



**Nationaal
ZorgFonds**

Bouwstenen

Bouwstenen

Het Nationaal ZorgFonds is een maatschappelijke beweging waar inmiddels meer dan 222.000 mensen hun steun aan hebben gegeven. Naast initiatiefnemer SP zijn de politieke partijen 50PLUS en de Partij voor de Dieren en maatschappelijke organisaties als KBO-Brabant, FNV Zorg en Welzijn, FNV Senioren en Omroep Max aangesloten. Na de lancering van de eis voor een Nationaal ZorgFonds zonder eigen risico heeft een denktank gewerkt aan de verdere uitbouw van het Nationaal ZorgFonds. Want als de zorgverzekeraars geen rol meer hebben, hoe organiseren we dan dat 46 miljard aan premiegeld goed terecht komt? Voor u ligt het concept-plan voor een zorgstelsel zonder zorgverzekeraars.

Er is een aantal uitgangspunten cruciaal voor een zorgstelsel zonder zorgverzekeraars:

- Samenwerken voor goede zorg voor de patiënt
- Vrije artskeuze voor de patiënt
- Vertrouwen in de professional, uiteraard met verantwoordelijkheid van de professional
- Toegankelijke zorg, er zijn enkel inhoudelijke drempels om zorg te krijgen, geen financiële
- Regionale invulling van de zorg met één landelijke regisseur (het Nationaal ZorgFonds)
- De zorgbehoefte staat centraal
- Preventie dient een onderdeel te zijn van volksgezondheid
- Algemeen belang boven private winst
- Vernieuwing, verbetering van zorg wordt gestimuleerd

Uiteraard is betaalbaarheid van groot belang en ook dat waarden als kwaliteit, doelmatigheid, solidariteit en toegankelijkheid stevig verankerd zijn. Want de belangen van de premiebetaler, patiënten en zorgprofessionals gaan hand in hand. We gaan uit van de visie dat zorg geen kostenpost is, maar een investering in een gezonde, menswaardige en productieve samenleving. En nogmaals: kostenbewaking blijft een absolute randvoorwaarde; gratis zorg bestaat immers niet.

Wij willen geen blauwdruk presenteren, maar bouwstenen. Het bouwen van een stevig huis vereist deskundigheid en samenwerking. We willen benadrukken dat dit plan 'werk in ontwikkeling' is en dat zeer velen eraan meebouwen. We bouwen namelijk een uniek systeem en geen kopie van een in een ander land al bestaand stelsel. Iedereen die wil meebouwen aan ons alternatief is uitgenodigd; er is ons al veel te lang verteld dat het huidige stelsel de enige optie is en dat is een leugen.

We voeren graag de discussie over de uitvoering en de invoering. Wij nodigen iedereen die mee wil bouwen aan een zorgstelsel zonder marktwerking en concurrentie uit om naar ons symposium te komen op 20 januari. Aanmelden kan via symposium@nationaalZorgFonds.nl. Schriftelijke reactie op het concept-plan, ontvangen we uiteraard ook graag.

Was getekend, de belangeloze opstellers van dit discussiestuk:

Herman Suichies, Alan Ralston, Bart Bruijn, Lewi Vogelpoel, Cobie Groenendijk, Gijs van Loef, Jack Puts, Ton van den Berg, Nina de Ridder, Renske Leijten en Bas Maes.

Inhoud

Inleiding Van marktwerking naar samenwerking 4

1 Uitwerking 5

2 Kwaliteit 6

3 Voorkomen en vernieuwen 8

4 Invoering 8

5 Financiële onderbouwing op hoofdlijnen 9

Inleiding **Van marktwerking naar samenwerking**

Het huidige zorgstelsel met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende zorginstellingen is gebaseerd op de aanname dat concurrentie en samenwerking kunnen samengaan. Zorginstellingen en zorgverleners worden gedwongen elkaar te beconcurreren, maar moeten tegelijkertijd samenwerken in het belang van de patiënt. Zorgverzekeraars hebben de macht gekregen omdat dit goede en goedkopere zorg zou afdwingen; dit kan – zo is de redenering – niet aan zorgaanbieder en patiënt worden overgelaten omdat zij enkel zouden beslissen tot meer zorg en daardoor duurdere zorg. In de beginjaren van het nieuwe stelsel zijn de zorgkosten exorbitant. De minister heeft vervolgens besloten in te grijpen in de markt en een maximumgroei opgelegd.

