

DE LANDELIJKE ZORGVOORZIENING

**Meer zorg en minder markt
Lagere premies en hogere kwaliteit**



Renske Leijten, SP-Tweede Kamerlid
November 2014

De Landelijke Zorgvoorziening - samenvatting

Marktwerking heeft onze zorg wel duurder maar niet beter gemaakt. Zorgpremies zijn gestegen en het eigen risico is ingevoerd en fors verhoogd. Zorgverzekeraars besteden jaarlijks een half miljard euro premiegeld aan reclame en PR. Gezamenlijk hebben de verzekeraars ruim negen miljard euro aan reserves opgepot. De premies stijgen, maar waar blijft ons geld?

Ondertussen worden artsen, therapeuten en ander zorgpersoneel gek van het eindeloze onderhandelen met verzekeraars over tarieven, budgetten, behandelingen en verantwoordingen. Artsen worden overruled door zorgverzekeraars. De verzekeraar gaat op de stoel van arts zitten en wil beslissen over behandelingen en het voorschrijven van medicijnen. Voor de patiënt geldt hetzelfde: de verzekeraar beslist óf en waar je zorg krijgt.

De zorg is van ons allemaal. Het behoort een publieke voorziening te zijn die toegankelijk en kwalitatief goed moet zijn voor iedereen. Meer macht voor zorgverzekeraars is daarom ongewenst. In de spreekkamer zou niet de verzekeraar maar de arts de baas moeten zijn. Huisartsen zouden niet de concurrent van het ziekenhuis moeten zijn, maar partners om mee samen te werken. Goede gezondheidszorg gedijt immers bij het delen van succes, niet bij het financieel uitbuiten daarvan.

De SP stelt voor om het private karakter van de Zorgverzekeringswet op te heffen en de basisverzekering vanaf 2016 publiek te maken. Alle zorgverzekeraars dienen daarbij te worden omgevormd tot één publieke organisatie voor onze basisverzekering. Met deze Landelijke Zorgvoorziening (LZV) is de SP in staat de premies te verlagen, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de macht van zorgverzekeraars te breken. Een voorziening die de zorg voor alle Nederlanders veilig stelt is bij uitstek een publieke basisverzekering. Met fors minder bureaucratie en zonder commerciële prikkels die uitnodigen tot winstbejag, productiedraaien en verspilling.

De LZV is een publieke basisverzekering die borg staat voor toegankelijke zorg. Dichtbij huis en aangestuurd per regio op basis van de te verwachten zorgbehoefte. Met de LZV komt op termijn een einde aan het stelsel van private zorgverzekeraars. Zij gaan op in één collectieve voorziening. Daarmee komt een einde aan de concurrentie tussen verzekeraars en aan de eindeloze onderhandelingen die nu plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen.

Met het schrappen van deze bureaucratie krijgt het zorgpersoneel de zeggenschap over welke behandelingen noodzakelijk zijn en welke geneesmiddelen worden voorgeschreven. Die macht komt hen toe en niet de private zorgverzekeraars. Met minder bureaucratie, minder reserves, minder PR en betere samenwerking tussen zorginstellingen kunnen de premies omlaag, te beginnen met een bedrag van minimaal 1 miljard euro.

De macht van zorgverzekeraars wordt duur betaald

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Vanaf dat moment zijn zorgverzekeraars private ondernemingen die in concurrentie met elkaar de zorg inkopen, om de gunst van de verzekerde. Daarbij werd het betalen per product, het zogenaamde verrichtingenstelsel, steeds dominanter. De gedachte was dat de zorg door concurrentie beter zou worden, de zorgverzekeraar zou waar voor zijn verzekerden inkopen of anders zijn verzekerden verliezen.

Ook zou de zorg goedkoper worden, want door het onderhandelen van verschillende inkopers met één aanbieder zou de prijs dalen. Tot slot zou het nieuwe zorgstelsel leiden tot transparantie; iedereen zou weten wat de zorg waar kost.

Na acht jaar Zorgverzekeringswet is duidelijk dat de doelen om te komen tot betere, transparantere en goedkopere zorg niet zijn gehaald. De premie is enorm gestegen van gemiddeld 1.080 euro in 2006, naar 1.260 euro in 2014.¹

Naast deze stijging zien we ook na de invoering in 2008 een snelle stijging van het eigen risico tot 375 euro in 2015, waarbij 3,2 miljard aan zorgkosten individueel wordt opgebracht in plaats van collectief. Dit scheelt 240 euro op de premie. Ook zijn grote delen van de fysiotherapie, vele soorten van psychische zorg en bijvoorbeeld maagzuurremmers uit het basispakket gehaald.

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren flinke eigen vermogens kunnen opbouwen uit de premiegelden van de Nederlandse burgers. In totaal hebben ze 9,3 miljard euro aan reserves, dat is twee keer zoveel als vereist is volgens de solvabiliteitsnorm.²

Over wat een behandeling nu precies kost, is nog steeds geen helderheid. Accountants weigeren om jaarrekeningen van ziekenhuizen goed te keuren omdat het financieel niet te controleren is. Vooral nog is de stelling dat concurrentie in de zorg zorgt voor gezondere patiënten niet bewezen.^{3 4} Daar waar geschermd werd met lagere prijzen per product als succes voor de vrije prijzen in de ziekenhuiszorg, keken de optimisten weg van de volumestijging die het voordeel ruimschoots teniet deed.

In 2005 werd er 16,6 miljard aan ziekenhuiszorg uitgegeven, in 2013 is dat 24,8 miljard euro.⁵ Of dat geld aan de juiste dingen wordt uitgegeven of aan verspilling, bureaucratie, management en dure adviesbureaus is volstrekt onduidelijk. Omdat de zorg teveel groeide, stelde minister Schippers zelfs een maximum in. Wanneer daar overheen gegaan wordt, wordt de hele sector rücksichtslos gekort.

Nu blijkt dat de beloften niet gehaald worden, beweren de voorstanders van de concurrentie tussen zorgverleners dat er méér ruimte moet komen voor zorgverzekeraars. Zij moeten strenger inkopen, contracten kunnen weigeren en patiënten kunnen sturen. Dat zou wél leiden tot betere en goedkopere zorg.

Maar de zorgverzekeringsmarkt is geen competitieve markt. Met 56 merknamen van

¹ <http://dehardcijfers.wordpress.com/2013/11/07/zorgpremie-omhoog/>

² Presentatie DNB aan Commissie VWS, d.d. 11 november 2014

³ <http://www.skipt.nl/actueel/id5354-cpb-kwaliteit-zorg-niet-beter-door-marktwerking.html>

⁴ H. Maarse. 2011 "Markthervorming in de zorg". Universitaire Pers Maastricht

⁵ http://www.eengezondenederland.nl/Heden_en_verleden/Zorg/Zorguitgaven

zorgverzekeringen lijkt het aanbod van verzekeraars wellicht groot. Toch is de realiteit dat 90 procent van de verzekerden bij de vier grootste verzekeraars zit.^{6 7} Van échte concurrentie is geen sprake. Meer macht voor de zorgverzekeraars brengt daar geen verandering in.

Daarnaast zien we dat ieder van de vier grootste verzekeraars variërend van één achtste tot één derde van de markt heeft en daarmee 'too big to fail' is geworden. Wat als er één failliet gaat? Dan zal er een fors reddingsplan moeten komen, om te voorkomen dat een groot deel van de zorg in Nederland stil valt.

De zorg is van ons allemaal

Zorg is geen zaak van een paar private bedrijven, zorg is zaak van ons allemaal. Het behoort een publieke voorziening te zijn die toegankelijk en kwalitatief goed moet zijn voor iedereen. Om verdere ongelukken te voorkomen en om de zorg zinniger en zuiniger te organiseren stelt de SP voor om het private karakter van de Zorgverzekeringswet op te heffen en de basisverzekering per (beginnende in) 2016 publiek te maken. Alle zorgverzekeraars dienen daarbij te worden omgevormd tot één publieke inkooporganisatie voor onze basisverzekering.

Dit zal leiden tot forse besparingen in de uitvoeringskosten. Zorgorganisaties hoeven niet meer met allerlei verschillende partijen te onderhandelen. En ook de kosten verbonden aan reclame en concurrentieactiviteiten vervallen. In 2012 waren de kosten voor acquisitie alleen al 541 miljoen euro wat neer kwam op 571 euro per overgestapte verzekerde.⁸ De totale besparing op het afschaffen van concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt geraamd op 950 miljoen euro per jaar.⁹ Ook vervalt de eis voor solvabiliteitsbuffers en komen de reserves van zorgverzekeraars vrij. Omdat deze zijn gevormd met verplichte premiegelden van alle burgers, zullen deze reserves onderdeel worden van de publieke zorginkoper.

