

Volgende week

- Thuis-quarantaine memo
- 12 nov: gedragcijfers op coronadashboard (1e en 2e meting)
- 3e meting tbv Dashboard & 8e meting cohort-onderzoek
→ resultaten eind November



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

*Denk
na
herfstmeest*

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Ontworpen door

5.1.2e

M 06- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Datum

17 september 2020

Kenmerk

1745980-210297-PG

Zaaknummer

210297

Bijlage(n)

1

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft Kennismaking minMZS met Gezondheidsraad
Vergaderdatum en -tijd 21 september 2020
Vergaderplaats

Paraaf directeur

Paraaf DGV

5.1.2e

1 Aanleiding en doel overleg

U maakt op 21 september in uw nieuwe rol als minister voor Medische Zorg en Sport kennis met de Gezondheidsraad (GR). Naast de kennismaking kunnen in het overleg mogelijk de punten uit deze nota ter sprake komen.

Achtergrondinformatie Gezondheidsraad

De [Gezondheidsraad](#) is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad (zie [Kaderwet adviescolleges](#)) met als wettelijke taak regering en parlement te adviseren op het brede terrein van de **volksgezondheid en gezondheidszorg**. De organisatie van de Gezondheidsraad bestaat uit een raad en een secretariaat, en beschikt over een uitgebreid netwerk van wetenschappelijk deskundigen. In de Gezondheidsraad zijn ruim honderd deskundigen verzameld. De raad komt niet plenair bijeen, maar werkt per advies in commissies. Adviezen worden opgesteld door tijdelijke of vaste commissies. De raad voert geen wetenschappelijk onderzoek uit, maar baseert haar adviezen op de **stand van de wetenschap**.

De Gezondheidsraad brengt in opdracht adviezen uit, maar ook op eigen initiatief. Naast VWS zijn andere opdrachtgevers de ministeries van SZW, IenW, LNV en EZK.

De DG Volksgezondheid is coördinerend opdrachtgever vanuit VWS richting de Gezondheidsraad, de pSG is verantwoordelijk voor de eigenaarsvraagstukken. De coördinerend opdrachtgever vanuit VWS zorgt



Gezondheidsraad
ventilatie

voor afstemming tussen opdrachtgevers van VWS en het als één totaalpakket aanbieden van VWS opdrachten aan de GR.

Directoraat Generaal
Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

2 Deelnemers overleg

- 5.1.2e
- 5.1.2e
- 5.1.2e (PG), 5.1.2e Gezondheidsraad

Zaaknummer
210297

3 Te bespreken punten

- Kennismaking
- Adviestrajecten in opdracht van de minister voor Medische Zorg en Sport, en andere aankomende GR-adviezen in najaar 2020 (bijlage: stand van zaken lopende adviestrajecten VWS).

4 Advies en toelichting

Stand van zaken lopende adviestrajecten

Zie bijlage voor de stand van zaken zoals aangeleverd door de Gezondheidsraad. Hieronder zijn de trajecten uitgelicht die specifiek door de minister van Medische Zorg en Sport zijn aangevraagd, en daarna de adviezen die op korte termijn gepubliceerd worden.

Lopende adviestrajecten in opdracht van de minister voor Medische Zorg en Sport:

- Heroverweging 45-minutennorm
- In- en uitstroomcriteria Wbmv
- Goed bewegen op jonge leeftijd

Heroverweging 45-minutennorm

De Gezondheidsraad is gevraagd een wetenschappelijke onderbouwing te geven van de relatie tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis met een ambulance te kunnen bereiken en hoe dit zich verhoudt tot de huidige 45 minutennorm. Hiervoor is een tijdelijke commissie ingesteld. Dit advies wordt gepubliceerd op 22 september 2020.