De tegenstrijdige combinaties van wantrouwen en vertrouwen, competitie en onder curatele stellen, eigenbelang en gemeenschappelijk belang werken niet. Het leidt juist tot een enorm complex en kostbaar stelsel. Een heldere regie is niet mogelijk, omdat de zorg is overgelaten aan elkaar bestrijdende deelbelangen van steeds meer partijen op allerlei niveaus. Terwijl iedereen uit is op machtsposities neemt de behoefte te controleren en bij te sturen hand over hand toe. De reguleringskosten lopen uit de hand en maakt de zorg onnodig duur. Na tien jaar is duidelijk dat het stelsel van gereguleerde marktwerking onhoudbaar is.

De afgedwongen concurrentie heeft niet gebracht wat men beloofde. Ze heeft niet geleid tot kostenverlaging, maar tot kostenverhoging. Het wantrouwen heeft geleid tot een verstikkende bureaucratie; zorgverleners zijn gedemotiveerd geraakt en stellen zich steeds defensiever op. Patiënten kunnen niet tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben en moeten er zelf steeds meer voor betalen. De onderlinge solidariteit is afgenomen door allerlei kortingen in polissen die andere verzekerden uiteindelijk betalen. Er gaat veel zorggeld in randzaken zitten als marketing en acquisitie – zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Ook is de kwaliteit niet spectaculair verbeterd; in Europa onderscheidt de Nederlandse zorg zich niet. Redenen genoeg om afscheid te nemen van het huidige zorgstelsel.

Het Nationaal ZorgFonds is gebaseerd op principes die in de praktijk tot een betere realisering van de eerder genoemde uitgangspunten zullen leiden. Het gaat uit van het vakmanschap van zorgverleners; het ziet de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en patiënt als het hart van de zorg. Het ziet samenwerking – niet concurrentie – als dé weg naar meer kwaliteit en minder kosten. Er zal echt werk worden gemaakt van solidariteit en toegankelijkheid. Door de regie publiek te verankeren, wordt onnodige overhead en verantwoording opgeruimd, waardoor geld vrijkomt voor zaken die de zorg daadwerkelijk verder helpen.

Het Nationaal ZorgFonds vervangt de zorgverzekeraars

De wettelijke taak voor het uitvoeren van het politiek vastgestelde basispakket – wat nu al voor iedereen gelijk is – komt bij het Nationaal ZorgFonds te liggen. Zorgrecht is gebaseerd op deskundige indicatiestelling, waarbij de huisarts de poortwachtersfunctie behoudt. Het is niet meer nodig om je particulier te verzekeren, omdat een brede en goede zorg een recht is. Op deze manier ontstaat er een zorgpakket waar iedereen recht op heeft, als het nodig is. Private zorgverzekeringen voor het zorgpakket worden niet langer toegestaan. De huidige privéklinieken die medisch geïndiceerde zorg leveren kunnen blijven bestaan maar vallen (net als nu meestal ook al) onder het publiek georganiseerde stelsel en zijn te beschouwen als meer gespecialiseerde zorginstellingen. Daarbij geldt dat mensen geen voorrang kunnen kopen door bij te betalen bovenop het zorgpakket. De niet-medisch geïndiceerde zorg zoals cosmetische zorg geleverd in privéklinieken vallen buiten dit stelsel.

Het Nationaal ZorgFonds wordt een aparte entiteit binnen de landelijke overheid, een Rijksdienst. Zij gaat het premiegeld verdelen over regio's en houdt toezicht op de besteding van de middelen. De voorcalculatie van het budget vindt plaats op basis van zorgbehoefte plus de bovenregionale gespecialiseerde zorg. In de regio's zijn regionale ZorgFondsen de inhoudelijke vormgevers van zorg. Daarbij geldt: dichtbij wat kan, verder weg als het moet. Deze regionale ZorgFondsen worden vorm gegeven via stichtingen met alle zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en gemeenten als leden. Het bestuur dient te allen tijde zorgverleners, patiënten en lokale vertegenwoordiging in zich te hebben. Zij zijn de stakeholders als het gaat om aanbod, kwaliteit en toegankelijkheid.