Het publiek maken van private instellingen is niet vreemd binnen de zorg. Het vorige kabinet vormde het Centraal Administratie Kantoor (CAK) van een private onderneming om naar een zelfstandig bestuursorgaan. Op dit moment nationaliseert minister Schippers het bedrijf dat diagnose behandelcombinaties¹⁰ maakt en beheert. Zij vindt dat dit een publieke taak is en daarom wordt dit bedrijf ondergebracht bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Op een ander terrein heft Minister Kamp de bedrijfsschappen per 1 januari 2015 op en brengt de taken onder bij het ministerie van EZ, ook omdat het volgens hem om publieke taken gaat. Daarbij worden de bedrijfsschapscontributies in feite omgezet in een algemene belastingheffing.

⁶ <http://www.independer.nl/zorgverzekering/info/marktcijfers/aantal-zorgverzekeraars.aspx>

⁷ Zie Marktscan Zorgverzekeringmarkt 2014

⁸ Zie artikel De Telegraaf "Miljoenen voor overstapper", d.d. 14 oktober 2014

⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-59843>

¹⁰ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/NZa-krijgt-zeggenschap-over-DBC-Onderhoud/>

Een publieke basisverzekering voor iedereen

De zorgverzekeraars hebben, met gemiddeld 3,0 procent in 2013, hogere uitvoeringskosten dan de oude ziekenfondsen die daar in 2005 2,5 procent aan uitgaven. Dit komt grotendeels door de onderhandelingen die zij moeten voeren per zorgaanbieder. Wanneer het inkoopproces door één publieke zorginkoper wordt gedaan moeten besparingen in die orde van grootte mogelijk zijn. Een besparing van 0,5% op de uitvoeringskosten op een totaal aan uitgaven van ruim 44 miljard euro in 2015 is ongeveer 220 miljoen euro op jaarbasis.

Ieder jaar moeten de zorgverzekeraars verzekerden werven. Dit proces is in het najaar, de overstaptijd, altijd het meeste zichtbaar via de reclames in de media. Maar ook gedurende het jaar wordt er veel geld uitgegeven om mensen een 'goed gevoel' bij de verzekeraar te geven. Tv-programma's zijn 'mede mogelijk gemaakt door', hardloopwedstrijden worden gesponsord, er zijn leuke zorginnovatie verkiezingen en betaald-voetbalorganisaties worden voor miljoenen per jaar gesponsord.¹¹ Deze acquisitie, sponsoring en reclame wordt overbodig als er één nationale uitvoerder van de basisverzekering is. Hierdoor wordt per jaar veel bespaard. Als al eerder gemeld, de kosten voor acquisitie waren in 2012 alleen al 541 miljoen waren. Dat komt neer op 571 euro per overgestapte verzekerde.¹² Hierbij moet worden opgemerkt dat de zorgverzekeraars deze berekening bestrijden, overigens zonder hún berekening te geven van het geld dat aan acquisitie wordt besteed.

Geen solvabiliteitseisen meer

Omdat zorgverzekeraars volgens de wet risico lopen op hun verzekerden moeten zij voldoen aan Europese richtlijnen voor solvabiliteit. Hoe meer risico de overheid de zorgverzekeraars laat lopen, hoe hoger de richtlijnen om buffers aan te houden. Het overhevelen van de wijkverpleging naar de zorgverzekeringswet leidt tot het moeten aanhouden van 340 miljoen euro aan extra reserves. Dit komt uit premies. Nu geldt dat het 11 procent is over de 'schadelast', dat wordt met de nieuwe Europese richtlijn naar schatting tussen de 15 en 17%.¹³ Het vrijkomen van de reserves betreft weliswaar een eenmalig voordeel, maar het gaat wel om bijna 10 miljard euro.

'Winsten' terug naar lagere premie

In het voorstel wordt er door de publieke zorginkoper geen winst meer gemaakt op de basispremie. Wanneer via premie en belastingen teveel premie is geïnd, wordt dit vertaald in een lagere premie. Natuurlijk blijft het zo dat als de zorgkosten stijgen, er ook meer premie zal worden geheven. In zoverre wijkt het niet af van het huidige systeem waarbij stijgende zorgkosten ook worden doorberekend in de premie. Het heeft onze voorkeur om de premie meer inkomensafhankelijk te innen. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om de zorgkosten te financieren uit de algemene middelen. Welke keuze hier ook gemaakt wordt, het staat een publieke uitvoering van de basisverzekering en de zorginkoop niet in de weg.

