

UITDAGINGEN VOOR EEN GEZONDE ZORG

*Willem Vermeend &
Roger van Boxtel*

Uitdagingen voor een gezonde zorg

VERKENNINGEN OP HET GEBIED VAN

kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid
van de gezondheidszorg

kostenbeheersing, marktwerking, preventie,
concurrentie, ICT en werken in de zorg

de economische waarde van zorg

DE WEG NAAR DE BESTE ZORG TER WERELD

Lebowski Publishers, Amsterdam 2010

© Willem Vermeend & Roger van Boxtel, 2010
© Lebowski Publishers, Amsterdam 2010
Omslagontwerp: DPS, Amsterdam
Typografie: Perfect Service, Schoonhoven
Foto's auteurs: Kees Hummel en Bert Nienhuis

ISBN 978 90 488 0457 3
NUR 882

www.lebowskipublishers.nl

Lebowski Publishers is een imprint van Dutch Media Uitgevers bv



Mix
Produktgroep uit goed beheerde
bossen, gecontroleerde bronnen
en gerecycled materiaal.

Cert no. SGS-COC-003091
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council



lebowski

Dit boek is ook leverbaar als e-book:
ISBN 978 90 488 0458 0

Voorwoord

In veel opzichten is de gezondheidssector een van de belangrijkste sectoren van ons land. Niet alleen voor onze gezondheid, maar ook voor onze economie en de werkgelegenheid in Nederland. De komende decennia zal vooral door de groei van de bevolking, de vergrijzing en innovaties op het terrein van (medische) technologie de vraag naar zorg blijven toenemen. Daarnaast wordt een tekort aan personeel in de zorg- en welzijnssector verwacht. Door deze ontwikkelingen zullen bij ongewijzigd beleid in de periode 2011-2015 niet alleen de collectieve zorguitgaven met reëel 4% per jaar toenemen, maar zou in 2025 bijna een kwart van de beroepsbevolking in de zorgsector moeten werken om aan de toenemende vraag naar zorg te voldoen. Zonder ingrijpende maatregelen komt dit erop neer dat voor veel mensen geen volledige zorg meer beschikbaar zal zijn en dat we tegelijk allemaal fors meer gaan betalen voor onze gezondheidszorg. Ondanks alle verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg zullen de premies voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) flink gaan stijgen. Bij voortzetting van het huidige beleid op het terrein van de zorg zullen deze premies vooral opgebracht moeten worden door een in verhouding kleiner wordende groep jongeren ten behoeve van een groeiende groep ouderen. Een nieuw kabinet zal hoe dan ook met passende oplossingen moeten komen voor een nieuw zorgstelsel.

Vooruitlopend daarop verkennen wij in dit boek de mogelijkheden om ervoor te zorgen dat onze zorgsector in de toekomst aan de volgende voorwaarden zal voldoen: toegankelijk en betaalbaar voor iedereen, en van hoge kwaliteit. Daarnaast is het ook nodig dat er voldoende mensen zijn die in de zorg willen werken. Dit vraagt om ingrijpende hervormingen in het stelsel van de gezondheidszorg. Deze moeten niet alleen betrekking hebben op de mate van invloed van politiek Den Haag op ons zorgstelsel, de organisatie van de zorg, de bedrijfsvoering, het werkklimaat, maar ook op het vlak van de financiering en bekostiging. Daarbij dient de kwaliteit van de zorg in alle opzichten centraal te staan. Bovendien bepleiten wij een radicaal andere benadering van de zorgsector.

In dit boek proberen wij prikkelende oplossingen aan te dragen die een rol kunnen gaan spelen bij de discussies over toekomstige ontwikkelingen en aanpassingen van het huidige zorgstelsel, waarbij de nadruk ligt op het waarborgen van de inkomenssolidariteit. We hebben dankbaar gebruik gemaakt van een groot aantal adviezen en artikelen die de afgelopen jaren over de zorg zijn verschenen, de praktijkervaringen van werkers in de zorg die wij hebben geraadpleegd en onze eigen ervaringen.

Dit boek is bestemd voor iedereen die op enigerlei wijze belangstelling heeft voor het wel en wee van onze zorgsector en de toekomst van ons zorgstelsel. Om die reden en met het oog op de leesbaarheid hebben wij slechts een beperkt aantal verwijzingen naar publicaties opgenomen. Wel wordt naar websites verwezen waar nadere informatie gevonden kan worden. Wij hebben niet de pretentie alle vraagstukken in de zorg aan de orde te stellen en daarvoor pasklare oplossingen aan te bieden. Zo worden medisch-ethische kwesties en vakinhoudelijke zorgvraagstukken niet in onze

beschouwingen betrokken. De nadruk ligt op de financiële, (macro-)economische en inkomensaspecten van ons zorgstelsel.