In- en uitstroomcriteria Wbmv

Zijn er criteria op te stellen om te bepalen wanneer inzet van de Wet bijzondere medische verrichtingen gewenst of noodzakelijk is (instroom) en onder welke voorwaarden de vergunningplicht kan worden opgeheven (uitstroom)? Hiervoor is een tijdelijke commissie ingesteld. Advies wordt gepubliceerd in Q4 2020.

Goed bewegen op jonge leeftijd

In navolging van het advies Beweegrichtlijnen dat in 2017 werd gepubliceerd gaat de Gezondheidsraad in 2020 op verzoek van de minister voor Medische Zorg en Sport een advies opstellen met een beweegrichtlijn voor nul- tot vierjarigen. Hiervoor is een tijdelijke commissie ingesteld. Het advies wordt volgend jaar verwacht, in Q3 2021.

Aankomende GR-adviezen in najaar 2020:

- Advies waterpokkenvaccinatie wordt gepubliceerd op 28 september 2020. Aan de hand van beschikbare wetenschappelijke kennis beoordeelt de commissie de maatschappelijke en individuele ziektelast van de aandoening, de werking en effectiviteit van het vaccin en het nut van de vaccinatie.

doorloop-
tijde en
flexibiliteit

mete dit
stuk in de
onderbouwing
van de
kantschool-
schets



- Advies **BCG-vaccinatie bij COVID** wordt gepubliceerd eind september 2020. Het advies richt zich op het programmatisch aanbieden van BCG aan ouderen om de gevolgen van COVID-19 te verlichten. De GR heeft hiertoe de stand van de wetenschap in kaart gebracht. Ook loopt momenteel een grote klinische studie (BCG-PRIME) naar de effecten van BCG-vaccinatie bij verschillende doelgroepen. De eerste resultaten hiervan worden niet voor het eind van het jaar verwacht.
- Advies over inzet van MRI in het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt gepubliceerd in oktober 2020.
- Op 4 juni heeft VWS een adviesaanvraag ingediend t.a.v. passieve en actieve **immunisatie m.b.t. COVID-19**. Op 3 september heeft de vaste commissie Vaccinaties voor het eerst vergaderd over het COVID-19 vaccin. Eerder is al afgesproken dat dit najaar al advies volgt over de prioritering en dat wordt nagedacht over de situatie dat er straks meerdere vaccins tegelijk beschikbaar zijn, en welke dan het meest geschikt zijn voor elke groep. Voor VWS is belangrijk dat hierbij ook de situatie in **Caribisch** Nederland betrokken wordt omdat de minister heeft toegezegd dat er ook vaccins gereserveerd worden voor de BES- en CAS-eilanden. Dit advies staat gepland voor publicatie in november 2020, maar minister De Jonge vraagt om **eerder inzicht**. De planning wordt door de VWS-waarnemer met de Gezondheidsraad besproken.
- Signalement kunstammon- en placentatechnologie: najaar 2020.
- Het advies over de invloed van gespoten PUR-schuim (gericht aan BZK, maar met input van PG) voor bewoners wordt verwacht in november.

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Zaaknummer
210297

Verder nog relevant:

