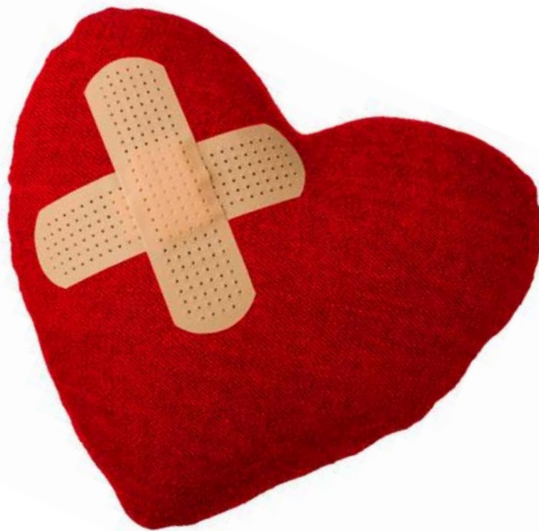


# Bezuiniging gezondheidszorg

*Voorstellen van de Consumentenbond  
voor kwalitatief goede zorg met voor  
iedereen een volwaardige en  
betaalbare basisverzekering*



*Consumentenbond wil de pijn van  
bezuinigingen verlichten en verdelen*

**Consumentenbond**

*Dan weet je het.*



# Inleiding

Nederland staat voor een zware opgave. Er volgen fikse bezuinigingen, met name in de zorg. De komende jaren geldt een korte aanloop, maar met ingang van 2015 wil de Nederlandse overheid structureel bijna 11 miljard euro minder uitgeven aan gezondheidszorg. Het gaat daarbij om een bezuiniging van 20%, waarbij het totale zorgbudget wordt teruggeschroefd van grofweg 54 miljard tot 43 miljard euro. Dat Nederland vergrijsst en dat de gemiddelde levensverwachting hoger is dan pakweg 30 jaar geleden, waardoor we met z'n allen niet alleen steeds meer, maar ook steeds langer en steeds duurdere zorg consumeren, doet daar niks aan af. Er moet bezuinigd worden, anders wordt de zorg onbetaalbaar, zo vindt het kabinet.

## Bezuinigingsoperatie geslaagd, patiënt de dupe

Een commissie van wijze ambtenaren – de zogeheten ‘Werkgroepen Heroverweging’ – inventariseert in opdracht van het Ministerie van Financiën wat de mogelijkheden zijn om de voorgenomen bezuiniging te realiseren. De vaart zit er flink in. Op 1 mei 2010 moeten de diverse werkgroepen advies uitbrengen, maar met het oog op de vervroegde verkiezingen en de nog te schrijven verkiezingsprogramma's is demissionair Minister van Financiën De Jager van plan de deadline te vervroegen. De Consumentenbond wil niet aan de zijlijn afwachten, en kiest voor een actieve bijdrage aan de discussie. We realiseren ons dat bezuinigen nodig is en dat de kaasschaaf-methode niet toereikend is om 11 miljard bijeen te sprokkelen. Ook realiseren we ons dat deze mega-bezuiniging pijn gaat doen. Maar het kan en mag niet zo zijn dat alleen de zorgconsument wordt getroffen. Helaas weten we dat bezuinigen in de zorg is op zich niet heel moeilijk is. De makkelijke weg is schrappen in het basispakket en de verplichte eigen bijdrage flink opschroeven, en zie daar: bezuinigingsoperatie geslaagd, patiënt de dupe... Want verhogen van de eigen bijdrage en schrappen in het basispakket is zeker op lange termijn niet bevorderlijk voor de gezondheid van de consument en het is ook maar de vraag of het de staatskas echt iets oplevert. De bond kiest dus voor een andere weg.

## Alle partijen moeten concessies doen

Door zelf met plannen en suggesties te komen hopen we te voorkomen dat de zorgconsument straks aan alle kanten de dupe is. In de plannen van de Consumentenbond moeten alle partijen concessies doen; specialisten, ziekenhuisdirecties, zorgverzekeraars en óók de consument. Wat we absoluut niet willen zijn ‘Amerikaanse toestanden’, waarbij goede zorg alleen bereikbaar en betaalbaar is voor de rijke elite. In onze toekomstvisie staat centraal dat de zorg ook op lange termijn voor iedereen betaalbaar, toegankelijk, kwalitatief van hoog niveau en veilig moet zijn.

## Meer taken voor de huisarts en normale salarissen

De bezuinigingsvoorstellen die we doen, zijn even simpel als doeltreffend:

- Eenvoudige zorg dichtbij, in grote gezondheidscentra waar huisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten nauw samenwerken en waar mensen terecht kunnen voor diagnose, advies en behandeling. Mensen moeten alleen naar het ziekenhuis als dat echt nodig is, want ziekenhuiszorg is duur.
- Niet alle zorg in elk ziekenhuis. Ziekenhuizen leggen zich bij bijzondere ingrepen toe op behandelingen waar ze goed in zijn. Behandelingen A in ziekenhuis X en behandeling B in ziekenhuis Y. Een beperkte extra reisafstand moeten we voor lief nemen.
- De introductie van een inkomensafhankelijke eigen bijdragen, waarbij de zorgverzekeraar de vrijheid krijgt om de eigen bijdrage kwijt te schelden als de consument kiest voor kwaliteit.
- Extra financiële prikkels zodat zorgverzekeraars meer aandacht hebben voor kwaliteit bij het inkopen en contracteren van zorg. Het mes snijdt dan aan twee kanten: een extra stimulans om te investeren in kwalitatief goede zorg en de zwakke broeders vallen vanzelf buiten de boot.
- En last but not least wil de Consumentenbond aandacht voor normale salarissen voor professionals in de zorg.