Een eerste concept van dit boek hebben wij aan een aantal mensen voorgelegd met een ruime ervaring in de zorg. Judith Degen, Richard Lancee, Wies Plas, Bas Leerink, Agnes Wedema en Ruben Wenselaar, hartelijk dank voor jullie opmerkingen, correcties en suggesties.

Willem Vermeend/Roger van Boxtel

Inhoud

Inleiding 13

1 Organisatie zorg 17

Organisaties in de zorg 17

Zorgverzekeringswet (Zvw) 18

Zvw-premie 20

Zorgtoeslag 20

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 22

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 24

Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) 25

Andere toezichthouders op de zorg 26

2 Financiering zorg 27

Collectieve zorguitgaven 27

Definities 28

Zorguitgaven als aandeel in het bbp 30

Onze zorguitgaven vergeleken met andere landen 31

Onze gezondheidszorg staat op een hoog peil 34

3 Ontwikkelingen in de zorguitgaven 35

Ontwikkelingen van de zorguitgaven 35

Zorguitgaven zijn sterk gestegen 38

Zorguitgaven op de derde plaats bij de collectieve
uitgaven 40

Kabinet moet bezuinigen op de collectieve uitgaven 42

Aandeel van de zorguitgaven blijft toenemen 43
Groei van zorguitgaven tweemaal de economische
groei 46
Budgettair Kader Zorg (BKZ) 47
Overschrijdingen BKZ 49
Grootste BKZ-uitgaven 50
Belangrijke uitdagingen en mogelijkheden voor de
zorgsector 53

4 Uitgavenbeheersing in de zorg 55

Waarom uitgavenbeheersing? 55
Een hogere zorgquote leidt tot hogere collectieve
lasten 57
Is een stijgende collectievelastendruk erg? 59
De lastendruk van ons zorgstelsel drukt zwaar op de
onderkant van het loongebouw 62
Er is geen zorgmarkt in economische zin 67
Beperking uitgaven, besparingsvoorstellen 71
Heroverwegingen collectieve uitgaven curatieve zorg
(cure) 76
Heroverwegingen collectieve uitgaven langdurige zorg
(care) 81
We moeten snel aan de slag met een stevig nationaal
preventiebeleid 83
Geen hogere verzekeringspremies voor ongezond
gedrag 88
Meer inzet van ICT, meer inzet van internet 89
Verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg 92
Adviezen over een hogere arbeidsproductiviteit 95
Toekomstige arbeidsproductiviteit maximaal 1% per
jaar 97
Geen verplichte loondienst voor medisch
specialisten 99

- Medische dienstverlening wordt in toenemende mate internationaal 103
- Kostenbeheersing specialistenbudget 104
- Bezuinigingen op kosten van langdurige zorg (AWBZ) 105
- Meer prikkels voor zorgverzekeraars? 110
- 5 Economisch belang zorgsector 115**
 - Grote werkgever 115
 - Effecten verkiezingsprogramma's 2011-2015 op de werkgelegenheid in de zorg 121
 - Nog meer toegevoegde waarde door topzorg 122
 - Meer prikkels voor doelmatigheid en innovaties, meer ondernemerschap 125
 - Winst en ondernemerschap in de zorg 127
 - Reacties 129
 - Vastgoedproblematiek in de zorg vraagt om een oplossing 132
 - De opkomst van privéklinieken 134
 - Wij zijn voorstander van het coöperatieve model 137
- 6 Weging van het zorgstelsel 141**
 - Effecten nieuwe zorgstelsel curatieve zorg 141
 - Kritiek op de stelselwijziging in de curatieve zorg 144
 - Het beladen begrip marktwerking 148
 - Terugdraaien marktwerking is achterhoedegevecht 151
 - Zorg in de verkiezingsprogramma's 2011-2015 153
 - De politiek is verdeeld over het 'eindmodel' van ons zorgstelsel 159
 - Op weg naar een beter stelsel 161
- 7 Hoofdlijnen toekomstig zorgstelsel 165**
 - Financiering zorgstelsel 165

Zorg beschouwen als een belangrijke economische sector	167
Besparingen en bezuinigingen	169
Wettelijke regeling voor kwaliteit in de gezondheidszorg	170
Welk uitgavenniveau voor de zorg?	173
Welke besparingen zijn mogelijk?	179
Een overzicht van mogelijke besparingen op de collectieve zorguitgaven	181
Hogere eigen betalingen zijn noodzakelijk	186
Verhoging verplicht eigen risico	188
Een lagere zorglastendruk op arbeid door een verschuiving van deze druk naar de btw en accijnzen	190
Zorgsparen	196
Toekomstige financiering zorg	197
Register	201
Bijlage 1 Geciteerde websites	205

Inleiding

Volgens artikel 22 van de Grondwet is het aan de overheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Op grond daarvan stelt de Nederlandse overheid zich ten doel zorg te dragen voor een stelsel van gezondheidszorg dat gekenmerkt wordt door toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Dit wordt ook wel aangeduid als het publieke belang van het stelsel, waarbij als kernwaarden van de zorg worden beschouwd: solidariteit, verantwoordelijkheid, gelijkwaardigheid, noodzakelijkheid, doelmatigheid en werkzaamheid.

Tot 1 januari 2006 kende ons land een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen. Een groot deel van de bevolking viel toen onder de verplichte ziekenfondsverzekering. Een ander deel was aangewezen op particuliere verzekeringen. Daarnaast golden er voor bepaalde groepen ambtenaren verplichte publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. Vooral sedert de inwerkingtreding van de Ziekenfondswet (1965) en de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (1968) is de rijksoverheid, politiek Den Haag, zich meer gaan bemoeien met de gang van zaken in de zorg. Bij die bemoeienis ging het in hoofdzaak om het vaststellen van de jaarlijkse begroting voor de collectieve zorguitgaven (het zogenoemde macro uitgavenkader), het garanderen van de toegankelijkheid voor iedereen en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Daarnaast werden er door de over-

heid normen en prijzen vastgesteld voor het zorgaanbod. Daarbij moesten kabinetten voortdurend laveren tussen de belangen van de zorgvragers, zoals patiënten en de aanbieders van zorg, bijvoorbeeld huisartsen en ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.

De afgelopen decennia zijn door de toenemende zorgvraag en de ontoereikende zorgbudgetten niet alleen de zorguitgaven fors toegenomen, maar ontstonden er ook wachtlijsten. Aangezien verzekerden een juridisch afdwingbaar recht op zorg hebben, waren er maatregelen nodig om deze weg te werken. Deze aanpassingen in het zorgstelsel losten de wachtlijsten weliswaar op, maar de collectieve uitgaven voor zorg bleven stijgen. Na veel voorbereidend werk van minister Borst in de periode 1998-2002, begon minister Hans Hoogervorst in 2003 met een ingrijpende hervorming van het zogenoemde curatieve zorgstelsel met als kern 'ge-reguleerde marktwerking' om de zorg meer vraaggericht en doelmatig te laten werken.

Deze hebben (nog) niet het gewenste resultaat opgeleverd, terwijl de voortdurend toenemende vraag naar zorg tot extra uitgaven leidt. Als gevolg van de economische crisis wordt de zorgsector met een extra probleem geconfronteerd. De rijksoverheid zal de komende jaren fors moeten bezuinigen op de overheidsuitgaven om weer tot gezonde overheidsfinanciën te komen. Een van de grootste uitgavenposten voor de overheid zijn de collectieve zorguitgaven. Het is waarschijnlijk dat deze post bij de bezuinigingen niet buiten schot kan blijven. Als gevolg van de val van het kabinet-Balkenende IV op 20 februari 2010 zal de besluitvorming over de zorguitgaven bij een nieuw kabinet komen te liggen. Deze regeringsploeg zal daarbij ook moeten aangeven hoe ons zorgstelsel er in de toekomst gaat uitzien.

Tot op heden wordt deze vooral als een collectieve kosten-

post gezien, als een last voor onze economie. Deze benadering is ouderwets en past niet meer bij de grote toegevoegde waarde die de zorg heeft voor onze economie, met name voor de werkgelegenheid, en ook niet bij de internationale koppositie van deze sector. Bovendien zal door toekomstige innovatieve ontwikkelingen op het terrein van de medische en biowetenschappen en nieuwe medische technologie de gezondheidszorg ingrijpend veranderen. Wij vinden dat hier voor Nederland een geweldige kans ligt. Ons land moet uitgroeien tot een (medisch) topzorgland in de wereld. Een belangrijk deel van de zorguitgaven die nu in de overheidsboekhouding als kosten worden beschouwd, kan via innovaties daartoe een belangrijke bijdrage leveren. Innovaties zijn niet alleen van belang voor een hogere kwaliteit van onze zorg en het welzijn van patiënten. Ze geven ook een impuls aan andere bedrijfssectoren die aan zorg zijn gerelateerd en bevorderen daarmee de groei van onze economie. Nederland moet daarbij vooroplopen.