- Met name door **COVID** heeft de Gezondheidsraad een aantal acute adviesvragen opgepakt in 2020. Dit heeft wel invloed op de planning van het reguliere werkprogramma. Eventueel **uitstel van adviestrajecten** verloopt in overleg met de opdrachtgever.
- Naar aanleiding van de evaluatie van de Gezondheidsraad in 2018 is een **reorganisatietraject** ingezet op het secretariaat van de Gezondheidsraad. In het evaluatierapport werd onder meer aangehaald dat de adviezen van de Gezondheidsraad een lange doorlooptijd kennen, en dat dat onder meer kwam door de interne werkprocessen van het wetenschappelijk secretariaat. Voor een toekomstbestendige organisatie die tijdig kan adviseren voor beleid, werd onder andere geadviseerd om het wetenschappelijk secretariaat fundamenteel te vernieuwen en de leiding daarvan te versterken. De status van de reorganisatie is dat deze per 1 januari 2020 is geëffectueerd. Per 1 januari is Bart-Jan Kullberg voorzitter van de raad. In het nieuwe organisatieplaatje zijn er naast de algemeen secretaris (momenteel ad interim) en hoofd bedrijfsvoering, 2 leidinggevendenden voor de wetenschappelijke secretarissen en een hoofd communicatie bijgekomen. Aandachtspunt blijft nog steeds de doorlooptijd van de adviezen. Flexibiliteit en wetenschappelijke benadering willen elkaar daar nog wel eens bijten. Met bijv de directie PG zijn daarom nieuwe werkvormen opgezet zoals vaste commissies. U kunt ook naar de zienswijze van de voorzitter en de algemeen secretaris hieromtrent vragen. Eerdere onrust binnen de organisatie (waaronder beroep van de ondernemingsraad tegen het reorganisatiebesluit bij de Ondernemingskamer) lijkt onder leiding van het nieuwe management af te nemen. Dit is bijvoorbeeld te meten aan een daling in het percentage ziekteverzuim.



- De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) voert momenteel een verkenning uit waarin wordt gekeken naar de bestendigheid van het vaccinatiestelsel. Hiervoor is ook de Gezondheidsraad geconsulteerd. De Verkenning zal in het najaar worden gepubliceerd.

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Zaaknummer
210297

5.1.2e

5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

*Interessant!
Dank*

nota

(ter informatie) Vergelijking Duitse gezondheidszorg

Paraaf directeur

5.1.2e

Directie MEVA
AEB

Ontworpen door

5.1.2e

T (070) 5.1.2e

M (31) 5.1.2e @minvws.nl

Datum document

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Zaaknummer
212864

Bijlage(n)

1 Aanleiding voor deze nota

DGCZ vroeg in een po met IZ om een vergelijking van de Nederlandse en Duitse gezondheidszorg. Specifiek was zij geïnteresseerd in de determinanten en implicaties van de structurele Duitse overcapaciteit aan IC bedden. In deze nota beschrijf ik deze zaken.

Ik leg deze nota ook ter info voor aan Minister Van Ark gezien haar interesse in internationale vergelijkingen.

2 Samenvatting en conclusies

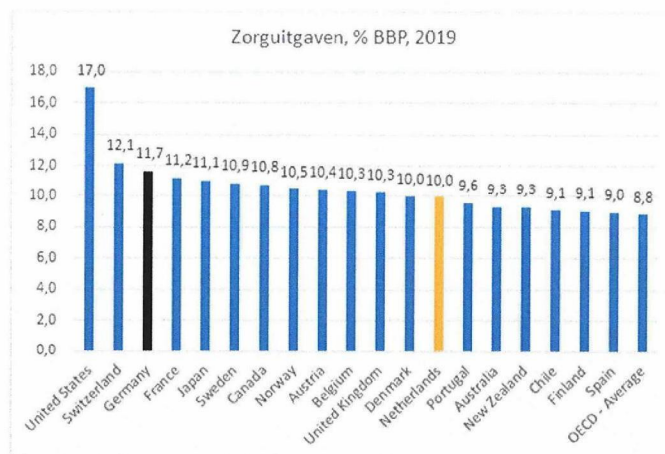
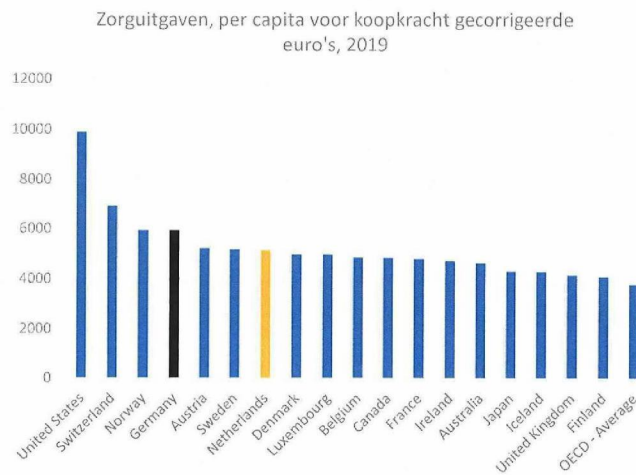
- Duitsland geeft meer geld uit aan zorg dan Nederland (11,7% vs 10% van het BBP en per capita, voor koopkracht gecorrigeerd €5935 vs €5148).
- Duitsland maakt andere keuzes. Er wordt minder geld uitgegeven aan langdurige zorg, en meer aan ziekenhuiszorg alsook genees- en medische hulpmiddelen. Dat is opmerkelijk omdat de grijze druk er hoger is.
- Duitsland heeft meer medisch zorgpersoneel en meer mantelzorgers. Vrijgevestigde artsen verdienen er fors meer. Het gebruik van ziekenhuiszorg en geneesmiddelen ligt (veel) hoger.
- Deze situatie spoot met de Duitse economie die in den brede meer gericht is op hoge volumes en lage prijzen, een ander sentiment tav ouderenzorg, en een historisch sterke positie van de medische beroepsgroepen.
- Voor corona was er vanuit experts kritiek op de overcapaciteit aan IC bedden, vanuit de argumentatie dat deze leidt tot veel ongepaste zorg. Corona heeft deze kritiek verstomd maar onder experts leeft nog het beeld dat hier een tandje lichter geschakeld mag worden. Voor het algemene publiek is ruime toegang tot curatieve zorg echter een heilig huisje.



