

“Menukaart” voor politieke keuzes

Tien politieke partijen hebben beleidsvoorstellen voor het jaar 2017 ingediend die door het Centraal Planbureau (CPB) zijn onderzocht op haalbaarheid en kosteneffectiviteit. De uitkomsten van dit onderzoek bieden een “menukaart” voor politieke keuzes met positieve of negatieve effecten op de staatshuishouding.



Beeld Freeimages

Ons huidige gezondheidsstelsel is hoofdzakelijk een privaatrechtelijk stelsel met een aantal publieke interventies vanwege doelmatigheid en solidariteit. Er zijn twee leidende principes bij de inrichting. Allereerst *het subsidiariteitsbeginsel*, wat inhoudt dat overheidstaken op het laagste niveau worden uitgevoerd waarop dit goed en efficiënt mogelijk is. Ten tweede *het profijtbeginsel*: de baat en de last zo dicht mogelijk bij elkaar omdat dit de doelmatigheid en doeltreffendheid vergroot. Het zorgstelsel bestaat uit de Zvw, Wlz en Wmo en is permanent in ontwikkeling. Een werkgroep van deskundigen van het Centraal Planbureau (CPB), VWS en enkele universiteiten onderzochten 104 beleidsinterventies die door politieke partijen zijn ingebracht. Hiervan zijn er 28 kosteneffectief. Hierbij is gerekend met de budgettaire grondslag: uitgaven 2017, waarbij de huidige inrichting van het Nederlands zorgstelsel als basis genomen is.

Publiek of privaat

Internationaal onderzoek door de OESO laat zien dat er geen causaal verband is tussen de institutionele vormgeving en de werking van het stelsel uitgedrukt in kosteneffectiviteit en gezondheid van de bevolking. Binnen elk stelsel zijn verbetermogelijkheden op gebied van kwaliteit en kosteneffectiviteit. Bij een overstap naar een publiek stelsel in Nederland moeten de privaatrechtelijke zorgverzekeraars volledig gecompenseerd worden. Daarnaast zijn er drie soorten transactiekosten bij een stelselwijziging:

- 1 verstoring van het evenwicht in het bestaande systeem, waar partijen op gaan anticiperen;
- 2 de overstapkosten zelf;
- 3 de fase om te komen tot een nieuw evenwicht wat bij een stelselherziening jaren duurt.

Gerekend wordt met transitiekosten die 1,5 procent van de budgettaire grondslag zijn. Een grote transitie duurt circa acht jaar en dus bedragen de totale transitiekosten twaalf procent van het budget van de Zvw, Wlz en Wmo op niveau 2017. De werkgroep komt op basis van de kosteneffectiviteit met het advies om het huidige systeem te behouden. Dat komt overeen met de laatste stellingname van de politieke partijen in de vaste Kamercommissie van Volksgezondheid op 2 april 2015. Hoewel er in het verdrag van Maastricht (1992) is overeengekomen dat landen het recht hebben om het gezondheidsstelsel zelf in te richten, zijn er door andere verdragen wel beperkingen. De kans dat er een ander zorgstelsel komt, wordt door *De Eerstelijns* erg klein geacht. De werkgroep waarschuwt tevens voor het toepassen van systeemvreemde elementen, omdat dit een suboptimaal effect heeft. Dit kan effect hebben op de afwegingen inzake de Mededingingswet en eerstelijnszorg.



Beeld Freeimages

in de gezondheidszorg



Beeld: Kriss Szkurlatowski/Freeimages

Bezuinigingen te verwachten

De vergrijzing en ontgroening in Nederland zet zich voort tot 2040 en er blijft daardoor druk op de zorgkosten. Ook zullen technische mogelijkheden en innovaties in de zorg tot hogere kosten

leiden. Daarbij komt dat de economische groei op de middellange termijn waarschijnlijk gematigd is. Op grond hiervan is er een gerede kans dat er de komende jaren opnieuw bezuinigd moet worden om de zorg betaalbaar