1

Organisatie zorg

Organisaties in de zorg

Wie in Nederland zorg nodig heeft, kan afhankelijk van het type zorg een beroep doen op verschillende aanbieders. De belangrijkste zijn huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, ziekenhuizen, medisch specialisten, verzorgings- en verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Naast deze zorgaanbieders zijn er in de zorgsector zesentwintig zorgverzekeraars werkzaam. (www.vektis.nl) Deze verzekeraars verzorgen voor hun verzekerden, in totaal bijna 16 miljoen, de inkoop van zorg en vervullen de rol van makelaar tussen zorgvragers en de zorgaanbieders. Bijna 90% van het totaal aantal verzekerden is aangesloten bij de vier grote zorgverzekeraars: Achmea, UVIT, CZ en Menzis. In de zorg zijn ook verschillende patiëntenorganisaties en gehandicaptenorganisaties actief en zogenoemde koepelorganisaties als de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (www.npcf.nl) en de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (www.cgr.nl). Daarnaast is een belangrijke rol weggelegd voor de rijksoverheid. Vanaf 2006 zijn de organisatie en financiering in de zorg gebaseerd op vier wettelijke regelingen en daarnaast de vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen. De wettelijke regelingen zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet op de zorgtoeslag, de

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). (www.minvws.nl)

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw, ingevoerd op 1 januari 2006, regelt een verplichte zorgverzekering voor iedereen. (www.wetten.overheid.nl) Volgens de eerste evaluaties heeft deze stelselwijziging de afgelopen jaren bijgedragen tot een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid in de curatieve zorg. De totale zorgkosten die met de Zvw samenhangen worden voor 2010 geraamd op circa 33 miljard euro. Ongeveer 90% van deze kosten wordt gefinancierd uit premies: circa 51% door werkgevers via de inkomensafhankelijke Zvw-premie en bijna 39% uit de vaste nominale basispremie die verzekerden betalen. In de Zvw is bepaald dat voor iedereen een basisverzekering wettelijk verplicht is en dat zorgverzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt in deze verzekering een verplicht eigen risico. In 2009 ging het om een bedrag van 155 euro en voor 2010 is het 165 euro. De inhoud van het basispakket van deze verplichte verzekering wordt bepaald door de overheid. Het basispakket omvat de zogenoemde standaardzorg, bijvoorbeeld van huisartsen en apothekers. De inhoud van het voor iedereen geldende basispakket is bijvoorbeeld te vinden op www.cvz.nl/zorgpakket. Voor behandelingen en zorg die buiten dit pakket vallen kunnen de basisverzekerden bij een zorgverzekeraar een vrijwillige aanvullende verzekering afsluiten. Meer dan 90% van de verzekerden heeft naast de verplichte basisverzekering een aanvullende verzekering afgesloten voor behandelingen die niet in het basispakket zijn opgenomen. Naast het eigen risico betalen verzekerden voor hun verplichte zorgverzekering een zogenoemde no-

minale premie en een premiebedrag dat afhankelijk is van het inkomen. De nominale premie is een vast bedrag per maand dat de verzekerden aan hun zorgverzekeraars betalen. De hoogte van deze basispremie verschilt per zorgverzekeraar.

Volgens www.verzekeringssite.nl, die alle zorgverzekeringen vergelijkt, varieert de bruto jaarpremie (= premie zonder korting) in 2010 tussen 996 euro en 1239 euro. Verzekerden mogen elk jaar per 1 januari overstappen naar een andere verzekeraar. In 2009 was het aantal overstappers 3%. Voor 2010 gaat het volgens voorlopige cijfers om circa 5%. Deze toename houdt mede verband met premiestijgingen, aanpassingen in de polis van een aantal zorgverzekeraars en een door de recessie toegenomen kostenbewustzijn bij burgers. Dit waren belangrijke redenen voor verzekerden om de prijs-kwaliteitverhouding van hun polis te vergelijken en eind december 2009 van zorgverzekeraar te wisselen. Daarbij valt vooral de hoge score op voor de relatief voordelige internetzorgverzekeringen. Ook is er sprake van een toename van zogenoemde collectieve verzekeringen, waarbij verzekerden via een collectiviteit (bijvoorbeeld vakbond, werkgever, patiëntenvereniging) bij een zorgverzekeraar zijn aangesloten.

