe onderzoeksrapporten gedurende de periode 1992–2002 door de minister van VWS benoemd.

² Niet-dossierstuk 2003–2004, vws0400649.

De overheid stuurt in het nieuwe stelsel dus niet meer via input, met geldstromen, maar met randvoorwaarden waarbinnen partijen hun rol kunnen spelen: het collectief verzekerde pakket, de acceptatieplicht in de zorgverzekeringwet, toelatingseisen voor zorginstellingen, het eigen risico en de eigen bijdragen van verzekerden en zorggebruikers et cetera. Sturen op prijzen blijft mogelijk waar markten (nog) onvoldoende functioneren. Het daadwerkelijke niveau van de zorguitgaven en de daarmee samenhangende nominale premie zal echter het resultaat zijn van de gedragingen van de verschillende partijen (aanbieders, verzekeraars, zorgvragers). In de gezondheidszorg (curatieve zorg) voltrekt dit veranderingsproces zich overigens sneller dan in de langdurige, chronische zorg (AWBZ). Maar de veranderingsrichting is grosso modo hetzelfde.

Goede zichtbare verantwoording

Transparantie, goede zichtbaarheid en openheid, is één van de sleutelbegrippen in het nieuwe stelsel. Vormen van prestatiebekostiging dragen daaraan bij. Ook zullen instellingen zich maatschappelijk moeten verantwoorden zodat voor iedereen duidelijk wordt welke prestaties zij leveren. Dit gebeurt met het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De overheid (de minister van VWS) vergaart informatie over de werking en uitkomsten van het stelsel, niet meer dan nodig is maar voldoende om te oordelen. Onder anderen de volgende vragen komen dan aan bod: Voorkomt het systeem onaanvaardbare wachttijden? Is de kwaliteit van de aangeboden zorg voldoende? Is er sprake van voldoende innovatie? Is er voldoende concurrentie zodat voor de zorg een redelijke prijs wordt betaald? Worden huishoudens met een voor hen te zware zorglast voldoende tegemoetgekomen? Verantwoorden zorginstellingen zich adequaat naar hun omgeving? Et cetera.

Ik zal deze en andere informatievragen consequent in beeld brengen en een programma van kennis- en informatieverzameling uitvoeren dat deze vragen beantwoordt. Met deze antwoorden kan beoordeeld worden of het zorgsysteem voldoet aan de eisen van de publieke zaak en specifieke politieke prioriteiten, namelijk: is het systeem toegankelijk, betaalbaar en wordt er kwalitatief goede zorg geleverd. En zo niet, dan moet bijgestuurd kunnen worden.

De reactie van de NVZ op het rapport van de TOCZ bevestigt dat ziekenhuizen mee willen werken aan de nieuwe vorm van verantwoording. (Bij)sturing is altijd mogelijk (in aanvulling op de hoofdlijnen) door specifieke bekostiging van zorgvoorzieningen of subsidiëring van nieuwe initiatieven in de rijksbegroting. Dit is dan geen premiegeld waarover in de driehoek verzekerde/patiënt-zorgverzekeraar-zorgaanbieder besloten wordt, maar dit zijn overheidsuitgaven waarvoor een specifieke duidelijk omschreven prestatie wordt gerealiseerd. Ook voor deze overheidsuitgaven blijft het vereiste van prestatieverantwoording gelden.

De aanbevelingen van de commissie

1.

De eerste aanbeveling gaat over een mogelijk vervolgonderzoek.

De vraag over noodzaak en zinvolheid van nader onderzoek laat ik aan uw Kamer.

2. en 3.

Deze aanbevelingen hebben betrekking op oormerken van budgetten en verantwoording daarover bij het verwezenlijken van specifieke doelstellingen.

Ik heb aangegeven dat het toekomstige stelsel zo wordt opgezet dat premiemiddelen zo goed mogelijk worden gebruikt voor de publieke belangen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In dit systeem past geen oormerken van delen van de premiegeldstroom voor gedetailleerde specifieke doelstellingen tot op het niveau van de individuele zorgaanbieder. Prestatiebepaling in de cure en care en het verbeteren van de (maatschappelijke) verantwoording door instellingen zullen het inzicht in de sector vergroten.

Dat neemt niet weg dat de rijksoverheid in de rijksbegroting, zoals ook nu al gebeurt, subsidiegeld kan gebruiken om specifieke vormen van zorg en bijvoorbeeld opleidingen te betalen of voor het stimuleren van specifieke ontwikkelingen (zoals innovaties). Ik ben het eens met de aanbevelingen dat over de effectiviteit van de inzet van die middelen gerapporteerd dient te worden. Deels gebeurt dit via de jaarlijkse verantwoording over de begrotings- en premiemiddelen, deels aan de hand van specifieke, meer inhoudelijke rapportages.

