

# Bezuinigen op zorg? Verplaats de zorg!

Door Anton Maes, huisarts, bestuurslid Stichting de Vrije Huisarts  
[dit artikel verscheen op 1 februari 2010 in het Financieel Dagblad]

In de zorg moet de komende jaren 13 miljard worden bezuinigd op een begroting van 65 miljard. Het is een illusie dat deze korting zonder afbraak van zorg kan worden gehaald. De minister zet als bezuinigingsmiddel in op meer ketenzorg en op selectievere zorginkoop door verzekeraars. Er zijn alternatieven om betaalbaarheid te garanderen. Waarom zet de minister niet meer in op zorgverplaatsing naar eerste en nulde lijn? Gekoppeld aan een smaller basispakket en verhoging eigen bijdrage. Onder een nieuw motto: *Nederlanders betalen collectief of individueel zelf de kosten van de door henzelf gewenste zorg*. Het nieuwe zorgstelsel kenmerkt zich door gereguleerde concurrentie. Dat wil zeggen, concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders, maar onder voorwaarden van risicosolidariteit tussen zieken en gezonden.

Wat is het resultaat? De minister denkt nu de bezuiniging te bereiken door afbouw van de ex-post-risicoverevening, waarbij verzekeraars achteraf, maar minder dan nu, worden gecompenseerd voor werkelijk gemaakte kosten van specifieke risicogroepen. Deze geleidelijke afschaffing van de postverevening verhoogt dan, zo is de gedachte, de risicodragendheid van verzekeraars. Met hoop op scherpere inkoop en lagere prijzen. Nu blijkt deze selectieve inkoop op basis van eerste ervaring (NMa-onderzoek) bij niet concurrerende, maar fuserende ziekenhuizen met inkoop van heupoperaties niet kostenbesparend. Met de werkelijke kostengegevens van specifieke risicogroepen van de afgelopen jaren in de database van het vereveningsfonds zal de kostenvoorspelbaarheid voor verzekeraars toenemen. Zo kan de regeling van de blijvende ex-ante-risicoverevening juist nauwkeuriger worden ingevuld<sup>1</sup>. Wat is dan nog de winst voor de publieke sector van de afschaffing van de postverevening? Ook ketenzorg met functionele bekostiging levert niet, zoals CPB al suggereerde, de bezuiniging op die de minister wenst. Als het kabinet de belastingdruk, de werkgeversbijdrage en de eigen bijdragen ongemoeid laat, zullen de zorgpremies moeten worden verhoogd met 13% per jaar naar 1800 euro in 2014<sup>2</sup>.

Zorgverplaatsing naar 1<sup>e</sup> en 0<sup>e</sup> lijn is een beter plan. Deze verplaatsing kan worden gestimuleerd door de inkoop van eerstelijnszorg juist onder gunstigere omstandigheden te laten plaatsvinden. Tot 1 januari 2008 mochten ziekenhuizen bouwen als zij een vergunning hadden van de overheid, maar vervolgens was de overheid wel verantwoordelijk voor rente en aflossing op de financiering. Verzekeraars waren voor deze vaste kosten van het ziekenhuis niet zelf risicodragend<sup>3</sup>. Voor de gebouwen echter waarin huisartsenzorg werd geleverd, waren verzekeraars wel al decennia zelf 100% risicodragend.

---

<sup>1</sup> ING Economisch bureau, huishoudboekje Zorgverzekeraars, rendement zorgverzekeraars onder druk, vooruitzichten 2010, pg 6, 27 november 2009

[http://www.ing.nl/Images/renderment\\_zorgverzekeraars\\_onderdruk\\_december\\_2009\\_tcm7-44005.pdf](http://www.ing.nl/Images/renderment_zorgverzekeraars_onderdruk_december_2009_tcm7-44005.pdf)

<sup>2</sup> Gupta Strategists, premie-explosie dreigt, bureau adviseert Min VWS, 20 april 2009

<http://www.gupta-strategists.nl/public/download.php?id=35>

<sup>3</sup> Min VWS, risicovereveningssysteem 2009, Z/F-2879801, 26 september 2008

<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsresource?objectid=35995>

Nu wil de minister de regels bij zorginkoop tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn binnen de functionele bekostiging weliswaar gelijk stellen (zorg B-segment/ afschaffing post risicoverevening)<sup>4</sup>, maar deze maatregel is bij gewenste zorgverplaatsing van tweede naar eerste lijn niet genoeg. Deze regels hebben al jaren op onverantwoorde wijze de gewenste zorgsubstitutie geblokkeerd. En stimuleert zelfs zorgverplaatsing in de verkeerde richting. Wat heeft het verevenen van kosten anno 2010 overigens nu nog voor zin als verzekeraars fuseren waarbij de vier grootste zorgverzekeraars meer dan 80 procent van de markt in handen hebben? Dat was niet de bedoeling van het zorgstelsel?

In het onderzoek van Starfield<sup>5 6</sup> bleek dat naarmate een gezondheidszorgsysteem meer georiënteerd was op eerstelijnszorg, de overall uitgaven geringer waren, gezondheidsindicatoren beter en het aantal voorschriften lager. Zij toont dus niet aan dat huisartsen het beter doen dan specialisten, maar bewijst de meerwaarde van een eerstelijns georiënteerd gezondheidszorgsysteem. Naast de financiële kant moet er geen marktwerking, maar marktordening komen. Met drempels in de zorg bij verwijzen en terugverwijzen op basis van inhoudelijke standaarden. Zelfverwijzers betalen de kosten zelf. De DBC structuur is niet toekomstbestendig bij vergrijzing en multimorbiditeit. Bij zorgcomplexiteit zit namelijk het belang in zorgprioritering, zorgintegratie, en behandelcoördinatie. Niet te vatten in een DBC. Geïntegreerde zorg heeft de toekomst en maakt de zorg, mits in 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn in de eigen woonbuurt uitgevoerd, beter toegankelijk. Marktordening betekent stelling nemen en keuzes maken. Door in de zorg bijvoorbeeld te werken met kostprijzen aan de hand van inhoudsindicatoren en structuurindicatoren. Structuurindicator meet infrastructurele aspecten met informatie over organisatie en logistiek (huisvesting, ondersteuning, percentage overhead in organisatie etc) als toets of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren. Bij zorgverplaatsing dienen deze structuurindicatoren gunstiger te zijn voor de eerste lijn.

Wanneer de gewenste zorg wordt geleverd en de kostprijs bekend is, dan zullen burgers linksom (via het belastingstelsel) of rechtsom (via een premiestelsel) de kosten betalen. Inzicht in de kosten krijgt de burger ook (beter) wanneer deze burger zelf de nota in handen krijgt en betaalt. Wordt de zorg door de burgers te duur (gevonden) dan wordt het basispakket op hun verzoek versmald.

---

<sup>4</sup> Min VWS, substitutie van zorg, CZ/FBI 2861735, 12 september 2008

<http://www.ggzbeleid.nl/2008/1659.pdf>

<sup>5</sup> Gesprek Barbara Starfield, MC, 1 februari 2005

<http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Apostel-van-de-eerste-lijn.htm>

<sup>6</sup> Gezondheidsraad: European primary care, 16 december 2004

<http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/04@20E.pdf>