Gematigde economische groei leidt de komende jaren mogelijk tot nieuwe bezuinigingen op het zorgstelsel om de zorg betaalbaar te houden

te houden en de solidariteit niet te ondermijnen. Immers als gezonde verzekerden te veel moeten betalen, bestaat het risico op een solidariteitsbreuk met patiënten. Daarom worden beleidsvoorstellen die tot hogere kosten leiden in dit artikel niet vermeld. Al kan afhankelijk van de samenstelling van het parlement wel een dergelijke keuze worden gemaakt. Bijvoorbeeld het verlagen van het eigen risico. Daarnaast hebben sommige beleidsmaatregelen eerst een kostenverhogend effect en pas op de lange termijn een kostenverlagend effect. In dit overzicht staan alleen de maatregelen die niet tot een kostenverhoging leiden en in ieder geval op een termijn van tien jaar of eerder de macrokosten substantieel (vijftig miljoen of meer) verlagen. En daarmee kansrijk zijn om door politieke partijen omarmd te worden en vanaf 2017 ingevoerd te worden. De beleidsvoorstellen die door de commissie niet doorgerekend konden worden door gebrek aan data, zijn niet opgenomen in deze opsomming.



Beeld Freeimages

nr	Maatregel	Opbrengst
1	Loonindexering niet volledig doorvoeren door de indexering te korten met 1% – verlaagt de loonkosten	340 miljoen
2	Overheadnormen en ziekteverzuimnormen invoeren die bij overschrijding leiden tot een lagere vergoeding aan organisaties	85 miljoen
3	Verkleinen basispakket – minder verzekerde zorg	500 miljoen
4	Beperken pakket aan ouderdom gerelateerde zorg	220 miljoen
5	Medisch specialisten onder de Wet Normering Topinkomens	65 miljoen
6	Korten op opleidingsbudgets medisch specialisten	50 miljoen
7	Aanpassen voorwaardelijke toelating van een aanspraak in de Zvw; een subsidieregeling voor een beperkt aantal patiënten, beperkt de brede aanspraak op zorg bij voorwaardelijke toelating.	80 miljoen
8	Beperken recht op kraamzorg en invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage	110 miljoen
9	Invoeren van een vermogenstoets voor de Wlz en Wmo	90 miljoen
10	Een eigen risico van € 505 per volwassene per jaar	870 miljoen
11	Huisartsenzorg onder eigen risico laten vallen	340 miljoen
12	Verplicht eigen risico als percentage van zorgkosten bij een bandbreedte van € 725 – € 495	510 miljoen
13	Maximale eigen bijdrage van € 725 per volwassene per jaar	510 miljoen
14	Combinatie van eigen risico en eigen betaling (Zwitser model)	55 miljoen
15	Eigen bijdrage hulpmiddelen in de Zvw	290 miljoen
16	Eigen bijdrage medicijnen € 5 per receptregel	190 miljoen
17	Eigen bijdrage verblijf in ziekenhuis	70 miljoen
18	Capaciteitsplan spoedeisende zorg	55 miljoen
19	Herberekenen limieten Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem	250 miljoen
20	Hogere bijdrage eerste 6 maanden in intramurale zorg Wlz	140 miljoen
21	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen	50 miljoen
22	Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door Rijksoverheid	130 miljoen
23	Verplichte meerjarencontracten Wlz	110 miljoen
24	Maximeren indicatie-eis Wlz–normeringen van uitgaven per regio	210 miljoen
25	Introduceren objectief verdeelmodel Wlz	210 miljoen
26	Subsidieregeling casemanagers dementie	50 miljoen
27	Geen toegang Wlz voor lichtere zorgzwaartes	140 miljoen
28	Korten op de huishoudelijke hulp	150 miljoen

De relevantie van deze doorrekening is strategisch. Op basis van deze of gelijksoortige beleidsmaatregelen is het mogelijk om een scenarioanalyse te maken. Op het niveau van het stelsel of op deelgebieden, zoals curatieve zorg, farmacie of langdurige zorg. Ook kunnen beleidsinitiatieven die tot een macrobesparing leiden wellicht rekenen op politieke steun: bijvoorbeeld case-management bij dementie.

Preventie

Preventie maakte ook onderdeel uit van de studie. De werkgroep schrijft hierover: “Preventiemaatregelen zijn niet goed te kwantificeren door de langetermijneffecten. De baten vallen vaak buiten de zorg. Door preventie nemen individuele zorgkosten niet af, maar verschuiven naar een later moment in het leven. De baten van preventie voor de volksgezondheid liggen in een langer en gezonder leven. Als dit tot uitdrukking komt in de arbeidsparticipatie en langer werken, dan zijn de maatschappelijke opbrengsten positief.” <<

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns