

DE CONSEQUENTIES VAN HET PLAN VOOR EEN ANDER ZORGSTELSEL

Nationaal ZorgFonds kritisch doorgelicht

Het plan voor een Nationaal ZorgFonds maakt een fel debat los. Maar een doorwrochte analyse van de financiële consequenties ontbreekt nog. Anton Maes beoordeelt de financiering, de contractering en het toezicht op de zorg als het plan werkelijkheid wordt.

De discussie over een Nationaal ZorgFonds voor de curatieve zorg als alternatief voor het huidige zorgstelsel houdt de gemoederen bezig.¹ Het plan behelst een nationale zorgverzekering voor elke burger, met slechts één polis voor het basispakket, zonder eigen risico en met een voorstel om het basispakket uit te breiden. Dit betekent dat de rol van de zorgverzekeraar bij de selectieve inkoop en kwaliteitscontrole verdwijnt. Om zo meer dienstbaar aan patiënt, professional en samenleving te kunnen zijn. Is er voldoende draagvlak voor een Nationaal ZorgFonds?

Solidariteit

Het huidige stelsel bevat publieke en private elementen en is gebaseerd op solidariteit. Tussen jong en oud, tussen ziek en gezond, tussen arm en rijk. Omdat deze kenmerken (snel en onvoorspelbaar?) voor hetzelfde individu kunnen wisselen en vervolgens de individuele zorgkosten onbetaalbaar kunnen zijn, is behoud van solidariteit binnen een nieuwe verzekering essentieel. Uit eigenbelang en in het belang van de maatschap-

pij. Omdat grondwettelijk vastligt dat de overheid moet zorg dragen voor een goed functionerend zorgstelsel, maar dezelfde overheid ook andere belangen dan zorg moet behartigen, is in tijd van schaarste meer overheidsbemoeienis een logische

en noodzakelijke stap. Zeker nu de zorguitgaven blijven stijgen (3,4% per jaar tussen 2018 en 2021) bij amper economische groei.² Bij een hernieuwde inrichting van de curatieve zorg zijn bij gepaste (zuinige en zinnige) zorg voor alle partijen voor ordening de stelselprincipes van nuldelijnsversterking, stepped en matched care cruciaal. Met deze principes wordt ingezet op verantwoord gebruik van collectieve middelen, zonder claimgedrag, zonder consumentisme en zonder marktwerking met zorgvraagbeïnvloeding. Deze inrichting is veel beter te realiseren met de overheid en de beroeps-

1. De betaling van curatieve zorg (2017)

zorguitgaven zorgverzekeraars	43,9
rechtstreekse uitgaven Zorgverzekeringsfonds	2,5
BKZ-relevante uitgaven (Budgettair Kader Zorg)	46,5
beheerskosten/reserveopbouw zorgverzekeraars	-1,0
totaal te financieren	45,3
rijksbijdrage HLZ (hervorming langdurige zorg)	-0,9
te financieren uit premies/eigen betalingen	44,4
inkomensafhankelijke bijdrage (IAB)	21,8
nominale premie	16,9
rijksbijdrage kinderen	2,5
eigen betalingen (eigen risico: 385 euro)	3,2
totaal	44,4

Financiering Zorgverzekeringswet (Zvw, 2017): 1 = 1 miljard euro.^{1,3}

en patiëntverenigingen aan de leiding, dan met zogenaamd concurrerende zorgverzekeraars. Want private verzekeraars propageren tamelijk zinloze keuzevrijheid en marktprikkels. En hebben met de huidige contracteringsregels en marktmacht weinig innovatieve kracht, een eigen belang en ze kunnen met korting op de inkoop van zorg hun eigen financieel risico reduceren.