Volgens www.verzekeringssite.nl is momenteel 64% van de Nederlanders verzekerd via een collectieve zorgverzekering. De gemiddelde collectiviteitskorting op de basispremie bedraagt in 2010 7,1%. De resterende 36% van de verzekerden (circa 3,8 miljoen mensen) is niet via een collectiviteit verzekerd. Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is een gezin in ons land gemiddeld een kwart meer kwijt voor zijn basisverzekering. In 2010 gaat het ten opzichte van 2009 om een gemiddeld extra bedrag van 137 euro aan zorgpremie. Onafhankelijke informatie

over zorg, gezondheid, zorgverzekeringspolissen en ziekenhuizen is ook te vinden op www.kiesbeter.nl.

Zvw-premie

De nominale Zvw-premie en het verplichte eigen risico beogen burgers te prikkelen hun zorggebruik zo beperkt mogelijk te houden. Naast deze premie wordt bij verzekerden op het salaris of de uitkering een inkomensafhankelijke Zvw-premie ingehouden. Deze wordt vermeld op het zogenoemde loonstrookje en bedraagt in 2010 7,05%. Dit percentage moet betaald worden over een maximaal bedrag aan inkomen van 33.189 euro. De werkgever of uitkeringsinstantie berekent het bedrag van de premie, houdt dit in en draagt het af aan de belastingdienst. De werkgever of uitkeringsinstantie is verplicht dit inkomensafhankelijke bedrag aan de werknemer te vergoeden. Over deze vergoeding moet de werknemer vervolgens loon- en inkomstenbelasting betalen. Eenvoudig is anders! Het aan de belastingdienst afgedragen Zvw-bedrag wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds dat daarnaast ook nog wordt gevoed met een rijksbijdrage uit de schatkist. Uit dit fonds wordt onder meer aan zorgverzekeraars een bijdrage betaald die gerelateerd is aan het risicoprofiel van de bij hen verzekerde mensen. Voor mensen die niet in loondienst werkzaam zijn, maar bijvoorbeeld ondernemer zijn, en die hun Zvw-premie niet vergoed krijgen, geldt in 2010 een premie van 4,95%.

Zorgtoeslag

De financiële toegankelijkheid van onze zorg moet mede door de zorgtoeslag gewaarborgd worden. Tegelijk met de

Zvw is in 2006 de Wet op de zorgtoeslag in werking getreden. Op grond van deze wet kunnen mensen voor wie de premielasten voor de zorg in verhouding tot hun inkomen hoog is een zogenoemde zorgtoeslag krijgen. Daarmee wordt een relatie gelegd tussen de draagkracht van verzekerden en hun zorgkosten. De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming die bij de belastingdienst kan worden aangevraagd. (www.belastingdienst.nl) Hoe lager het inkomen van de aanvrager, hoe hoger de zorgtoeslag. De maximale zorgtoeslag voor alleenstaanden is 735 euro per jaar. Voor samenwoners is het maximum 1548 euro per jaar. Bij een gezamenlijk jaarinkomen van 50.000 euro bestaat er geen recht op zorgtoeslag. Op dit moment wordt er door de belastingdienst ongeveer 5 miljard aan zorgtoeslag uitgekeerd. Inmiddels kan meer dan 80% van de verzekerden aanspraak op de toeslag maken, terwijl deze oorspronkelijk was bedoeld voor de lagere inkomensgroepen. Mede als gevolg van de (fiscaal)technische vormgeving van de zorgtoeslag kunnen steeds meer hogere inkomens de toeslag krijgen. Zo wordt bijvoorbeeld door de hypotheekrenteaftrek het fiscale inkomen van een zorgtoeslagaanvrager lager; dit lagere inkomen kan tot een (hogere) zorgtoeslag leiden. Als gevolg van de verwachte stijgende premielasten voor verzekerden zal het jaarlijkse budgettaire beslag van de zorgtoeslag blijven toenemen. In de meeste verkiezingsprogramma's 2011-2015 worden er voorstellen gedaan om de zorgtoeslag te beperken; ook afschaffing wordt daarbij voorgesteld. Met het oog op de toegankelijkheid van onze zorg is het wel noodzakelijk op enigerlei wijze rekening te houden met de draagkracht van verzekerden. Bij beperking of afschaffing van de zorgtoeslag zal daarvoor naar alternatieve oplossingen gekeken moeten worden.