Vanzelfsprekend heb ik de behoefte om de werking van het zorgsysteem goed te kunnen volgen. Wat levert het stelsel als geheel nu precies op en wat zijn de bijbehorende (maatschappelijke) effecten? Daarom zet ik – als onderdeel van het gehele hervormingsprogramma voor de zorg – momenteel een informatiesysteem (Zorgbalans) op dat op cruciale punten, die te maken hebben met publieke belangen, tweejaarlijks informatie levert of de centrale doelstellingen wel gehaald zijn. Deze parameters kunnen voor de verschillende onderdelen van de zorg een andere inhoud hebben. Ik informeer u medio dit jaar nog uitgebreid over de precieze opzet van dit informatiesysteem. In mei 2006 verschijnt de eerste tweejaarlijkse Zorgbalans.

4.

De commissie hecht veel belang aan benchmark-instrumenten in de zorg; zij kunnen een beter beeld geven over de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Ik steun deze algemene aanbeveling van de commissie. Ze sluit ook goed aan bij het bestaande kwaliteitsbeleid op het gebied van de zorg.

Benchmarks zijn primair van, voor en gemaakt door de sector zelf.

Voor verschillende sectoren in de zorg zijn in dat kader benchmarks in voorbereiding, ontwikkeld en toegepast. Ik noem de volgende voorbeelden:

- *Benchmark Verpleging, Verzorging en Thuiszorg*: het eerste officiële benchmarkonderzoek over 2003 is uitgevoerd bij honderd verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen.
- *Benchmark Huisartsen*: In het najaar van 2004 is een proef met een benchmark huisartsenzorg gestart. De proef heeft als doel samen met de huisartsen een benchmarkinstrument te ontwikkelen dat een zo betrouwbaar mogelijk beeld geeft over de kwaliteit en doelmatigheid van huisartsenzorg. Deze proef is naar verwachting over anderhalf jaar klaar.
- *Benchmark Ziekenhuizen*: in 2004 is een proef met een benchmark doelmatigheid ziekenhuiszorg afgerond. Dit leidde tot een serie van vijftien (reeds bestaande) meetgegevens die bij elkaar een betrouwbaar beeld geven van de doelmatigheid van ziekenhuiszorg. De NVZ heeft de uitkomst van deze proef overgenomen.
- *Benchmark gehandicaptenzorg*: een vergelijking van gelijksoortige instellingen in de zorgketen, om meer inzicht te krijgen in hun functies. Benchmark is mogelijk voor de zorgaanbieders, zorgkantoren en indicatieorganen.

5.

De tijdelijke commissie wijst op waardevolle initiatieven in de zorg die ondersteuning verdienen. De commissie stelt dat experimenten of proefprojecten niet vanuit het ministerie moeten worden uitgevoerd, maar dat VWS een stimulerende en coördinerende rol heeft bij het verspreiden van goede praktijkvoorbeelden.

In algemene zin ondersteun ik deze aanbeveling van de commissie. Er gaat veel goed in de zorg, maar het kan vaak sneller en beter. Elke dag wordt in ons land op een goede wijze zorg verleend, op een patiënt-vriendelijke wijze en met goede resultaten. Er zijn vele voorbeelden waarin zorgverleners en zorgverzekeraars elkaar vinden bij het tot stand brengen van innovaties waardoor de zorg kwalitatief beter wordt en/of aan doelmatigheid wint. Het invoeren van beste praktijkvoorbeelden maakt de zorg beter, vaak (maar niet altijd) goedkoper en soms zelfs de helft goedkoper. Zorg die sneller en/of beter wordt geleverd heeft soms zelfs voordelen voor andere sectoren, zoals besparingen in de sociale zekerheid.

De zorg kent op dit moment twee belangrijke kwaliteitsprogramma's, voor de curatieve zorg en voor de langdurige zorg. In beide programma's is het de eerste verantwoordelijkheid van de sector zelf (zorgaanbieders, verzekeraars) om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. VWS ondersteunt kansrijke projecten en initiatieven die zonder steun van de overheid niet of te langzaam uit de startblokken komen.

– *«Zorg voor Beter», kwaliteitsbeleid in de care*

Onder de titel «Zorg voor Beter» is de staatssecretaris in januari 2005¹ het Actieprogramma Kwaliteit voor de langdurige zorg (care) gestart. Het programma, dat loopt van januari 2005 tot en met 2007, moet de zorgaanbieders op tijdelijke basis helpen in het toepassen van de noodzakelijke veranderingen. Het Actieprogramma Kwaliteit helpt instellingen om goede praktijkvoorbeelden in te voeren.

– *Sneller Beter: Uitwisseling van goede voorbeelden voor de ziekenhuiszorg*

In het project Sneller Beter werkt VWS samen met de NVZ en de Orde voor Medisch Specialisten samen aan het verbeteren van de doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de ziekenhuiszorg. Een belangrijke activiteit van Sneller Beter is het beter toegankelijk maken van de kennis over innovaties en goede praktijkvoorbeelden. Daardoor wordt het eenvoudiger voor zorgaanbieders om van elkaar te leren. De deelnemers aan het project willen de koplopers in de zorg tot norm verheffen en de overigen aanzetten om de achterstand zo snel mogelijk in te halen. In mijn brief van 20 november 2003² heb ik u geïnformeerd over dit project.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

¹ Kamerstuk 28 439, nr. 8.

² Kamerstuk 28 439, nr. 3.