

**Robert Kreis**

chirurg niet-praktiserend,  
emeritus hoogleraar  
brandwondenzorg VUmc

AFBOUW EIGEN BIJDRAGE IS MOGELIJK

# Aanpassing zorgstelsel kan miljarden besparen

Het huidige zorgstelsel is inefficiënt, bureaucratisch en duur. Volgens oud-chirurg Robert Kreis kan het eenvoudiger en een stuk goedkoper.

**M**et de verkiezingen in aantocht staat ons zorgstelsel weer volop in de belangstelling. Begrijpelijk, voor een post van 90 miljard in het huishoudboekje van ons land. Het is ook weer de tijd voor politieke proefballonnen, zoals het laten vervallen van de eigen bijdrage, alle medisch specialisten in dienstverband en minder bureaucratie. Opvallend bij deze wensen is het gebrek aan (financiële) onderbouwing. Met enkele structurele aanpassingen kan de zorg echter aantoonbaar doelmatiger en goedkoper georganiseerd worden.

### Duur

De zorg in Nederland is consistent van hoge kwaliteit en relatief 'zuinig'. De rapportages van de Euro Health Consumer Index van 2013 en 2015 besteden hier uitgebreid aandacht aan, maar ook aan het feit dat ons zorgstelsel erg duur is.<sup>1,2</sup> De introductie van het marktgerichte dbc-systeem is gepaard gegaan met een scherpe stijging van de zorgkosten die niet 'medisch' of demografisch verklaard kan worden.<sup>3</sup> De constatering van het ministerie van VWS dat de kosten tegenwoordig in de hand worden gehouden, is desondanks niet geheel onverwacht.

In ieder inefficiënt systeem vlakt op een gegeven moment de kostenstijging af. De kostenbeperking is ook niet zozeer bereikt door bezuinigingen, maar door een ombuiging van de lasten naar de burger: het invoeren en verhogen van het eigen risico, beperkingen in de toegankelijkheid en premiestijgingen.<sup>4</sup> Op grond van neoliberale overwegingen is er in Nederland voor gekozen om de basisverzekering onder te brengen in het bestaande stelsel van private verzekeraars. Concurrentie zou immers de zorgpremie drukken. Naast de directe zorgkosten, beïnvloeden meerdere factoren de hoogte van deze premie. Zo kostte het eindejaarsfenomeen rond de vaststelling van de zorgpremie en het rouleren van verzekeraar aan reclame en acquisitie 500 miljoen euro in 2012 en 250 miljoen euro in 2015.<sup>5</sup>

### Dood kapitaal

Omdat zorgverzekeraars 'marktpartijen' zijn, moet de solvabiliteit (= eigen vermogen gedeeld door vreemd vermogen, vermenigvuldigd met 100%) voldoen aan een minimumeis van De Nederlandsche Bank (DNB). Die is van de oorspronkelijke 9 procent verhoogd naar 11 procent. De reserves van de zorgverzekeraars bedroe-

gen in 2012 8,3 miljard euro; ruim 4 miljard boven de gestelde DNB-norm.<sup>6</sup> Hoewel de verzekeraars de afgelopen jaren een deel van de reserves besteed hebben aan een bevrozing van de zorgpremies, is de basiszorg nog steeds winstgevend. Ook zorgaanbieders zijn verplicht veel grotere reserves aan te houden dan vroeger het geval was. Door het gekozen zorgstelsel heeft de zorgpremie vele miljarden aan dood kapitaal gegenereerd, terwijl de premies voor 2017 alweer aan het stijgen zijn.

### Zorgtoeslag

De zorgpremie wordt niet gefinancierd via de belastingen, maar via maandelijkse premies. Dit zou beter passen bij het 'marktmechanisme': het zelf betalen van

De zorgpremie heeft veel dood kapitaal gegenereerd



Het zelf betalen van de premie zou de druk op de zorgverzekeraars bevorderen.

de premie zou 'overstappen' van en naar, en de druk op de zorgverzekeraars bevorderen.

Omdat deze premies bij sommige inkomens onevenredig hoog kunnen uitvallen, is een kostbaar toelagesysteem ontwikkeld. Al in 2010 stelden Van den Ven en Schut voor de zorgtoeslag af te schaffen en de nominale zorgpremie te verlagen.<sup>7</sup> Dit zou een besparing van 4 miljard euro aan collectieve lasten opleveren. Als

daarnaast de zorgpremie net zo geïnd wordt als de pensioenpremie, is het probleem van wanbetalers en onverzekerden eveneens opgelost. Afschaffing van de Wet op de zorgtoeslag zou bovendien ook nog eens 60 miljoen euro aan administratieve lasten besparen.

#### **Bureaucratie**

Ons huidige zorgstelsel is uiterst complex en bureaucratisch. Het werkt vervreem-

dend voor de bevolking, die de hoge dbc-zorgrekening voor luttele ingrepen niet begrijpt. De regelmatige behandelstops vanwege het bereiken van de budgetlimiet van ingekochte zorg door een regionale verzekeraar, dragen ook niet bij aan begrip.

