

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 892

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 maart 2018

In de regeling van werkzaamheden van 19 december 2017 heeft uw Kamer, op verzoek van lid Dijkema, om een brief gevraagd over een bericht in dagblad Trouw dat de zorgkloof in Nederland steeds groter wordt (Handelingen II 2017/18, nr. 36, item 19). In het artikel wordt op basis van de cijfers van Vektis¹ over de zorgdeclaraties gesignaleerd dat een kleine groep Nederlanders verantwoordelijk is voor een groot deel van de zorgkosten. Het gaat daarbij om de zorgkosten die Nederlanders declareren bij hun zorgverzekeraar. Daarnaast wordt gesignaleerd dat er aanzienlijke verschillen zijn in het gemiddelde zorggebruik per gemeente en dat deze verschillen toenemen. In het artikel wordt daarbij op het verband gewezen dat gemeenten waar veel mensen wonen met een lager inkomen, een hoger gemiddeld zorggebruik hebben. Hetzelfde verband wordt gesignaleerd voor gemeenten waar veel ouderen wonen.

Ik herken de ontwikkelingen die in het artikel van dagblad Trouw naar voren worden gebracht. Daarbij is het goed te constateren dat we met elkaar het debat kunnen voeren op basis van publiek toegankelijke cijfers over het zorggebruik die Vektis via Zorgprisma Publiek ontsloten heeft.²

Kernboodschap brief

Ik zal in deze brief mede namens mijn collega-bewindspersonen duidelijk maken hoe wij aankijken tegen de in het artikel genoemde ontwikkelingen. De gesignaleerde verschillen in het gemiddelde zorggebruik zijn met name te herleiden tot demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen. Gemeenten in krimpgebieden hebben te maken met snellere

¹ VEKTIS verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Vektis ontvangt hiervoor van de zorgverzekeraars en zorgkantoren declaratiegegevens die door zorgverleners bij hen zijn ingediend.

² VEKTIS Zorgprisma is toegankelijk via www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/zorg-in-gemeenten.

vergrijzing en met een groter aandeel mensen met een laag inkomen en opleidingsniveau. Het verschil in gezondheid en het daarmee samenhangende verschil in zorggebruik tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status komt tot uitdrukking in een verschil in de gezonde levensverwachting tussen beide groepen van 18 jaar. Hoewel Nederland het daarmee in internationaal perspectief niet slecht doet, heeft deze ontwikkeling de blijvende aandacht van dit kabinet.³ Ook heeft de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare groepen onze aandacht. De beleidsagenda van de bewindslieden van VWS sluit hier langs de verschillende beleidslijnen op aan door aandacht voor kwetsbare groepen in de samenleving (ouderen, jeugd, ggz-cliënten, gehandicapten), voor toegankelijke zorg op de juiste plek voor iedereen, en voor preventie en een gezonde leefstijl. Op deze manier maken wij er werk van dat gezondheid en zorg bereikbaar zijn en blijven voor iedereen.

Toelichting

Verschillen in zorggebruik

De Zorgprisma laat zien dat in 2016 op jaarbasis 16,9% procent van de Nederlanders met een zorgverzekering, goed was voor 80% van de zorgkosten uit de zorgverzekeringswet (Zvw). Sinds de invoering van de Zvw beweegt dit percentage zich tussen de 16 en de 20%. Daarbij moeten we er rekening mee houden dat ook binnen deze groep het zorggebruik ongelijk verdeeld is. Bijna elk jaar is er een kleine groep verzekerden die jaarlijks per persoon meer dan een miljoen euro aan zorgkosten maken. Daarnaast is er een groep van 10.000 verzekerden die gemiddeld meer dan 100.000 euro per jaar aan zorgkosten maken.⁴ Tegenover de concentratie van zorgkosten bij een minderheid van de bevolking staat dat in 2016 gemiddeld 87% van de verzekerden gebruik maakt van zorg uit de Zvw.

Naast de ongelijke verdeling van gezondheid en ongezondheid tonen bovenstaande cijfers ook de kracht van de Nederlandse zorg. Als je geconfronteerd wordt met een ziekte of gezondheidsbeperking krijg je in Nederland zorg van een hoge kwaliteit. Ook dure behandelingen behoren, wanneer dat nodig is, tot de mogelijkheden. Binnen ons zorgstelsel wordt vaak alles in het werk gesteld om waar mogelijk een mensenleven te redden, en dat is voor ons allemaal van belang. Een belangrijke verklaring voor de ongelijke verdeling van zorgkosten is daarnaast dat mensen doorgaans de hoogste zorgkosten maken in hun laatste levensjaar.⁵ Omdat voor iedereen een keer het jaar aanbreekt waarin het leven in de waagschaal ligt, zouden de zorgkosten een stuk minder scheef uitvallen wanneer we deze over de hele levensloop zouden bezien, in plaats van over een enkel kalenderjaar.