## Plagiaat is geoorloofd

Het zijn stuk voor stuk maatregelen die het budget flink ontlasten. Of hiermee de taakstelling van 11 miljard euro wordt gehaald, durf ik niet te zeggen. Aan het Centraal Planbureau (CPB) de schone taak om de rekensom te maken. Tegelijkertijd daag ik de commissie van wijze ambtenaren en de dames en heren lijsttrekkers uit dit plan tot zich te nemen. Plagiaat is in dit geval geoorloofd en ik sta open voor een discussie.

***Bart Combée, directeur Consumentenbond***

*Februari 2010*

# 1. Uitgangspunten

## 1.1 Doel en status van deze position paper

De plannen van de door het Kabinet Balkenende IV ingestelde Werkgroepen Heroverweging moeten leiden tot een structurele, fundamentele besparing van 20 procent op de netto overheidsuitgaven. De Consumentenbond erkent het belang van deze heroverweging. Vanuit de opdracht om de belangen van de leden ook op langere termijn te waarborgen, geeft de bond in deze position paper zijn visie op het gewenste karakter van de heroverweging die de gezondheidszorg te wachten staat. Daarbij hoort een aantal voorstellen voor concrete oplossingen. Met deze aanpak kiest de Consumentenbond er uitdrukkelijk voor een actieve rol te spelen in het complexe debat over de mogelijke herstructurering van de zorg.

Deze position paper bevat enkele eerste gedachten over het soort heroverwegingen dat gemaakt zou kunnen worden, waarbij als uitgangspunt geldt dat de belangen van consumenten zo min mogelijk worden geschaad. Dat die belangen geschaad worden is helaas een feit, maar er is discussie mogelijk over mate waarin en de manier waarop. Het is belangrijk dat de veranderingen in ieder geval tot efficiëntere en betere zorg leiden en dat de lastenverzwaring op een solidaire manier wordt verdeeld. Deze position paper zal verder worden aangepast en verfijnd op basis van latere ontwikkelingen en op basis van de discussie die binnen de Werkgroep en binnen de bond wordt gevoerd. De paper bevat daarom nadrukkelijk een conceptstandpunt. Pas als de voorstellen van de Werkgroep Heroverweging definitief zijn, komt de bond met een definitief standpunt.

## 1.2 Visie op het zorgstelsel en de richting van het stelsel

Voor de bond is een belangrijk gegeven dat ons zorgstelsel de afgelopen jaren van aanbodregulering richting vraagsturing is gegaan, waarbij de zorgverzekeraar meer verantwoordelijk is geworden voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de beheersing van de kosten van de zorg. De Consumentenbond stelt die verandering niet ter discussie. Het gaat de bond erom het stelsel met extra prikkels beter en efficiënter te laten werken. De vraag is daarmee wat de werkzame elementen in het stelsel (zouden moeten) zijn.

De huidige wetgeving probeert allereerst via financiële prikkels voor zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten bepaald gedrag te stimuleren en ander gedrag af te remmen. Het uiteindelijke doel is de zorg die aan consumenten wordt verleend in positieve zin te veranderen: de zorg beter te maken (veilig en met goede uitkomsten) en betaalbaar en toegankelijk te houden. Een tweede aspect is solidariteit: de premie van de basisverzekering is onafhankelijk van leeftijd en gezondheidstoestand. Gezien dat solidariteitsprincipe wil de Consumentenbond geen koppeling tussen een gezonde leefstijl en financiële prikkels (premieverschillen), zoals de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) heeft voorgesteld.

Niet alleen druist dat voorstel in tegen de solidariteitsgedachte waar het Nederlandse zorgstelsel op is gebaseerd, het voorstel is ook in praktische zin onuitvoerbaar, al was het maar omdat een consument geen eenduidig (gezond dan wel ongezond) gedrag vertoont.

### 1.3 Het stelsel anno 2010: Wat gaat nog niet goed en snel genoeg?

Sturen op gedrag van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten heeft alleen zin als er sprake is van feedback op dat gedrag en op de uiteindelijke effecten ervan. Een prikkel mag direct zijn (bijvoorbeeld een hogere vergoeding door het voorschrijven van een generiek medicijn), maar gezien de complexiteit van de zorg en het gedrag van professionals en consumenten kunnen uiteindelijk andere dan de beoogde effecten optreden. Essentieel voor effectieve wet- en regelgeving en dus ook voor betere, toegankelijke en betaalbare zorg is dat de feedback die partijen over hun gedrag krijgen direct en feitelijk is. Idealiter is die feedback 'real time': als een klant zorg gebruikt, moet hij zich realiseren dat dat geld kost, als een huisarts verwijst naar de tweede lijn, moet hij meteen zien welke kosten dat met zich meebrengt en als consumenten kiezen voor kwaliteit moeten ze daar door een verschil in kosten direct voor beloond worden.