De tijd die wordt besteed aan budgetonderhandelingen met verzekeraars, dbc-registratie, kwaliteitsregistraties, keurmerken en patiëntervaringsregistra-

ties, heeft extreme proporties aangenomen. In vele onderzoeken is bevestigd dat het tijdsbeslag van zorgpersoneel aan niet-zorggebonden activiteiten ten minste 35 procent is en in sommige sectoren zelfs nog meer.<sup>8</sup> De financiële impact van dit percentage is in grote lijnen te berekenen: de totale lasten van alle zorginstellingen bedroegen 51 miljard euro in 2011. Daarvan betrof 67 procent personeelskosten, oftewel 34 miljard euro.<sup>9</sup> De kosten van de zorgbureaucratie bedragen dus 35 procent van 34 miljard euro en komen daarmee op een kleine 12 miljard euro. Iedere procent bureaucratie kost ons dus 12:35= 340 miljoen euro. Stel dat we het tijdsbeslag aan bureaucratie terug kunnen brengen tot 10 procent, dan bespaart dat 25 maal 340 miljoen euro, ofwel ruim 8 miljard euro op jaarbasis.

## Zuiniger systeem

Een 'zuiniger' zorgsysteem kan dus potentieel miljarden opleveren. In de eerste plaats dient daarvoor de basisverzekering ondergebracht te worden bij één landelijke verzekeraar. Onderbrengen bij de bestaande verzekeraars kan ook, mits de basisverzekering een landelijke dekking heeft, een uniforme uitvoering kent en beheerd wordt onder een volstrekt transparante (financiële) structuur. De kwaliteit van zorg moet worden geborgd door het Kwaliteitsinstituut en de Inspectie voor de Gezondheidszorg op grond van landelijke richtlijnen. Er is geen noodzaak meer voor uitgaven voor reclame, voor instituten ten behoeve van 'marktcontrole' en lobbyactiviteiten. De heffing van de zorgpremie gebeurt op basis van het belastingstelsel, waardoor ook de financiële buffer van verzekeraars en zorginstellingen beperkt kan blijven. Ziekenhuizen blijven voor de bedrijfsvoering onderling competitief en risicodragend, zowel wat betreft kwaliteit als financiën. Alle zorgverrichtingen krijgen een landelijke code en een standaard 'prijskaartje', vergelijkbaar met het oude CTG-verrichtingsstelsel (College Tarieven Gezondheidszorg). In het ziekenhuis worden alle verrichtingencodes gegroepeerd die bij

een bepaalde ziekte of aandoening horen. De aandoeningen krijgen een code volgens het ICD-10-systeem (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, versie 10), zoals nu ook al het geval hoort te zijn. Deze gegevens vormen ook de 'rekening' die de patiënt ziet, kan controleren en eventueel zelf kan betalen. Dit systeem voldoet daarmee tevens aan de wens van minister Schippers om inzichtelijker te maken wat de zorg kost.

## De politiek is huiverig voor stelselwijzigingen

Vervolgens worden deze gegevens centraal geregistreerd en ondergebracht in de bestaande dbc/DOT-structuur. Het resultaat hiervan fungeert op de achtergrond als een verrekencentrum waaruit de instellingen uiteindelijk betaald krijgen. De zorginstelling vult dus zelf geen dbc/DOT-code meer in. Door 'zuinig' te werken, kan de instelling winst maken, namelijk als het landelijk gemiddelde (in geld) voor de betrokken dbc/DOT hoger is dan de werkelijk gemaakte kosten in de betrokken instelling. Over een aantal jaren kan het centrale dbc/DOT-instituut bekijken of – op grond van landelijke gegevens – het tarief dat aan een bepaalde dbc/DOT verbonden is, naar boven of beneden moet worden bijgesteld. Het dbc/DOT-instituut kan deel uitmaken van de NZa. Doordat alle zorggegevens centraal zijn opgeslagen, ontstaat een geweldige data-

bank die bijdraagt aan de kwaliteit van zorg, zonder dat een verzekeraar daarbij betrokken is.

## Huiverig

Het is begrijpelijk dat de politiek huiverig is voor stelselwijzigingen in de zorg. Toch zijn de bezwaren en klachten nu zo hoog opgelopen dat we moeten nadenken over aanpassingen. Het voorgestelde systeem kan geleidelijk worden ingevoerd en zal op den duur miljarden aan besparingen opleveren. Het is aan de politiek om te bepalen wat er met dit geld gebeurt, maar afbouw van het 'eigen risico' behoort tot de mogelijkheden.

In de zorg gaat 90 miljard om. Dit betekent dat er grote financiële belangen zijn ontstaan. De waarschuwing dat de overgang naar een nationale zorgverzekering 6 miljard kost, is verontrustend als je de motivatie leest. Die is gebaseerd op de aanname dat de vele miljarden aan overschot bij de verzekeraars niet zullen vrijvallen en dat schadeclaims zijn te verwachten op grond van misgelopen toekomstige winsten.<sup>10</sup>

De verontrusting is gebaseerd op het feit dat de overschotten zijn opgebracht met publiek geld voor een systeem waarbij winst geen doel op zich was.

Terecht wordt van zorginstellingen gevraagd doelmatig te werken. Het is dan ook niet meer dan redelijk dat de overheid voor een doelmatig zorgstelsel zorgt. Het is aan de politiek om dit voor elkaar te krijgen. ■

## contact

rwkreis@zonnet.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

## web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).