

Notitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de gezondheidszorg ten behoeve van de komende Kabinetsformatie

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland wordt door overheid en burgers gezien als een collectieve sector, die een belangrijk beslag legt op de collectieve middelen. Strikt genomen is dit beeld niet geheel juist: met name in de curatieve gezondheidszorg is sprake van private premie-inkomsten, die evenwel tot de collectieve lastendruk worden gerekend. Beoordeeld naar de inhoud levert de Nederlandse gezondheidszorg goede, op onderdelen zelfs uitstekende, prestaties.

Toch is het sentiment van de Nederlandse burger in de waardering van de gezondheidszorg, die van oudsher hoog was, aan het kantelen. Dit is ten dele het gevolg van te hoog gespannen verwachtingen over wat de individuele gezondheidszorg vermag. Daarnaast wordt het beeld van de gezondheidszorg bepaald door een afgenomen toegankelijkheid en een gebrekkige financiële verantwoording.

In de analyse van de problemen waarmee de gezondheidszorg kampt, springen de volgende onderwerpen het meest in het oog:

- de wachtlijstproblematiek
- de arbeidsmarktproblematiek
- de positie van de burger in het systeem van gezondheidszorg
- de bestendigheid van het verzekeringsstelsel in de Europese context
- de kostenontwikkelingen in het collectief verzekerde deel van de aanspraken.

Uiteraard bestaan tussen deze probleemvelden belangrijke dwarsverbanden. Zo ligt een relatie tussen de wachtlijstproblematiek en de arbeidsproblematiek in de gezondheidszorg zeer voor de hand, en kan geen strikte scheiding tussen de inrichting van een nieuw verzekeringsstelsel en het probleem van de onontkoombare kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg worden aangebracht. Voor de helderheid heeft de RVZ echter getracht de aanbevelingen slechts éénmaal te noemen onder het meest gereede probleemveld.

Wachtlijstproblematiek

De terbeschikkingstelling van additionele financiële middelen door het tweede Paarse kabinet heeft geleid tot een toename van de geleverde zorg. Toch is dat onvoldoende gebleken om de wachtlijsten in de zorgsector terug te dringen. Er is ook een onderuitputting van de ter beschikking staande financiële ruimte. De dichtheid van regelgeving in de zorgsector is hierin een belangrijke oorzakelijke factor. Kennelijk bevat het systeem onvoldoende prikkels voor partijen om adequaat op de zorgvraag van de burger in te spelen en tot een bedrijfsmatige organisatie van de zorg te komen. Er is geen feitelijke competitie tussen zorgaanbieders onderling en tussen verzekeraars om de gunsten van de burger: de klant in de gezondheidszorg.

Voor een deel is de wachtlijstproblematiek ook het gevolg van het bestaan van onvoldoende capaciteit in het zorgaanbod. Ook zijn er aanwijzingen voor een gebrekkige organisatie van een de bestaande capaciteit.

De RVZ ziet als oplossingsrichtingen:

- een verregaande deregulering op het gebied van (nieuw)bouw, prijs- en volumebeleid, indicatiestelling voor kortdurende zorg, etc. etc.
- het wegnemen van toetredingsbelemmeringen voor nieuwe aanbieders op het terrein van gezondheidszorg
- het zo snel mogelijk verlaten van de budgetfinanciering van zorgaanbieders en het overgaan naar een systeem van outputfinanciering
- de invoering van een systeem van producttyperingen en daaraan gekoppelde kostprijzen
- snellere verspreiding van ‘best practices’ door te bevorderen dat verzekeraars hierop contracteren.

Arbeidsmarktproblematiek

Er bestaan tekorten aan artsen en specifieke categorieën van verplegend en verzorgend personeel in de gezondheidszorg. Deze tekorten zijn ten dele regionaal van aard: zij doen zich vooral in de stedelijke gebieden voor.