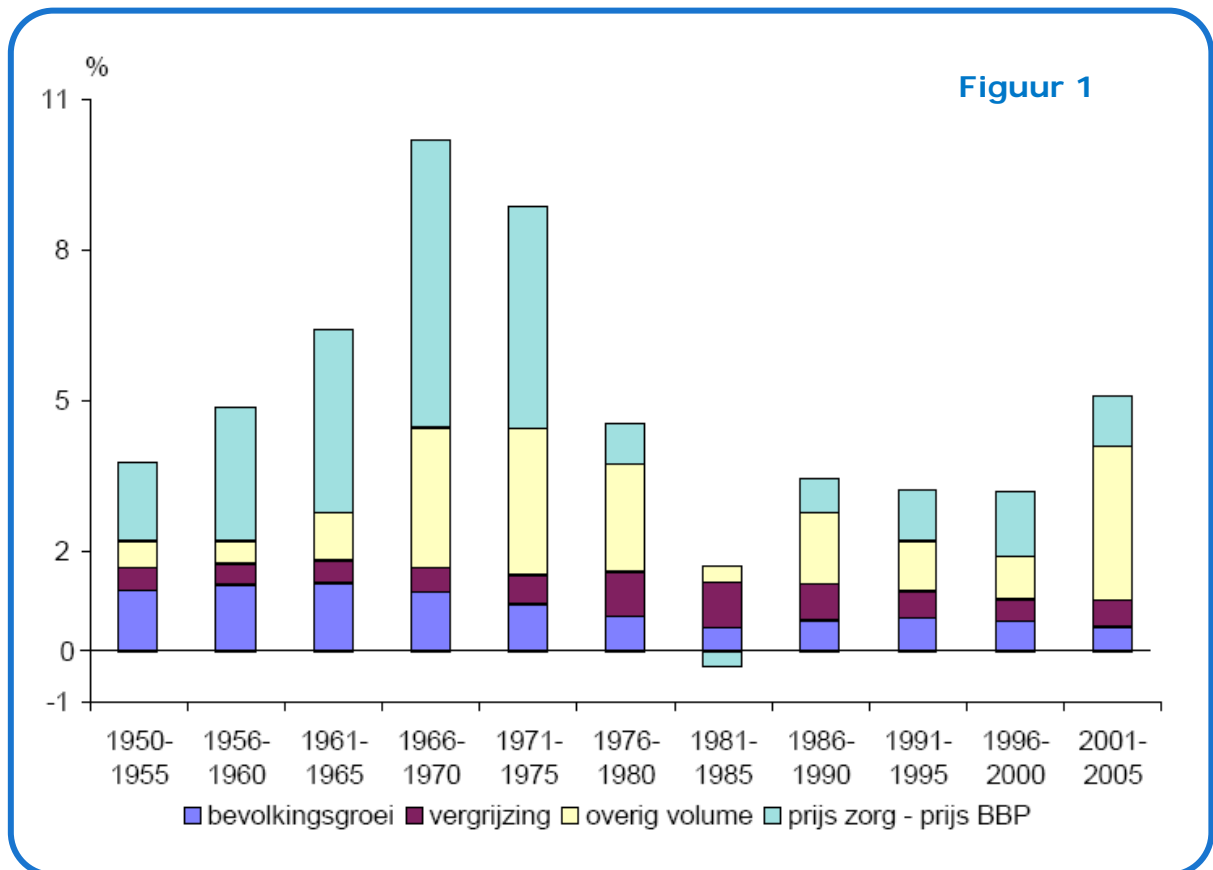
Dergelijke feedback is de visie van de Consumentenbond nog maar in beperkte mate in de zorg aanwezig. Daarnaast is een belangrijk probleem dat de doorlooptijd van de feedback vaak te lang is (en te weinig inzichtelijk) om tot gerichte bijsturing van een van de partijen te komen. Een voorbeeld:

*Een arts kan real time beslissen hoe hij een patiënt behandelt en welke DBC-code daarbij hoort. De inkomensverhogingen van afgelopen jaar laten zien dat ook financiële overwegingen daar een rol bij kunnen spelen. De arts in kwestie weet wat hij declareert. De patiënt niet. Het ziekenhuis ziet de declaraties pas veel later en kan die niet beïnvloeden. De zorgverzekeraar ziet de declaraties nog veel later.*

De patiënt heeft op dit moment geen inzicht in de zorgkosten. Uit het voorbeeld blijkt dat partijen die dat wel hebben, de feitelijke effecten pas één of twee jaar later zien. En dan kunnen ze alleen indirect reageren: door de vergoeding te beperken en de behandelvolumes in de zorginkoop te verlagen.

Het is een belangrijke uitdaging de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Dus waar lopen de kosten precies uit de hand? Door dat te analyseren, kunnen prioriteiten voor de heroverweging benoemd worden. De analyse die het Centraal Planbureau (CPB) geeft van de groei van reële zorguitgaven is een belangrijk vertrekpunt voor de visie van de Consumentenbond op de heroverwegingen. Uit grafiek 1 blijkt dat<sup>1</sup> de stijging van de zorgkosten volgens het CPB de afgelopen decennia vooral het gevolg is geweest van 'medische inflatie' en 'voortschrijding van de technologie'. Voor de visie-bepaling van de Consumentenbond betekent dat allereerst dat er prikkels gevonden moeten worden om de prijzen in de zorg niet harder te laten stijgen dan de reële inflatie. Als dat zou lukken, is er een structurele ombuiging gerealiseerd.

Ten tweede betekent het wat de Consumentenbond betreft dat er een ombuiging moet komen naar innovatie, een ombuiging die de kosten verlaagt in plaats van verhoogt. Als proces- en productinnovatie op macro-economisch niveau daadwerkelijk effect heeft op de arbeidsproductiviteit, zoals het ministerie van VWS betoogt<sup>ii</sup>, dan zou innovatie in een grafiek als deze onder de nullijn staan.