Wie gaan op welke wijze bij een Nationaal ZorgFonds deze 44,4 miljard euro betalen (zie tabel 1)? De inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) is in 2016 een percentage werkgeversheffing (6,75%) bij loondienst en bij zelfstandigen is het in 2016 via de belastingdienst 5,5 procent van een gemaximeerd inkomen (52.765 euro). De gemiddelde nominale premie wordt in 2017 1241 euro per jaar. Als daadwerkelijk het principe van solidariteit wordt vertaald naar premiebetaling, kan het hele Zvw-premiebedrag inkomensafhankelijk worden gemaakt. En dat zonder gemaximeerd inkomen. Voor huisartsenzorg geldt vanwege de cruciale rol in het stelsel geen eigen bijdrage. Een eigen bijdrage voor overige zorg, kan – in tegenstelling tot wat de initiatiefnemers stellen – wel in stand blijven. Een eigen bijdrage naar draagkracht hoort immers ook bij solidariteit. Dus maak ook deze eigen bijdrage, naast de nominale premie, inkomensafhankelijk. Dit geeft het signaal af dat ontvangen zorg voor niemand ‘gratis’ is. De zorgtoeslag kan vervolgens worden afgeschaft. De belastingdienst zal dit moeten uitvoeren omdat deze dienst namens de overheid als enige rechtmatig kennis over inkomens mag vergaren.

Kostprijs

Kwaliteitsborging zou bij een nationale verzekering moeten voortkomen uit de beroepsverenigingen en de resterende toezichthouders. De patiënt mag zelf de hulpverlener kiezen.

Er wordt bij een nationale verzekeringspolis niet op prijs geconcurrerd. En met de drie genoemde principes (versterking van de nulde lijn, stepped care en matched care) in gedachten, is bij de herinde-



Het zou naïef zijn te denken dat alle elementen van het Nationaal ZorgFonds snel kunnen worden ingevoerd. Een mogelijke route is steeds deelaspecten van het Nationaal ZorgFonds in te voeren.

Verzekeraars propageren tamelijk zinloze keuzevrijheid

ling van curatieve basiszorg nog veel vooruitgang te boeken.

De overheid zal nu (eindelijk) zelf het initiatief moeten nemen om te gaan werken met kostprijzen. Dat wij tien jaar na introductie van het zorgstelsel nog steeds

2. Zvw-uitgaven in 2017 per sector

eerstelijnszorg	5,5
tweedelijnszorg	23,6
ggz	3,8
genees-hulpmiddelen	6,4
wijkverpleging	3,6
ziekenvervoer	0,7
opleidingen	1,3
grensoverschrijdende zorg	0,8
nominaal en onverdeeld	0,7
bruto Zvw-uitgaven ontwerpbegroting 2017	46,5

1 = 1 miljard euro.⁴

niet weten wat bijvoorbeeld innovatieve ziekenhuis- en huisartsenzorg kost, is een treurig feit. Er is ingezet op hoofdlijnakoorden met beperkte groei ruimte, op gereguleerde marktwerking, op dbc/DOT's, op macrokostenbeheersing, op winstdelingsdiscussies, op fusiediscussies, op nieuwe vereveningscriteria, op bekostiging met volume prikkels, op inkoop met aanneemsommen, op inkomensnormering en dubieuze kostenonderzoeken. Allemaal top-downacties gericht op volume- en kostenbeheersing, maar niet op het inzichtelijk maken van de feitelijke kosten van state of the art uitgevoerde curatieve zorg. We weten de kosten, maar niet de kostprijs! Hier is overigens niet alleen de overheid debet aan. Maar we moeten eerst weten wat zinnige en zuinige curatieve zorg werkelijk kost, voordat benchmarking, bijsturing, financieel toezicht en controle vanuit de Tweede Kamer kan plaatsvinden. Bovendien geven deze cijfers ruimte aan de discussie of met collectieve middelen en met een inkomensafhankelijke premie een uitbreiding van het basispakket wenselijk en financieel haalbaar is. Of over de keuzes die gemaakt moeten worden bij rantsoenering. Of over het wel of niet invoeren van een kostenplafond per gewonnen levensjaar. Want uitbreiding van het pakket met nieuwe inzichten raakt ook de inkomensdiscussie van de burger en raakt zowel de belangen van de zieke als van de gezonde premiebetaler. Pas als de overheid, gefiatteerd door de beroepsvereniging, aanbod en kostprijzen openbaar maakt, kan de uniforme polis van het basispakket Nationaal ZorgFonds met de kostprijs worden opgesteld.