3 Belangrijkste punten van informatie

Nederland geeft ongeveer evenveel uit als de meeste andere landen.
Duitsland geeft meer uit.

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

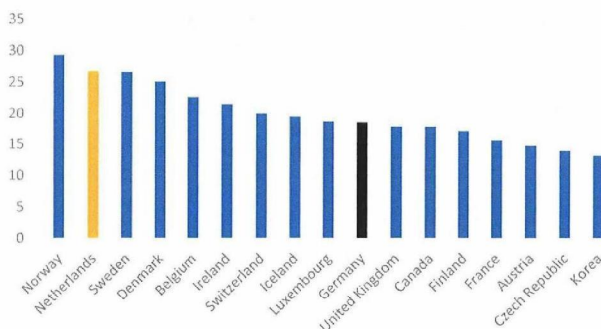




In Duitsland wordt een kleiner deel van de zorguitgaven besteed aan langdurige zorg. In internationale definitie betreft dit de medische langdurige zorg excl de welzijnszorg, dus grofweg incl. de Wlz en langdurige zorg onderdelen onder de Zvw, maar excl. de Wmo. Dit is opmerkelijk omdat in NL 4,5% en in Duitsland 6,1% van de bevolking ouder dan 80 is.

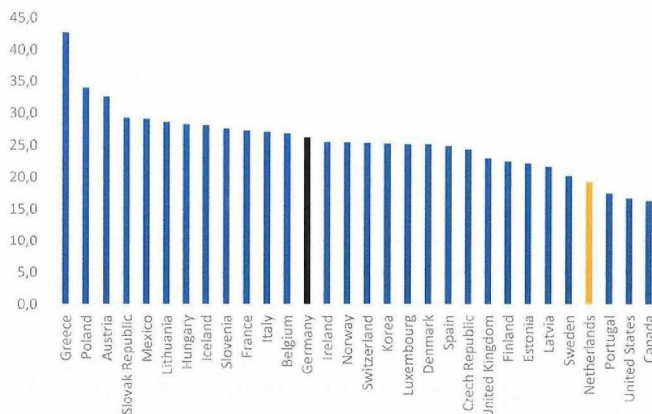
Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Langdurige zorguitgaven, % totale zorguitgaven, 2018



Daarentegen wordt in Duitsland (en veel andere landen) een groter aandeel besteed aan inpatient care (intramurale geneeskundige en revalidatiezorg, waaronder IC's). Daarbij moet gezegd worden dat de gemiddelde case mix in Duitse ziekenhuizen anders is. Zo is de gemiddelde ligduur er 8,9 dagen vergeleken met 5 in NL. Duitse ziekenhuizen vervullen dus deels de rol die in NL door de relatief grotere langdurige zorgsector wordt vervuld.