#### 1.4 Welk soort veranderingen is nodig?

Om kort te gaan moet ons stelsel van diffuse, indirecte en complexe prikkels naar directe, 'real time' prikkels voor zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars ten aanzien van:

- de kosten van de zorg,
- de doelmatigheid van zorg,
- zorggebruik,
- kwaliteit van zorg.

Het doel is de zorg op de lange termijn voor consumenten kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Deze visie is voor de Consumentenbond leidend bij het toetsen van de uiteindelijke voorstellen van de Werkgroep Heroverweging Curatieve Zorg. Op basis van die visie heeft de bond vijf voorstellen ontwikkeld.

## 2. Voorstellen

De Consumentenbond doet vijf concrete bezuinigingsvoorstellen. Stuk voor stuk voorstellen die resulteren in een substantiële kostenbesparing, maar ook voorstellen waarbij primair geredeneerd wordt vanuit de consument / patiënt en niet uitsluitend vanuit de schatkist.

1

### Brede en toegankelijke huisartsenzorg om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de toestroom naar de tweede lijn te beperken

De Nederlandse huisarts is uniek vanwege zijn poortwachterrol. De huisartsenzorg heeft een aantoonbaar effect op de verlaging van de zorgkosten in de tweede lijn en op medicatiegebruik, aldus de RVZ. Het is de vraag of de schaalgrootte en de organisatie van de huisartsen in de huidige vorm voldoende zijn om hun kostenbesparende effect nog verder te versterken en de kosten in de tweede lijn verder terug te dringen. Het grote aantal 'eenpitters' in de zorg wordt veroorzaakt door het aantal zelfstandigen in de eerstelijns.<sup>iii</sup> Daar komt bij dat comorbiditeit (meerdere aandoeningen bij één patiënt) een steeds groter probleem wordt.<sup>iv</sup> De tweede lijn is daar in de huidige 'mono-specialistische' opzet niet op ingericht. Patiënten ervaren dat aan den lijve. Daarnaast worden stappen gezet om de huisarts steeds meer te financieren via aandoeningspecifieke ketenzorg voor bijvoorbeeld diabetes. Het valt echter nog te bezien of de huidige, kleinschalige huisartsenzorg in organisatorische zin geschikt is voor deze hybride financiering (deels op contactbasis, deels risicodragend). Tevens maakt het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) in een analyse van een gemiddelde huisartsenpraktijk duidelijk dat het aantal diabetespatiënten van één huisarts dat binnen het ketenprotocol valt, simpelweg te klein is om met deze risicodragende financiering tot structurele kwaliteitsverbetering en kostenverlaging te komen.<sup>v</sup>

De Consumentenbond stelt voor de huisartsenzorg te versterken door de taak van de huisartsen uit te breiden. Dat heeft tot gevolg dat die zich anders gaan organiseren, wat noodzakelijk is voor verdere ontwikkeling van de eerstelijnszorg en beperking van het aanbod tweedelijnszorg. Hogere kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken en aandacht voor comorbiditeit is het gevolg, taakdifferentiatie wordt beter mogelijk en verwijzingen naar de tweede lijn worden minder noodzakelijk omdat de eerste lijn meer zelf kan. Door de schaalvergroting worden de administratieve lastendruk en de bureaucratische rompslomp waar veel huisartsen over klagen verkleind. Het concrete voorstel van de Consumentenbond luidt om de wettelijke aanspraak van de huisartsenzorg te verruimen, waarmee schaalvergroting wordt gestimuleerd. Er kan bijvoorbeeld aan worden gedacht poliklinische zorg aan de taakomschrijving van huisartsen toe te voegen en de tweedelijnszorg op bepaalde onderdelen te beperken tot behandeling en opname. Zo ontstaat 'anderhalvelijnszorg'.



Solopraktijken van huisartsen worden onder de verruimde aanspraak minder aantrekkelijk.

Door de volledige huisartsenzorg te financieren op basis van prestatie-indicatoren (gezondheidswinst, aantallen verwijzing, klanttevredenheid en voorschrijfgedrag) wordt de organisatorische schaalvergroting versterkt. Dat hoeft de toegankelijkheid van de zorg niet in de weg te staan.<sup>vi</sup> Sterker nog: het zou de vele ontwikkelingen rond de verbreding van de huisartsenzorg een wettelijke basis geven.

## 2

### Meer concentratie en specialisatie in ziekenhuiszorg om de kwaliteit te vergroten en middelen efficiënter in te zetten

Het huidige bedrijfsmodel van ziekenhuizen kan kort worden getypeerd als 'alles voor iedereen'. Nog afgezien van het enorm grote aantal ziekenhuizen in Nederland is dat model niet langer houdbaar. Bovendien is het gezien de voorgestelde ombuigingen niet langer maatschappelijk verantwoord om te wachten tot zorgaanbieders zelf inzien dat het concentratie en specialisatie van de zorg noodzakelijk is. Deze noodzakelijke veranderingen in het zorgaanbod kunnen tot stand worden gebracht door de regierol van zorgverzekeraars minder vrijblijvend te formuleren en de verzekeraars daadwerkelijk mogelijkheden te bieden die rol in hun omgang met de ziekenhuizen op zich te nemen. Los van de wettelijke taak die verzekeraars hebben, zijn zij de aangewezen partij om op dit de regie te voeren. Zij hebben namelijk inzicht in de geleverde zorg per ziekenhuis en zien dus waar de grootste volumes zitten.