Hoewel gezondheidsbeperkingen ons allemaal kunnen raken weten we ook dat de lasten van ongezondheid bovengemiddeld neer slaan bij mensen die ook in andere opzichten kwetsbaar zijn. Het artikel in dagblad Trouw signaleert in dit verband dat gemeenten waar veel ouderen wonen

³ De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling constateert in dit verband dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland vergelijkbaar zijn met die van andere landen en in sommige aspecten relatief klein zijn. OECD «Health at a glance 2017» 10 november 2017. Ook in de vergelijking van het Commonwealth Fund scoort Nederland goed op het gebied van sociaaleconomische gezondheidverschillen. Over dit rapport heeft mijn voorganger u op 27 juni 2017 geïnformeerd.

⁴ Vektis, Zorgthermometer, figuur Ontwikkeling van de kosten van de verzekerden met de hoogste zorgkosten, toegankelijk via www.10jaarzvw.nl.

⁵ Vektis, Zorgthermometer, figuur Ontwikkeling zorgkosten Zvw in het laatste levensjaar, toegankelijk via www.10jaarzvw.nl.

en gemeenten met een lager gemiddeld inkomen, een hoger gemiddeld zorggebruik hebben. Ik zal de invloed van beide kenmerken hieronder toelichten.

Leeftijd en zorggebruik

Ik herken het beeld dat in de gemeenten waar veel zorg gedeclareerd wordt, veel ouderen wonen. Het is een bekend gegeven, dat iedereen in zijn eigen omgeving zal herkennen, dat naarmate we ouder worden de kans op gezondheidsproblemen en daarmee de kans op hoger zorggebruik toeneemt. Dit leidt ertoe dat de gemiddelde zorgkosten vanaf het 50e levensjaar beginnen toe te nemen en met het oplopen van de leeftijd steeds hoger worden. Een 85 jarige maakt gemiddeld 8 keer meer Zvw-kosten dan een 20^e jarige en gemiddeld vijf keer meer dan een 45 jarige.⁶

De sterke ongelijke verdeling van de zorgkosten over de levensloop kent verschillende achtergronden. Ouderen hebben vaker dan jongeren een chronische aandoening of meerdere aandoeningen tegelijk. Dat we op latere leeftijd gemiddeld zulke hoge zorgkosten maken kan daarbij niet los gezien worden van de sterke verbeteringen in onze levensverwachting. In de afgelopen 25 jaar is de gemiddelde levensverwachting met 4,5 jaar toegenomen.⁷ Dit is het resultaat van een samenspel van medische vooruitgang, en verbeteringen in voedingsgewoonten, leefstijl en welvaart.

De rol van meer en betere zorg moet daarbij niet onderschat worden. Steeds meer aandoeningen waar je vroeger aan kwam te overlijden, kunnen we nu behandelen. En dat doen we ook. Het SCP geeft in dit verband aan dat er aanwijzingen zijn dat de sterke stijging van de levensverwachting vanaf 2000 samenhangt met de stijging van de zorguitgaven, doordat er meer behandelingen mogelijk werden en er meer preventieve medicatie werd voorgeschreven bijvoorbeeld tegen hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte. Daarbij is de toename van de levensverwachting in de afgelopen decennia vooral een verbetering van de overlevingskansen op hogere leeftijd, in de zin dat het percentage mensen dat op een leeftijd van rond de 80 jaar of jonger overlijdt, steeds verder afneemt en dat het percentage mensen dat rond de 90 jaar of later overlijdt juist toeneemt.⁸

Sociaaleconomische status en zorggebruik

Ik herken het beeld dat sociaaleconomische indicatoren, inkomen en opleiding, van invloed zijn op het zorggebruik. Cijfers van het CBS laten zien dat in 2015 het gebruik van zvw-zorg afneemt naarmate het huishoudinkomen hoger is. Lagere inkomens gebruikten tot 28% meer zvw-zorg dan gemiddeld. Hogere inkomens gebruikten tot 20% minder zorg dan gemiddeld.⁹

Voor de oorzaak van het hogere zorggebruik hoeft niet ver gezocht te worden. De gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen is gemiddeld slechter dan die van mensen in hogere sociaaleco-

⁶ CBS, Zvw-kosten per persoon naar huishoudinkomen, 21 december 2017. Toegankelijk via statline.cbs.nl. De genoemde percentages verwijzen naar het gemiddelde gebruik van zvw-zorg door mensen in het tweede en het tiende inkomensdecil.