1 Uitwerking

Goede zorg en keuzevrijheid

Goede zorg wordt gegeven door goed opgeleid personeel die de patiënt benadert als mens in al zijn facetten. Er is aandacht voor de aard van de kwaal, maar ook voor de omstandigheden. Dat vraagt om tijd en rust om de diagnose te stellen en de behandeling uit te stippelen. Als iemand met gezondheidsklachten bij de huisarts te horen krijgt dat het goed is om die klachten nader te onderzoeken in het ziekenhuis, moet diegene vrij en zonder financiële drempels kunnen kiezen voor de behandelaar van zijn keuze. De vrije artskeuze beschouwen we als een 'grondrecht'. Een duurzame vertrouwensrelatie is cruciaal voor het slagen van een behandeling en voor goede zorg. De behandelaar heeft geen andere belang te dienen dan dat van de patiënt. Bij complexe zorg (multidisciplinaire zorg en co morbiditeit) moet er een coördinerend behandelend arts zijn. Dit is in veel gevallen de huisarts, maar deze rol kan ook vervuld worden door een specialist.

Iedereen heeft via het Nationaal ZorgFonds recht op goede zorg op basis van indicatiestelling door een BIG geregistreerde zorgverlener. De huisarts blijft de poortwachter, het streven is de eerstelijns te versterken. Op basis van wetenschappelijke richtlijnen wordt bekeken welk bevolkingsonderzoek (zoals preventieve screening) verstandig is om uit te voeren bij (grote) groepen in de samenleving. De samenwerking en wisselwerking met GGD 'en (Wet publieke gezondheidszorg) en het RIVM blijft.

In het zorgpakket zit naast het bestaande pakket ook fysiotherapie en tandzorg. Uiteraard worden de geneeskundige behandelingen vergoed die bewezen werkzaam zijn, medisch noodzakelijk worden geacht en in het zorgpakket zijn opgenomen. Total bodyscans leiden niet tot geruststelling over de gezondheid van het lichaam, maar veeleer tot onnodige zorgen en extra zorgvraag en zit niet in het zorgpakket.

Bij de vergoeding van geneesmiddelen geldt het principe dat het goedkoopste middel verstrekt wordt, als dat kan. Als een patiënt door gevoeligheid voor stoffen of in de samenstelling met andere medicatie een duurder middel nodig heeft, dan is dat op basis van medische noodzaak beschikbaar. Voor mensen die langer dan een jaar meer dan 4 geneesmiddelen slikken wordt jaarlijks door de apotheek, in samenspraak met de artsen uiteraard, gekeken of er geneesmiddelengebruik kan worden afgebouwd.

Door de centrale inkoop van medicijnen en hulpmiddelen, kan de patiënt en de arts rekenen op beschikbare middelen en is het (gedwongen) overstappen op een goedkoper (preferent) geneesmiddel hooguit één keer per jaar aan de orde. De vergoeding van geestelijke gezondheidszorg is in zijn geheel opgenomen in het zorgpakket, zodat recht gedaan kan worden aan de hulpvraag / het lijden van de patiënt. Het onderscheid tussen basis en specialistische GGZ is voor het uitbetalen van declaraties niet meer van belang.

Regionale regie, landelijk overzicht

Het Nationaal ZorgFonds neemt de rol van de Zorgverzekeraars over: zij wordt het verdeelkantoor van premiegeld over de regio's die de zorg in onderlinge samenwerking plannen. Zij houdt toezicht op de toegankelijkheid van de zorg in de regio, financieel verloop van de budgetten, en landelijk overzicht op innovatie en trends die waarneembaar zijn bij de ontwikkeling van zorgbehoefte. Het Nationaal ZorgFonds gaat geen taken uitvoeren die andere instituten al doen. Zij volgt de politiek die besluit over de samenstelling van het zorgpakket. Zij vertrouwt op de kwaliteit van zorgstandaarden die via het Kwaliteitsinstituut geregeld worden, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt daar toezicht op, alsmede professionals zelf via het Tuchtrect.