De ervaring die chirurgen, behandelaars en het ziekenhuis hebben met de zorg voor een bepaalde aandoening is een indicator die vanuit patiëntenperspectief belangrijk wordt gevonden en is gerelateerd aan kwaliteit en veiligheid. Vooral wanneer het om een risicovolle interventie gaat telt dat zwaar, maar in zijn algemeenheid wordt het steeds meer als vanzelfsprekend beschouwd dat weinig ervaring de kans op effectiviteit en veiligheid vermindert.<sup>vii</sup> Blijkt daarnaast uit rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en visitatierapporten dat zorgaanbieders onveilige zorg bieden, dan zouden die sowieso niet meer gecontracteerd mogen worden. De schatting is dat zo'n 5% van de hulpverleners onder de maat presteert.<sup>viii</sup> Om de zorgkwaliteit te verbeteren zouden verzekeraars expliciet verantwoordelijk gesteld moeten worden voor de (financiële) gevolgen van de gezondheidsschade van onveilige en slechte zorg.

De Consumentenbond stelt voor het zorgaanbod in de medisch-specialistische zorg te concentreren in centra die nu al aantoonbaar veel behandelervaring hebben. Op die manier kom je tot specialisatie. Ziekenhuizen moeten niet allemaal alle specialisaties in huis willen hebben omdat dat nu eenmaal zo gegroeid is.

Het zorgaanbod concentreren leidt ertoe dat kwaliteitsverlies als gevolg van gebrek aan ervaring wordt vermeden en dat de efficiency in de zorg wordt verhoogd. Daarnaast leidt specialisatie tot lagere kosten, aldus de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De prikkel om de voorgestelde regie af te dwingen kan gevonden worden door op verzekeraars selectief de zogeheten ex-postrisicoverevening toe te passen.

Een actuele discussie is die verevening af te schaffen om verzekeraars te prikkelen tot meer verantwoordelijkheid voor zorgkostenbeheersing.<sup>ix</sup> Dat brengt volgens zorgverzekeraars een aantal risico's met zich mee. Door de mogelijk hogere solvabiliteitsvereisten stijgt de premie aanzienlijk en wordt er 'dood geld' gecreëerd dat in de vorm van hogere premies door consumenten wordt betaald. Dat effect moet worden voorkomen. Het voorstel van de Consumentenbond is daarom: geef de verzekeraar alleen ex-postverevening op voorwaarde dat hij zich aantoonbaar inzet voor concentratie en specialisatie van medisch-specialistische zorg. Zijn er dan nog steeds hogere zorgkosten dan verwacht, dan is het reëel dat daarvoor wordt gecompenseerd via de ex-postverevening.

De Consumentenbond is er voorstander van om verzekeraars te verplichten de inkoop van medisch-specialistische zorg te concentreren op basis van gerealiseerde volumes in de periode 2007 tot en met 2009. De verzekeraar moet de inkoop staken van verrichtingen:

- door ziekenhuizen met een minder dan gemiddeld volume,
- door ziekenhuizen met een minder dan verantwoord minimumvolume,
- door zorgaanbieders waarvan de veiligheid niet kan worden gegarandeerd.

De NZA toetst of verzekeraars dat daadwerkelijk en voldoende doen.

De prikkel voor verzekeraars zit erin dat als ze in 2010 met de ziekenhuizen komen tot afspraken over de afbouw van de desbetreffende zorg in de periode tot en met 2012, de kosten van de behandeling van alle gecontracteerde instellingen onder de nacalculatie vallen. Maakt een verzekeraar geen afspraken en zet hij het huidige aantal contracten voort (peildatum 2009), dan vervalt de ex-postverevening. Alleen als een verzekeraar zich maximaal inspant, is nacalculatie van de kosten acceptabel. Nacalculatie moet in de visie van de Consumentenbond verdiend worden!

Behandelingen concentreren op bepaalde locaties in de tweede lijn ligt in het verlengde van het voorstel om de eerste lijn te verzwaren. Zo blijft een deel van de medisch-specialistische zorg voor consumenten toch dicht bij huis. Uiteraard moet er ruimte blijven voor een begrensd aantal nieuwe toetreders en indien regionale knelpunten daarom vragen. Ook moet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoen.

Zijn er voldoende gegevens op basis van kwaliteitsindicatoren uit Zichtbare Zorg Ziekenhuizen beschikbaar en bruikbaar, dan kan deze maatregel ook worden gebruikt om te scoren op kwaliteit. Voorwaarde is dat verzekeraars inzage krijgen in de IGZ- en visitatierapporten en dat bij wet geregeld wordt dat verzekeraars bij een naturapolis aansprakelijk kunnen worden gesteld wanneer er onveilige zorg wordt geleverd.

# 3

## 'Zorg kost geld', en als consumenten dat ervaren, kiezen ze bewuster voor zorggebruik en zorginstellingen

Consumenten moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en geprikkeld worden tot zinniger en zuiniger zorggebruik, vooral in de tweedelijnszorg. 'Zorg kost geld,' en zorggebruik moet voor de burgers weer waarde gaan krijgen. Los van incidentele eigen bijdragen en het verplichte eigen risico lijkt zorg 'gratis', nadat de consument zijn premie eenmaal heeft betaald. Aangezien de heroverwegingen een fundamenteel karakter zouden moeten hebben, is een belangrijk aspect dat volgens de Consumentenbond aandacht vraagt de invoering van een 'transactioneel karakter' in de zorg: de consument koopt iets en moet daaraan meebetalen. Als hij moet betalen, zal hij bewuster kiezen, vooral als kwaliteitsverschillen variëren en daarmee ook de hoogte van het bedrag dat de consument aan zorg betaalt.