Het bestaan van tekorten en onvervulde vacatures is niet specifiek voor de zorgsector en zal ten dele door de aanbieders zelf moeten worden opgevangen. De gezondheidszorg staat er in dit opzicht ook niet slechter voor dan andere sectoren. Een belangrijk probleem in de zorgsector is echter de negatieve spiraal van het verslechterende imago van het werken in de zorg, de demotivatie van zorgprofessionals, de dalende belangstelling voor de sector onder schoolverlaters en de toenemende werkdruk.

In het kader van de verantwoordelijkheden van de Rijksoverheid zijn naar het oordeel van de RVZ de volgende maatregelen noodzakelijk:

- formele erkenning van de essentiële rol van zorgprofessionals door gestructureerd overleg met de Rijksoverheid over beroepsinhoudelijke zaken, intensivering van de investeringen in imagocampagnes
- verhogen van de numerus fixus voor de studie geneeskunde en vergroten van de opleidingscapaciteit voor artsen
- meer artsen opleiden in vrijwel alle medische specialisaties
- uitbreiding van de opleidingscapaciteit van verpleegkundige en diverse paramedische en medisch-ondersteunende beroepen
- gedeeltelijke buitenwerkingstelling voor bepaalde sectoren in de gezondheidszorg van de OVA-regeling, zodat meer vrijheden voor aanbieders ontstaan om de overeengekomen CAO in de prijzen door te laten werken.

Positie van de burger in het systeem van gezondheidszorg

In een systeem van decentrale contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de te leveren zorg zal de positie van de burger moeten worden versterkt. Hij zal ‘met de voeten moeten kunnen stemmen’, keuzemacht moeten kunnen uitoefenen. De overheid zal de belangen van de burger moeten borgen. Daarbij is informatie over de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars een voorwaarde.

De RVZ beveelt in dit kader het volgende aan:

- de overheid geeft vorm aan een actief kwaliteitsbeleid – inclusief toezicht – door het ontwikkelen van een systeem dat zorgresultaten kan meten
- een onafhankelijke partij analyseert, beoordeelt en publiceert zorgresultaten

- zorgaanbieders en verzekeraars worden in het kader van een exploitatietoestemming dan wel in het kader van specifieke wetgeving verplicht tot periodieke verschaffing van informatie over hun prestaties ten aanzien van de vastgestelde indicatoren
- de overheid richt een voor de burgers toegankelijk informatiesysteem in, waar onafhankelijke, geautoriseerde informatie over de prestaties van de zorgaanbieders en verzekeraars en informatie over ziekte en gezondheid te verkrijgen is
- het systeem van persoonsgebonden budgetten wordt zoveel als mogelijk uitgebreid.

De bestendigheid van het verzekeringsstelsel in Europese context

Het verzekeringsstelsel voor ziektekosten in Nederland kent een verplichte component in de vorm van de AWBZ (het eerste compartiment, alle inwoners). In het tweede compartiment geldt een verplichte verzekering in de vorm van de Ziekenfondswet voor 70% van de bevolking. 30% van de bevolking is particulier verzekerd voor ziektekosten, deels op basis van een WTZ-polis. De uitvoering van de verzekering in beide compartimenten wordt bemoedigd door de gescheiden financiering. Het tweede compartiment kenmerkt zich door een gedeeltelijke risicosolidariteit (door het acceptatiebeleid van particuliere verzekeraars) en een gedeeltelijke inkomenssolidariteit door overdrachten uit de premies geïnd door schadeverzekeringmaatschappijen die in Europeesrechtelijke zin als ondernemingen zijn aan te merken, naar de ziekenfondsen. Deze overdrachten zijn als mededingingsbeperkend te beoordelen.