⁷ RIVM, VTV 2018. Toegankelijk via de website www.vtv2018.nl/Levensverwachting.

⁸ SCP, De Sociale staat van Nederland 2017, pagina 190.

⁹ CBS, Zvw-kosten per persoon naar huishoudinkomen, 21 december 2017. Toegankelijk via statline.cbs.nl.

nomische groepen en dit vertaalt zich door in de hoogte van de zorgkosten.¹⁰

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn al decennialang zichtbaar in de zorgstatistiek en zodoende ook in uw Kamer in de afgelopen jaren geregeld onderwerp van gesprek is geweest. Verbeteringen in de volksgezondheid leiden tot een toename van de gemiddelde levensverwachting en de gemiddelde levensverwachting in goede gezondheid voor mensen met een laag inkomen: in de periode 2004–2014 verbeterden deze met respectievelijk 0,6 en 1,3 jaar. Doordat echter tegelijkertijd de gezondheidswinst onder mensen met een hoog inkomen in dezelfde periode met respectievelijk 1,2 en 1,8 jaar nog groter was, zijn de verschillen tussen beide groepen niet afgenomen.¹¹ Nederland volgt hiermee dezelfde trend als de Scandinavische landen.

Deze trend laat zien dat voor zover er in Nederland gesproken kan worden van een zorgkloof tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status, dit geen verhaal is van verslechterende of gelijkblijvende gezondheidsomstandigheden. Nederlanders zijn er over de gehele linie in geslaagd hun gezonde levensverwachting te verhogen, mede op basis van verbeterde inzichten en mogelijkheden op het gebied van voeding, leefstijl en zorg. Verschillen blijven echter zichtbaar in de mate waarin mensen deze mogelijkheden hebben kunnen aanwenden om hun gezondheid te verbeteren.

Daarbij wil ik ervoor waken te snel conclusies te trekken over de richting van het oorzakelijk verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid. Voorop staat dat iedere sociaaleconomische categorie een grote diversiteit aan groepen herbergt, met uiteenlopende patronen van gezondheidsbeperkingen en zorggebruik. Daarbij kan een slechte gezondheid van invloed zijn op de mogelijkheden om te werken en de kansen op de arbeidsmarkt. Een slechte gezondheid is daarmee in de praktijk vaak mede oorzaak van een laag inkomen.¹²

Wat wel duidelijk is dat leefstijl een belangrijke rol speelt bij het in stand houden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en dat er dus alle reden is om stevig in te zetten op het ondersteunen van gezonde leefstijlkeuzes, zowel op het niveau van het individu als op het niveau van de samenleving als geheel. We weten dat ongeveer een kwart van de totale ziektelast verband houdt met gedrag, zoals roken, voeding, beweging en alcoholgebruik, dat met name roken en overgewicht vaker voorkomen onder mensen met een lagere sociaaleconomische status en dat ziektebeelden waarvoor deze gedragingen een risicofactor vormen, zoals COPD (Chronische Obstructieve Long Ziekte), longkanker en diabetes, vaker voorkomen onder mensen met een lagere sociaaleconomische status. Ik herken daarbij het beeld dat in het Trouw artikel geschetst wordt dat leefstijlkeuzes vaak samenhangen met patronen die onder invloed van voorbeelden uit de familie en de omgeving tot stand zijn gekomen. Voor iedereen geldt dat het moeilijk is om diepgewortelde leefpatronen te veranderen op basis van het onzekere vooruitzicht van een betere gezondheid op de lange termijn. Mensen met een hogere sociaaleconomische status ondervinden daarbij minder vaak belemmeringen om

¹⁰ Het RIVM heeft in 2006 onderzoek gedaan naar het gemiddeld hogere zorggebruik door mensen met een lagere sociaaleconomische status en daarbij geconstateerd dat het hogere zorggebruik ongeveer gelijk is aan wat je op basis van sociaaleconomische gezondheidsverschillen zou verwachten. RIVM, Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid toekomst verkenning 2006.

¹¹ RIVM, VTV 2018. Toegankelijk via de website www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen.

¹² SCP, Beperkt in functie, Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen, 12 oktober 2016.

hun leefstijl aan te passen en hebben meer hulpbronnen tot hun beschikking om deze belemmeringen te overwinnen, waaronder bijvoorbeeld meer kennis van gezonde leefstijlkeuzes en meer koopkracht om het uitvoeren van deze keuzes gemakkelijker te maken.