Gezien de forse taakstelling bij de heroverweging is een substantiële eigen bijdrage voor een verwijzing of een behandeltraject in de tweedelijnszorg bijna onontkoombaar. Een alternatief is beperking van het zorgpakket, maar die is in de ogen van consumenten bijna per definitie willekeurig en komt in de praktijk neer op het aan de 'onderkant van het pakket' afkalven van zorg. Daarnaast bestaat het risico dat de consument de zorgconsumptie uitstelt: hij stelt zorg die buiten het pakket valt uit met het risico dat complexere en duurdere zorg nodig wordt, die wel onder het pakket valt. Tot slot is het voor de Consumentenbond een principiële punt dat zorg die onderdeel is van richtlijnen tot het (aanvullende) pakket zou moeten behoren.

De eigen bijdrage voor de tweedelijnszorg moet per verwijzing of behandeltraject worden betaald en inkomensafhankelijk zijn gemaximeerd. De Consumentenbond denkt dat dat de enige manier is om ervoor te zorgen dat het remmende effect op het zorggebruik zich in vergelijkbare mate bij alle inkomens voordoet. Daarentegen beperkt een inkomensafhankelijke premie de zorgconsumptie niet. Essentieel om de consument tot kiezen te prikkelen is dat de zorgverzekeraar de eigen bijdrage variabel in de polisvoorwaarden mag vaststellen en afhankelijk mag maken van de gekozen zorgaanbieder. De bandbreedte moet wettelijk bepaald zijn van 100% lager (0 euro) tot 100% duurder, bij alle aandoeningen waarover kwaliteitsinformatie beschikbaar is. Zo kan de verzekeraar de keuze voor preferente aanbieders stimuleren. Dat versterkt het bewustzijn onder consumenten dat ze kunnen kiezen en biedt mogelijkheden om de keuze voor bovengemiddeld dure aanbieders te beperken. Bewuster zorggebruik, bewuster kiezen voor zorgaanbieders en druk op zorgaanbieders om hun tarief marktconform te houden gaan zo hand in hand. Bijzonder aan dit voorstel is dat het mogelijk wordt om naturapolissen zonder enige eigen bijdrage voor de tweede lijn te ontwikkelen. Dit heeft tot gevolg dat beperkingen in de keuzevrijheid samengaan met blijvende toegang tot zorg voor iedereen die een eigen bijdrage niet kan of wil betalen.

Het is geen volledige beperking van de keuzevrijheid, omdat het mogelijk moet blijven jaarlijks tussen verzekeraars te switchen. Solidariteit is een groot goed in de Nederlandse zorg, die op deze manier behouden kan blijven, terwijl tegelijk met de introductie van eigen bijdragen wordt voorzien in een substantiële bezuiniging op de tweedelijnszorg.

## 4

### Meer efficiency door samenhang in de regio te vergroten

De zorgverzekering, met aan de ene kant de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en aan de andere kant het lokale, collectief preventieve gezondheidsbeleid, zou een continuüm moeten vormen, maar doet dat in de praktijk nog onvoldoende. De langdurige zorg komt bovendien onder druk te staan door kostenstijging en dreigende personeelstekorten. Aangezien regio's sterk in kenmerken en demografische ontwikkeling verschillen, is een lokaal plan van aanpak nodig. Ook op dit punt zou de regie van de zorgverzekeraar vergroot moeten worden. Gezien de vergrijzing en de steeds hogere zorgkosten vraagt de zorgplicht van de verzekeraar namelijk om een langetermijnvisie op deze ontwikkelingen, zodat de premie betaalbaar blijft, terwijl de zorginkoop vooral op de korte termijn is gericht. Het overhevelen van bepaalde onderdelen uit de AWBZ naar de zorgverzekeringswet, in combinatie met het afschaffen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), is voor de bond een eerste stap, maar is niet genoeg voor een samenhangend zorgaanbod. Dat vraagt om regie.

Hoe kan de verzekeraar ertoe worden geprikkeld om daadwerkelijk de regionale regie ter hand te nemen? In de visie van de Consumentenbond kan dat door hem financieel risico te laten lopen bij de ontwikkeling van de zorgkosten in de AWBZ. Een actuele discussie bij de overheveling van de AWBZ is of die risicodragend moet zijn of niet. Zorgverzekeraars Nederland zelf concludeert dat risicodragende uitvoering van de langdurige verzorging en verpleging van chronisch zieken en ouderen mogelijk is, maar dat invoering zorgvuldige voorbereiding vraagt.<sup>x</sup>

De Consumentenbond stelt voor om zorgverzekeraars daarom inderdaad risicodragend te maken voor de AWBZ. Praktisch gezien vraagt dat om een grand design van de regionale zorg en de implementatie ervan. Natuurlijke partner daarbij zijn de gemeentes. De Consumentenbond wil zorgverzekeraars in tien jaar risicodragend maken voor de AWBZ, in stappen van 10% per jaar. Zo worden ze geprikkeld om hun verantwoordelijkheid te nemen voor de regionale aanpak van langdurige zorg, in samenwerking met gemeentes en de GGD (collectieve preventie). Ontwikkelen en implementeren vraagt tijd. Daarom pleit de Consumentenbond voor een geleidelijke overgang. Toch moet de druk direct voelbaar zijn voor alle partijen, ook de zorgaanbieders. De regionale marktleider of de verzekeraars die samen 70% marktaandeel hebben (of meer) zouden gezamenlijk verantwoordelijk moeten zijn voor het opstellen van zo'n plan.