¹¹ <http://sport.infonu.nl/voetbal/46107-wat-verdient-een-eredivisieclub-aan-shirtsporing.html>

¹² Zie artikel De Telegraaf "Miljoenen voor overstapper", d.d. 14 oktober 2014

¹³ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2014/07/10/dnb-advies-over-de-solvabiliteitseis-voor-zorgverzekeraars-per-1-januari-2015.html>

Reserves inzetten voor de integratie tot één publieke zorginkoper

Bij het weer in publieke handen brengen van de basisverzekering geldt dat zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, worden geïntegreerd. Dit kost tijd en zeker ook geld. De reserves die zijn opgebouwd door premiegelden worden hiervoor gebruikt. Hiermee wordt voorkomen dat het integratieproces de hoogte van de premie verstoort.

Met de nieuwe basisverzekering hoeven slechts zeer beperkte buffers te worden behouden, omdat de risico's geminimaliseerd zijn. Doordat er geen risico wordt gelopen op de basisverzekering maken we een einde aan risicoselectie van mensen met chronische aandoeningen of ouderen.

Zorg in publieke handen

De mythe van de markt is dat zorgverzekeraars de zorg wel zullen inkopen, want zij hebben zorgplicht voor de verzekerden. Helaas zien we het tegengestelde gebeuren. In de geestelijke gezondheidszorg zien we bijvoorbeeld dat de zorgverzekeraar beslist wat dichtbij is en nodig.

Bij de inkoop van logopedie zijn soms hele regio's niet voorzien van een bereikbare logopedist, omdat de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten. De patiënt moet reizen of haakt af.

In plaats van meer macht naar de zorgverzekeraars om de patiënt te sturen en zorgaanbieders te selecteren ten koste van andere (kwalitatief goede) zorgaanbieders, moeten we toe naar goede samenhangende en samenwerkende zorg. De huisarts is niet de concurrent van het ziekenhuis, de verloskundige niet van de gynaecoloog. We zorgen voor samenhang in de zorg per regio en een nationaal netwerk van samenwerkende ziekenhuizen waardoor én zorg dichtbij én specialisatie mogelijk is.

De SP staat voor toegankelijke zorg dichtbij huis, aangestuurd per regio, op basis van de te verwachten zorgbehoefte, door een publieke zorginkoper. Om zorg te mogen verlenen geldt dat dit alleen mag als je aan de gangbare kwaliteitsnormen voldoet, je personeel goed behandelt, geen wachtlijsten laat ontstaan en niet uit bent op eigen rendement.

Zorg wordt niet ingekocht per product, maar op de reëel te verwachten behoefte van een zorgverlener in een regio. Het overgrote deel van de gezondheidszorg is planbare zorg waarvan de kosten goed zijn in te schatten. Via het systeem van nacalculatie zijn onverwachte ontwikkelingen goed op te vangen. Dit brengt rust en zekerheid bij zorgverleners, waardoor faillissementsrisico's bij zorgverleners sterk zullen afnemen en zij minder financiële buffers hoeven aan te houden.

Zorgdata: publieke informatie

Op dit moment bezitten de zorgverzekeraars schatten aan informatie over de zorg. Welke operaties worden waar vaker gedaan en waar goedkoper? Waar leidt zorg vaker tot heropnames of tot (medische) complicaties? Dit is deels private informatie geworden, omdat zorgverzekeraars uit concurrentieoverwegingen deze gegevens niet prijsgeven. Wanneer we de basisverzekering publiek maken kunnen we deze schatten aan informatie inzetten voor goede vergelijking tussen instellingen, kennis en innovatie delen en verbetering aanbrengen waar deze mogelijk is.

Samen organiseren en inkopen

Wanneer de zorg in samenhang en samenwerking in een regio wordt georganiseerd, is het ook heel goed mogelijk om op regionale en/of landelijke schaal hulpmiddelen, medicatie, technologie en ICT in te kopen. De schaalvoordelen zullen de kosten doen verlagen, maar er is ook meer gedeelde kennis voor een goed inkoop- of aanbestedingsproces. Er is geloof in het feit dat opschaling van inkoop voordeel oplevert in de prijs. Minister Schippers brengt vele dure medicatie onder in het ziekenhuisbudget, omdat die groter kan inkopen, – zo daalt de prijs is de gedachte. Het grote nadeel van dit beleid is dat het financiële risico bij de ziekenhuizen komt te liggen en ze daardoor aan risicoselectie bij patiënten gaan doen. Teveel dure patiënten is direct nadelig voor de balans van het ziekenhuis. Wanneer we deze inkoopvoordelen regionaliseren en publiek organiseren, is ten eerste transparant wat de voordelen écht zijn en kunnen we voorkomen dat individuele zorgaanbieders teveel risico lopen met alle gevolgen van dien.