Krimpgebieden en zorggebruik

Waar leeftijd en sociaaleconomische status beide bijdragen aan de ongelijke verdeling van ongezondheid, zijn de gevolgen hiervan uitvergroet zichtbaar in de krimpregio's. Ik herken in dit verband de constatering in het artikel in dagblad Trouw dat de gemeenten met het hoogste zorggebruik bijna allen in een van de krimpregio's liggen. In de 31 gemeenten die in 2015 door de Minister van Wonen en Rijksdienst als krimpgebied zijn aangewezen is het gemiddelde zorggebruik, met uitzondering van enkele gemeenten in Noord-Oost Friesland en de Achterhoek, aanzienlijk hoger dan in de rest van Nederland, met sterke uitschieters in het oosten van Groningen en het oosten van Zuid-Limburg. De 20 gemeenten met het hoogste zorggebruik liggen, met drie uitzonderingen, allen in een van deze regio's.

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat de inwoners van krimpregio's gemiddeld een minder goede gezondheid hebben dan mensen in andere regio's.¹³ Naast de over het algemeen minder gunstige sociaaleconomische omstandigheden hangt dit samen met de gevolgen van selectieve migratie voor de bevolkingssamenstelling. Gegeven dat mensen die vanuit een krimpregio verhuizen gemiddeld jonger, hoger opgeleid en gezonder zijn dan mensen die niet verhuizen, blijft een bevolkingsgroep achter die gemiddeld ouder, lager opgeleid en minder gezond is. De toename van verschillen in zorggebruik tussen gemeenten zijn dan ook met name toe te schrijven aan de toenemende verschillen in bevolkingskenmerken tussen krimpregio's en de rest van Nederland.

In het artikel in Dagblad Trouw wordt terecht opgemerkt dat het gemiddelde zorggebruik op basis van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) per gemeente sterk uiteen loopt en daarbij een andere verdeling kent dan het Zvw gebruik. Deze verschillen hangen samen met de locatie van verpleeghuizen en instellingen met verblijf. Doordat mensen met een indicatie voor Wlz zorg met verblijf verhuizen naar de gemeente waar de zorginstelling zich bevindt, valt het zorggebruik in deze gemeenten onevenredig hoog uit, terwijl het Wlz gebruik in andere gemeenten onevenredig laag kan uitpakken.

Onze beleidsagenda en structurele gezondheidsverschillen

De zorg in Nederland is van goede kwaliteit en goed toegankelijk. Daar kunnen we trots op zijn. Iedereen kan in Nederland de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft, ongeacht ziektegeschiedenis, leeftijd en inkomen. Dit is een belangrijke waarborg tegen structurele gezondheidsverschillen. Daarom wil dit kabinet de toegankelijkheid van de zorg verder vergroten, door goede zorg op de juiste plek te leveren en door in te zetten op passende zorg voor kwetsbare mensen. Mensen die belemmeringen ervaren om hun gezondheid te verbeteren ondersteunen we daarnaast ook met een gerichte aanpak op lokaal niveau en door in samenwerking met maatschappelijke partijen gezonde keuzes gemakkelijker te maken. Hieronder zetten wij enkele voornemens uit het Regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst» op een rij die deze kenmerkende elementen van ons stelsel verder versterken.

¹³ Verweij A & van der Lucht F. Gezondheid in krimpregio's. Verdiepingsstudie. RIVM Briefrapport 270742001/2014. Bilthoven: RIVM; 2014. Toegankelijk via de website www.rivm.nl.

Dit kabinet wil de mogelijkheden verbeteren om dicht bij huis of zelfs thuis de zorg te krijgen die je nodig hebt. Ook investeren we in de mogelijkheden voor de arts en de patiënt om samen goede keuzes te maken over welke zorg nodig is, door het zorgaanbod en de uitkomsten van behandelingen beter inzichtelijk te maken.

- We zetten in op de beweging van meer zorg van de tweede naar de eerste lijn en het voorkomen van onnodige zorg.
- Het belang van zorgprofessionals moet gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Dit kabinet zet daarom in op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren.
- Zorgaanbieders en verzekeraars moeten verzekerden laagdrempeliger inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod en de ingekochte zorg per polis geven.

Ons zorgstelsel biedt ruimte voor eigen keuzes en eigen verantwoordelijkheid, maar voor mensen met een complexe zorgvraag of verminderde zelfredzaamheid kan het ingewikkeld zijn om de zorg te vinden die ze nodig hebben. Wij zetten ons daarom in voor passende zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen in de samenleving.