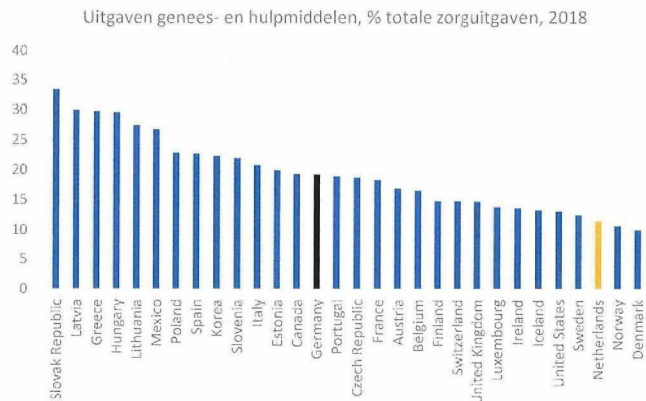
Uitgaven inpatient care, % totale zorguitgaven, 2018





Tevens valt op dat in Duitsland veel en in Nederland weinig aan genees- en medische hulpmiddelen wordt uitgegeven.

Kenmerk
1765558-212864-MEVA



Zorgverleners

De hogere cure uitgaven weerspiegelen in een groter aanbod van medische zorgprofessionals. Duitsland kende in 2017 4,3 praktiserende artsen 12,9 praktiserende verpleegkundigen, t.o.v. 3,6 en 10,9 in NL. Echter, in NL maken zorgverleners (incl. verzorgers) 15,4% van het totale arbeidsaanbod uit t.o.v. 13,3% in Duitsland. Duitsland kent dan weer een groter aanbod (dagelijkse) mantelzorgers. 8,4% van de Duitse 50-plussers verleent dagelijks mantelzorg, t.o.v. 5,2% van de Nederlandse 50-plussers. Het % dat wekelijks mantelzorg verleent ontloopt elkaar niet veel.

Ergo: in Duitsland zijn er meer medische zorgverleners, in NL meer verzorgers, en in Duitsland meer intensieve mantelzorgers.

Beloning zorgpersoneel

Duitse dokters verdienen meer. Zelfstandige Duitse huisartsen verdienen 4,4 keer zoveel als het gemiddelde Duitse loon. Nederlandse zelfstandige huisartsen zitten op een ratio van 2,4. Vrijgevestigde Duitse specialisten zitten op een ratio van 5,4. Hun Nederlandse counterparts zitten daar ver onder met 3,6.

Het verschil tussen Duitse (3,5) en NL (3,3) specialisten in loondienst is dan weer gering. Hetzelfde geldt voor ziekenhuisverpleegkundigen. Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen verdienen 1,2 keer meer dan het gemiddelde NL loon en deze ratio is 1,1 in Duitsland.

Zorgconsumptie

In lijn met bovenstaande beeld, wordt er in Duitsland (veel) meer ziekenhuiszorg gebruikt. Er zijn per capita ongeveer 3 keer zoveel MRI en CT scanners, bijvoorbeeld een MRI scan wordt ook bijna 3 keer vaker gedaan, en



er worden meer heupen (309 vs 238/100.000) en knieën (223 vs 159/100.000) vervangen. Dit uit zich zoals bekend in meer bedden (in 2017 8 vs 3,3 per 1000 inwoners) en zoals reeds aangegeven liggen mensen er langer. Zelfs voor staaroperaties geldt dat deze nog relatief vaak niet ambulatorioir worden uitgevoerd (17,2% vs 0,4%). Het verschil bij tonsillectomie is nog groter (in NL 68,4% ambulatorioir t.o.v. 4,3% in Duitsland).