Een dergelijk design zou moeten ingaan op de aard en de omvang van het noodzakelijke zorgaanbod, op specifieke regionale knelpunten, ketenzorg, samenwerkingsverbanden tussen partijen et cetera. Zonder zo'n aanpak wordt het geheel nooit meer dan de som der delen: namelijk voor een afzonderlijke instelling ontbreekt namelijk het belang én er ontbreekt een sturende partij.

Alleen door de regionale focus is het mogelijk om langdurige zorg betaalbaar te houden en de belofte van een betere, meer samenhang vertonende en klantvriendelijkere zorg waar te maken. Als de samenhang groter wordt, treden er minder doublures en leemtes op. Meer samenhang en regionale focus leidt ook tot efficiënter zorggebruik en 'ontdubbeling' van het aanbod. Tot slot maakt samenhang (bouw)concepten van levensloopbestendig wonen mogelijk. Het kost echter tijd om deze verandering door te voeren, en daarom moet de risicodragendheid in stappen worden ingevoerd. Deze oplossing biedt ook mogelijkheden om nu te investeren voor lagere kosten later.

## 5

### Acceptatie van maatregelen door aandacht voor maatschappelijk aanvaardbare inkomens medisch-specialistische zorg

De ervaring in het zorgbeleid van de afgelopen jaren is dat nieuwe maatregelen allerlei ongewenste effecten kunnen hebben. Het blijkt lastig om het gedrag van zorgprofessionals te voorspellen wanneer een bepaald soort vergoedingen wordt geïntroduceerd. Zie bijvoorbeeld de discussie over DBC's en de inkomens van medisch specialisten. De Consumentenbond heeft geen vooringenomen standpunt over loondienst, afschaffing van het honorariumdeel et cetera, maar pleit wel voor aandacht voor de inkomens in de zorg. Versobering van de zorg zal grote maatschappelijke discussies oproepen, inclusief de vraag of die versobering niet gepaard moet gaan met versobering aan de inkomenskant. Inkomensverdeling in de zorg is een wezenlijk element van de solidariteitsgedachte achter ons stelsel.

De zorg wordt uit publiekelijk opgebrachte middelen gefinancierd. Als de collectieve lasten stijgen en als versobering van de zorg en eigen bijdragen van consumenten een reëel scenario zijn, ontstaat er vanzelf discussie over de inkomens in de zorg. De Consumentenbond stelt daarbij voor om vast te stellen wat moet worden verstaan onder maatschappelijk aanvaarde inkomens, vooral in de medisch-specialistische zorg.

### 3. Tot besluit

De opdracht van de Werkgroep Heroverweging Curatieve Zorg is het eenvoudigst te realiseren door net zolang delen uit het zorgpakket te schrappen tot het gewenste bedrag aan besparingen is bereikt. Dat veronderstelt dat zorgaanbieders het huidige productievolume van de wel vergoede zorg handhaven. Ook veronderstelt het dat consumenten noodzakelijk geachte zorg die niet meer wordt vergoed voortaan zelf gaan betalen. Een dergelijke manier van besparen roept vragen op naar de langetermijneffecten voor de kosten en voor de algemene volksgezondheid als consumenten zorg gaan uitstellen. De Consumentenbond pleit daarom voor een inhoudelijke discussie van de bezuiniging heroverweging. Het is moeilijker om vooraf aan te geven wat daarvan het verwachte financiële effect zal zijn, maar het is een expliciete uitnodiging aan partijen om na te denken over hoe ons stelsel zich verder moet ontwikkelen.

In februari 2010 heeft de Consumentenbond de plannen en suggesties gepresenteerd aan de ambtelijke werkgroep die onderzoek doet naar mogelijke bezuinigingsmaatregelen. De werkgroep reageerde enthousiast op de bijdrage van de bond. Uit de vergadering viel echter op te maken dat er binnen de werkgroep ook hele andere plannen leven, plannen die de consument / patiënt veel harder zullen treffen. Juist daarom vraagt de bond de komende maanden op tal van manieren extra aandacht voor de eigen suggesties en voorstellen. Bij de politiek, de achterban en in de media.

## 4. Noten

<sup>i</sup> De letterlijke toelichting uit de bron waarnaar de RvZ verwijst luidt als volgt: 'Uit de figuur kunnen we ook de belangrijkste invloeden in de zorg onderscheiden. Het aandeel van de bevolkingsgroei in het zorgvolume neemt gestaag af. De veranderende samenstelling van de bevolking, waarvan de vergrijzing van de bevolking het belangrijkste onderdeel vormt, leidt in de gehele periode 1950-2005 tot hogere kosten in de zorg.' Hieruit blijkt dat dit effect dus niet iets is van de laatste tijd, maar in de zorg al veel langer speelt. Opmerkelijk is dat de omvang van het effect van de veranderende samenstelling weliswaar iets toeneemt, maar dat er ook perioden in het verleden zijn aan te wijzen waar de effecten groter waren dan in de eerste jaren van het nieuwe millennium. Naast de bevolkingsgroei en het effect van een veranderende bevolkingssamenstelling is er ook nog sprake van overige volumegroei. Die valt moeilijk nader te specificeren, maar de voortschrijding van de technologie speelt hierin een belangrijke rol. Wat in de figuur opvalt, is dat vooral in de periode 2001-2005 de overige volumegroei vrij hoog is. Hier heeft de aanwezigheid van latente vraag en het wegwerken van wachtlijsten een belangrijke rol gespeeld. Daarnaast toont de figuur het belang van de prijsontwikkeling in de zorg. De prijzen in de zorg groeien beduidend harder dan de prijs van de binnenlandse productie, of BBP-prijs. Een belangrijke reden voor dit effect is gelegen in het Baumol-effect. Omdat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder snel groeit dan in de rest van de economie, terwijl de lonen in de zorg gelijke tred houden met de loonontwikkeling in de rest van de economie, stijgen de prijzen in de zorg sneller dan de gemiddelde inflatie. Volgens Lindbeck (2006) is 'Baumol's cost disease' een van de grootste bedreigingen voor de houdbaarheid van de welvaartsstaat. Vooral de 'care-sectoren' verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg, als ook de 'cure-sector' GGZ en die van de vrije-beroepsbeoefenaren zijn arbeidsintensieve sectoren waar het moeilijk is om voor een forse arbeidsproductiviteitsverbetering te zorgen. CPB-document No 121, *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Rudy Douven, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Isolde Woittiez, i.s.m. het SCP en RIVM