Toezicht

Momenteel heeft de curatieve zorg zes toezichthouders. Als we bij een Nationaal ZorgFonds de marktwerking weglaten, kan de Autoriteit Consument & Markt (ACM) haar bemoeienis staken. Is er slechts één polis, opgesteld door de overheid, dan kan ook de Autoriteit Financiële Markten (AFM) worden losgekoppeld van de zorg. Wordt de taak van zorgverzeke-

In maart 2017 zijn er verkiezingen en wordt duidelijk hoe groot het draagvlak is.

raars bij de uitvoering van het basispakket bij een Nationaal ZorgFonds zuiver administratief, dan zijn zij niet meer concurrerend en vallen zij waarschijnlijk niet meer onder het Europees verzekeringstoezicht (Richtlijn Solvency II). Dan kunnen ook de reserves, geschat op 11 miljard, aan de premiebetaler worden teruggegeven. Vallen de zorgverzekeraars niet meer onder Solvency II en kan ook de derde toezichthouder (DNB) voor dit deel van de verzekerde zorg zich terugtrekken.

Als elke Nederlander hetzelfde basispakket heeft, ongeacht de gezondheidsstatus, dan valt er niets meer te verevenen en kan het Zorgverzekeringsfonds worden opgeheven. Dit betekent een duidelijke taakverlichting van het Zorginstituut Nederland (ZiN).

De NZa zal namens de overheid een duidelijke rol moeten krijgen bij het vaststellen van kostprijzen. Daar waar zorginhoud (IGZ/ZiN) en zorggrandvoorwaarden (NZa) interfereren, zal het toezicht integraal moeten plaatsvinden.

Draagvlak

Het CPB en vier ministeries schatten in dat de overgang van het huidige stelsel naar een nieuw stelsel de eerste acht jaar 660 miljoen per jaar gaat kosten, dus totaal 5,3 miljard euro. Vanuit de hoek van zorggeconomen is bijzonder weinig enthousiasme voor het Nationaal ZorgFonds.⁵⁻⁷ Maar hoe staat de Nederlander ertegenover? In maart 2017 zijn er verkiezingen en zal duidelijk worden hoe groot het draagvlak is voor een volledig IAB. Een andere te nemen drempel is het geloof van partijen in kostprijzen – een tweede essentiële voorwaarde om een nationale verzekering te kunnen claimen. Willen overheid, politiek en burger zelf

precies weten wat de curatieve zorg kost? En vervolgens kunnen onderbouwen en uitleggen aan de bevolking of er 'meer' of 'minder' zorg in het basispakket komt? Of wil de overheid, zoals nu, wel het basispakket en het budget vaststellen, maar de uitvoering overlaten aan aanbieders, verzekeraars en verzekerden? En doorgaan met zes toezichthouders? 'You can eat an elephant slice by slice', is een uitdrukking. En het zorgstelsel is zo'n 'elephant'. Een mogelijke route kan zijn steeds deelaspecten van het Nationaal ZorgFonds in te voeren en op de achtergrond de juiste focus te houden. Een nieuw stelsel met als kernpunten een inkomensafhankelijke betaling, een logisch ordeningsprincipe, integraal toezicht en budgetvaststelling gebaseerd op basis van kostprijzen. Het zou naïef zijn te denken dat alle elementen van het Nationale ZorgFonds snel kunnen worden ingevoerd. Laten we niet vergeten dat bij het tot stand komen van het huidige stelsel (2006) ook al meer dan een kwarteeuw politieke strijd is gevoerd. Voldoende draagvlak voor een stelselverandering is een voorwaarde. ■

contact

aacmmaes@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.