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

Ook de geneesmiddelenconsumptie is er hoog. Zo is het gebruik van medicijnen voor een hoge bloeddruk bijna het dubbele van dat van Nederland.

Kwalitatieve duiding

De bovenstaande bevindingen hangen logisch met elkaar samen, maar het verschil in curatieve zorgvolumes is groter dan het verschil in uitgaven aan curatieve zorg. Er is in de Duitse curatieve zorg dus sprake van hoge volumes en lage prijzen, terwijl in NL lage volumes en hoge prijzen gelden. Daarom zou je verwachten dat NL medische zorgverleners meer verdienen, maar dit is niet het geval. Integendeel zelfs.

O.a. de volgende drie factoren verklaren deze situatie wel. Ten eerste kenmerkt de gehele Duitse economie zich door hoge volumes en lage prijzen, terwijl de Nederlandse economie juist relatief lage volumes en hoge prijzen kent. Dit uit zich in de curatieve zorg bijvoorbeeld met de –inmiddels bekende– massale Duitse diagnostische laboratoria.

Ten tweede is de gemiddelde case mix in Duitse ziekenhuizen anders. Duitse ziekenhuizen vervullen deels de rol die in NL door de langdurige zorg wordt vervuld, waardoor er gemiddeld minder zware patiënten in Duitse ziekenhuizen liggen. Een opname duurt daardoor langer maar is gemiddeld goedkoper. Tezamen met het zwaardere beroep op mantelzorg verklaart deze situatie waarom er in Duitsland zo weinig aan care wordt uitgegeven, ondanks het hogere aandeel ouderen.

Ten derde is er in Duitsland sprake van een sterkere waterscheiding tussen intra- en extramuraal en weinig innovatie op het gebied van integrated care, met als gevolg veel dubbele diagnostiek en dergelijke en ook een cultuur waarin veel curatief zorggebruik normaal wordt gevonden.

Is men in Duitsland blij met dit zorglandschap? Uit internationale surveys blijkt dat het algemene publiek tevredener is dan in veel andere landen. Wel neemt de druk toe om meer publieke investering in langdurige zorg. Een ruime, toegankelijke en absoluut niet zuinige inzet van curatieve zorg is echter een heilig huisje waar politici hun vingers niet aan durven te branden. Hier ligt ook een historische reden aan ten grondslag. Medische beroepsgroepen en dan met name diegenen die binnen de muren van een ziekenhuis werken, hebben altijd een sterke positie gehad in budgetonderhandelingen op regionaal niveau. Recent is ook een Duitse studie gepubliceerd waarin is onderzocht wat het effect is als regionale ministers van gezondheid een achtergrond hebben als arts. Hieruit bleek dat zij vaker zorgen voor hogere uitgaven en meer werktevredenheid, maar een lagere productiviteit; vergeleken met ministers met een andere achtergrond. Voorafgaand aan de coronacrisis werd de kritiek door experts, dat het systeem overmatig gemedicaliseerd is, langzaam iets meer opgepikt door politici en bestuurders. De crisis heeft deze kritiek echter versterkt o.a. door verwijzing naar de Nederlandse coronapatiënten die Duitsland opvangt.

**Bronnen:**

- WHO Health System Review Germany (2014). Zeer uitgebreide beschrijving van Duitse gezondheidszorgsysteem.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130246/HIT-16-2-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Duitse studie *Are doctors better health ministers?*
<http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/wp-2020-328-pilny-roesel-doctors-health-minister.pdf>
- OECD Health at a Glance (2019). Meest recente internationale statistieken in overzicht rapport 'om doorheen te bladeren'.

Kenmerk
1766558-212864-MEVA

5.1.2e