- Met het Pact voor Ouderenzorg stimuleren we dat er goede zorg en ondersteuning is voor kwetsbare ouderen die thuis willen en kunnen blijven wonen, dat er verpleeghuiszorg van goede kwaliteit blijft en pakken wij eenzaamheid aan.
- Voor jongeren en opvoeders in de knel stimuleren wij maatwerk, en regelen samenhangende zorg en hulp voor een kansrijke start voor kinderen die opgroeien in moeilijke omstandigheden. Er moet laagdrempelige hulp en ondersteuning beschikbaar zijn, uitgaande van de eigen kracht van gezinnen. Ouders kunnen rekenen op ondersteuning via zwangerschapscursussen, consultatiebureaus en scholen.
- Als het thuis niet meer gaat, moeten kinderen kunnen rekenen op passende zorg, bij voorkeur – als dit in het belang van het kind is – in een pleeggezin of gezinshuis.
- We zetten in op een samenleving waarin iedereen kan meedoen, ongeacht talenten of beperking, en bieden tijdige en passende hulp, zoveel mogelijk thuis voor mensen met psychische problemen.
- We brengen de groep mensen met een (licht) verstandelijke beperking, daklozen en zwerfjongeren beter in beeld en zorgen dat verschillende vormen van zorg en ondersteuning beter op elkaar aansluiten.
- We investeren extra in onafhankelijke cliëntondersteuning die de cliënt op weg helpt op verschillende levensgebieden waaronder maatschappelijke ondersteuning, zorg, inkomen en werk.

Een goede gezondheid is van invloed op het kunnen meedoen aan de Nederlandse samenleving. Denk hierbij aan schoolprestaties, arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim, maar ook aan de mogelijkheden om naar elkaar om te zien. Het kabinet zet daarom vol in op preventie. Het kabinet bouwt daarbij voort op reeds eerder ingezette initiatieven, zoals het nationaal programma preventie dat in 2014 is gestart.

- Deze kabinetsperiode is er voor preventie en gezondheidsbevordering 170 miljoen euro beschikbaar, daarna 20 miljoen per jaar.
- Er wordt een nationaal preventieakkoord gesloten met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. De focus van het akkoord moet liggen op de aanpak van roken en overgewicht. Inmiddels heeft de Staatssecretaris van VWS uw Kamer laten weten dat het thema problematisch alcoholgebruik hieraan is toegevoegd.¹⁴ Deze thema's grijpen in op leefstijlrisico's die vaker voorkomen bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

¹⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 289.

- We steunen de doelstelling om te komen tot een rookvrije generatie en verhogen de tabaksaccijns. Problematisch alcoholgebruik wordt aangepakt.
- We bevorderen dat bewezen effectieve interventies, waaronder bijvoorbeeld de inzet van bepaalde leefstijlinterventies, een plek krijgen in medische opleidingen en richtlijnen.

Daarnaast zetten wij, om de betaalbaarheid en toegang tot zorg voor alle bevolkingsgroepen te borgen, komende tijd ook in op het voorkomen van ongewenste praktijkvariatie en het borgen van goede zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Wanneer op grote schaal verschillen zichtbaar zijn tussen zorginstellingen bij de behandeling van vergelijkbare patiënten, dan kan dat een teken zijn van mogelijk ongewenste praktijkvariatie. Het «Programma Kwaliteit» van Zorgverzekeraars Nederland onderzoekt in samenwerking met Vektis doorlopend mogelijke vormen van praktijkvariatie en ondersteunt zo zorgverzekeraars in hun besprekingen met zorgaanbieders. Wij ondersteunen deze aanpak van harte.

De WRR heeft in een recent rapport¹⁵ aandacht gevraagd voor verschillen in het doenvermogen van burgers, wat van belang is in ons beleid. Zo zien we dat gemeenten hun burgers helpen een gezonde leefstijl vol te houden. Of dat zorg- en hulpverleners met de patiënt komen tot behandelopties en samen een keuze maken voor een behandeling, met aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of met minder doenvermogen. Het zal ook een belangrijk aandachtspunt zijn bij het nog te sluiten preventieakkoord, het pact voor de ouderenzorg, de implementatie van het VN gehandicaptenverdrag en de akkoorden in de medische zorg.

Tot slot

Bovenstaande opsomming is een greep uit de voornemens en initiatieven uit onze beleidsagenda, waarover wij uw Kamer de komende periode nader zullen blijven informeren. Met deze voornemens dragen wij bij aan de verdere versterking van kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg in Nederland, die toegankelijk is voor iedere Nederlander.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

¹⁵ Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, «Weten is nog geen doen», 24 april 2017. Toegankelijk via www.wrr.nl/publicaties.