Gezien de zich ontwikkelende jurisprudentie moet worden aangenomen, dat in Nederland verzekerde burgers, indien niet op redelijke termijn binnen de landsgrenzen aan hun aanspraken wordt voldaan, vrij zullen zijn om hun zorg in een andere lidstaat te betrekken. Het toestemmingsvereiste dat daarvoor is geïntroduceerd zal waarschijnlijk niet stand houden. De RVZ heeft met betrekking tot het verzekeringsstelsel de navolgende aanbevelingen:

- er dient een verplichte verzekering van rechtswege tegen ziektekosten te worden ingevoerd, waarin het 1e en 2e compartiment zijn geïntegreerd
- de aanspraken van de burgers worden in functionele termen en niet in gespecificeerde verstrekkingen verankerd
- de zorgplicht en acceptatieplicht van verzekeraars zal wettelijk moeten worden verankerd
- de premie voor deze verplichte verzekering dient deels nominaal en deel inkomensafhankelijk te worden vastgesteld. Hierdoor wordt de mededinging tussen verzekeraars (op het nominale gedeelte) bevorderd, de eigen verantwoordelijkheid van de burger vergroot (door introductie van eigen risico's en eigen bijdragen in het nominale deel) en de inkomenssolidariteit verankerd (op het inkomensafhankelijk deel). Het inkomensafhankelijke deel van de premie blijft tevens noodzakelijk als ultiem en zorgspecifiek sturingsmiddel voor de overheid
- het verplicht verzekerde pakket moet worden uitgedund tot passende medische zorg, ten aanzien van functies als wonen en verzorging wordt de AWBZ 'opgeschoond' en wordt de eigen verantwoordelijkheid van de burger aangesproken.

De kostenontwikkeling in het collectief verzekerde deel van de aanspraken

Het is uit jurisprudentie evident dat het verzekeringskarakter van zowel AWBZ en Ziekenfondswet als van een te vormen nieuwe basisverzekering het leidend beginsel moet zijn bij de inrichting van het systeem van gezondheidszorg. Een wettelijk vastgelegde aanspraak zal steeds binnen een redelijke termijn moeten kunnen worden beantwoord.

Langetermijnprognoses maken duidelijk dat een aanzienlijke toename van chronische ziekten in de bevolking te verwachten is. Demografische ontwikkelingen tonen ons dat het aandeel ouderen in de bevolking zal toenemen. De ontwikkeling van de medische technologie is een internationale, die niet zal stoppen bij onze landsgrenzen. De kosten van de gezondheidszorg zullen dan ook onontkoombaar stijgen. Het is ongewenst deze stijging ten volle in de collectieve lastendruk tot uiting te laten komen.

Het introduceren van meer marktwerking in de gezondheidszorg kan zeker bijdragen aan een meer vraaggestuurd systeem van gezondheidszorg. Het is echter niet zonder risico. Er is bijvoorbeeld een tekort aan zorgaanbieders, hetgeen een prijsopdrijvend effect kan hebben. Zolang dergelijke marktimperfections aanwezig zijn, is een voorzichtige aanpak aangewezen. De terugtrekkende overheid dient door een versterking van de toezichtfunctie gestalte geven aan haar verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De RVZ concludeert hieruit het volgende:

- de nominale aandelen in de premies dienen, zover als in EMU-verband mogelijk, buiten de collectieve lastendruk te worden gehouden
- de burger dient verantwoord om te gaan met het consumeren van zorg. Ongewenste en oneigenlijke consumptie moet worden voorkomen. Hiervoor zijn aanvullende, individuele prikkels noodzakelijk. Internationale vergelijkingen maken duidelijk dat daarvoor eigen risico's en substantiële eigen bijdragen kunnen worden geïntroduceerd. Uitgebreidere internationaal vergelijkende studies naar de werkzaamheid van deze prikkels zijn noodzakelijk
- er is een marktmeester noodzakelijk om op eventuele mededingingsbeperkende afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars toe te zien
- zolang onvoldoende mededingingscondities aanwezig zijn, dienen beperkingen te worden gesteld aan de vrijheid van prijsvorming in de zorgsector
- er is toezicht nodig op de uitvoering van de basisverzekering door de verzekeraars. Deze functie kan door het CTZ worden vervuld.

Deze publicatie niet worden besteld!