<sup>ii</sup> zie de zogeheten januari-brief van VWS-minister Ab Klink

<sup>iii</sup> [www.elitazoeer.nl/cms/component/option.com\\_docman/task.doc\\_download/gid\\_46/Itemid\\_14/](http://www.elitazoeer.nl/cms/component/option.com_docman/task.doc_download/gid_46/Itemid_14/) (sh 12)

<sup>iv</sup> 'Chronische ziektes komen vaak tegelijk voor met andere (chronische) ziektes en aandoeningen. Dat geldt zeker op hogere leeftijd. Van de mensen ouder dan 65 jaar heeft de helft twee of meer chronische ziektes. Dit komt onder meer doordat de prevalentie van veel chronische ziektes oploopt met de leeftijd.' *Gezondheid en zorg in cijfers* (2009). P. 68.

<sup>v</sup> Zie bijvoorbeeld de analyse van het Nivel over de praktische toepasbaarheid van integrale bekostiging in een gemiddelde solo-huisartsenpraktijk (Dijk, C. van; Rijken, M.; Bakker, D. de; Verheij, R.; Groenewegen, P.; Schellevis, F. 'Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging.' *Medisch Contact*, vol. 64, (2009), nr. 22, p. 973-976.) <http://medischcontact.artsennet.nl/web/file?uuiid=47b15e1e-c0cd-479c-bff1-5245cc1f6339&owner=89421bb5-acde-463c-9290-4f40888f0052>

<sup>vi</sup> Zie bijvoorbeeld de opzet van de stichting gezondheidscentra Eindhoven <http://www.sge.nl>

<sup>vii</sup> De aanname is soms dat de relatie tussen uitkomst en ervaring bewezen moet zijn voordat een volume-indicator gehanteerd mag worden. Dat is een misverstand: vanwege de theoretisch evidente relatie tussen 'ervaring' en 'resultaat' en het principe van 'do no harm' zou de bewijslast omgekeerd moeten zijn. Alleen wanneer vaststaat dat er geen relatie tussen volume en uitkomst bestaat, of indien er een daadwerkelijke uitkomstenregistratie is die het gebruik van deze 'proxy' indicator overbodig maakt, zou deze indicator tot niet-valide dienen te worden verklaard.

<sup>viii</sup> Aldus dhr Leegemate van de KNMG naar aanleiding van het disfunctioneren van neuroloog Jansen

<sup>ix</sup> Verzekeraars ontvangen aan het begin van het jaar een bedrag voor zorgkosten per verzekerde op basis van de zorgkosten in het jaar ervoor, maar ook een vereffening van de feitelijke kosten aan het eind van het jaar als de kosten hoger zijn dan verwacht. Deze zogenaamde ex-postvereffening heeft onder andere tot doel de verzekeraar te compenseren voor onvolkomenheden in de deregulering, waardoor verzekeraars nog niet volledig risicodragend kunnen zijn voor zorgkosten. Als ze dat wel zouden kunnen zijn, zou het bedrag aan het einde van het jaar voldoende moeten zijn.

<sup>x</sup> 'Een risicodragende uitvoering van de langdurige zorg zal eveneens inhouden dat er per verzekeraar een passende normuitkering komt, die berust op een ex-antevoorspelling van te verwachten risico's in een populatie verzekerden. Toegesplitst op zorg voor oudere mensen bestaat een omvangrijke hoeveelheid kennis over voorspellers van zorggebruik. Met die kennis kan een model van risicoverevening in enkele jaren gereed zijn.' Werkgroep "Toekomst AWBZ" Rapport in opdracht van het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland Zeist, juni 2005 [http://www.zn.nl/Images/Chronischezorgverzekerd\\_tcm6-6479.pdf](http://www.zn.nl/Images/Chronischezorgverzekerd_tcm6-6479.pdf)

<sup>xi</sup> *Chronische zorg verzekerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging*. Werkgroep "Toekomst AWBZ" Rapport in opdracht van het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland Zeist, juni 2005 [http://www.zn.nl/Images/Chronischezorgverzekerd\\_tcm6-6479.pdf](http://www.zn.nl/Images/Chronischezorgverzekerd_tcm6-6479.pdf)





**Consumentenbond**

*Dan weet je het.*

Enthovenplein 1 Postbus 1000 2500 BA Den Haag  
telefoon +31 70 445 45 45 fax +31 70 445 45 96  
[www.consumentenbond.nl](http://www.consumentenbond.nl)