Het Nationaal ZorgFonds wordt verantwoordelijk voor de verdeling van premiegelden op basis van regionaal bepaalde zorgbehoefte. Tegelijkertijd coördineert zij bovenregionale specialistische zorg. In een landelijk zorgplan wordt aangesloten bij de regionale zorgplannen waarbij de eerste toezicht houdt op voldoende beschikbaarheid van (zeer) gespecialiseerde zorg en de toegang daartoe.

Het plan is een begroting en daar hoort een jaarrekening/verantwoording bij. Het is een normale planning en control-cyclus. In de jaarlijkse verantwoording wordt de besteding van middelen en de geleverde zorg (behandelingen, resultaten) verantwoord. De Algemene Rekenkamer houdt toezicht op de totale besteding van de zorggelden. Daarbij bekijkt ze de rechtmatigheid van de uitgaven in de regio's via het Nationaal ZorgFonds.

Op basis van het zorgplan worden de financiële middelen verdeeld over de landelijke voorzieningen (zoals academische ziekenhuizen en de gecentraliseerde hoog specialistische zorg, bijvoorbeeld centra voor protonentherapie) en de regio's. Het Nationaal ZorgFonds ziet toe op de besteding van de middelen landelijk en in de regio's. Via zorgbehoefte ramingen per regio plus de raming voor bovenregionale specialistische zorg, vindt er een voorcalculatie plaats. Deze leidt tot een politiek vast te stellen budgettair kader zorg. Door het Nationaal ZorgFonds wordt het verloop van de financiering gevolgd; zij kan herverdelen en voorstellen doen hoe om te gaan met onder uitputting en tekort tijdens de realisatie. Dit gebeurt nu ook in de Wet Langdurige zorg, het is onze bedoeling om daar nauw bij aan te sluiten.

Tarieven en verrichtingsprijzen worden uniform en landelijk bepaald en dienen als ondersteuning voor het invullen van het afgesproken budget. Er vindt dus geen betaling per verrichting meer plaats. Zorgaanbieders en zorgverleners krijgen de zekerheid van contractering als zij voldoen aan de eisen tot toetreding tot zorgverlening. Hierbij zijn inhoudelijke eisen van belang, evenals de eis geen voorrangszorg te creëren, geen ongefundeerd oplopende wachttijden en uiteraard goede omgang met patiënt en personeel.

Elke regio omvat een samenhangend en volledig aanbod van eerste en tweedelijnszorg: gezondheidscentra/huisartsenpraktijken en huisartsenposten/wijkverpleging/paramedische zorg, GGZ aanbieders, apotheken en algemene/regionale ziekenhuizen. Een regio kan de omvang hebben van een zeer grote stad, zoals Amsterdam, maar ook van een provincie, zoals Drenthe of een geografische eenheid als Twente (rekening houdend met o.a. fysieke, sociaaleconomische en demografische kenmerken).

In de regio wordt op basis van de behoeferaming een analyse gemaakt van het bestaande aanbod van zorg en de aansluiting op de voorspelde behoefte door middel van een Regionaal Zorgplan. Investerings en desinvesteringen, de planning van vastgoed etc. maken daar onderdeel van uit. Waar overschot is zal worden afgebouwd, waar tekort aan is wordt opgebouwd. Alle Regionale Zorgplannen tezamen vormen het Landelijk Zorgplan. Direct hierbij betrokken zijn het Nationaal ZorgFonds en het Zorginstituut.

Betaling van zorgaanbieders

Essentieel onderdeel van het Nationaal ZorgFonds is de betaling van zorgverleners (uitvoerende rechtspersonen). Het huidige betalingsmodel van de eerstelijns dat gebaseerd is op een abonnementstarief (Huisartsenmodel): een jaarlijks bedrag per inwoner/patiënt, aangevuld met een klein consulttarief werkt adequaat. De achterliggende gedachte, dat een vergoeding primair gebaseerd behoort te zijn op de beschikbaarheid (beschikbare capaciteit) van deskundige expertise die zorg kan verlenen indien nodig, aangevuld met een kleine vergoeding voor daadwerkelijke geleverde zorg/verrichtingen, is een gezonde en werkbare gedachte. Het gaat met andere woorden om een uitwerking van een vorm van 'Populatiebeposting'.

2 Kwaliteit

Wat kwaliteitsbeleid betreft, verandert er in institutioneel opzicht niets. Werken volgens de laatste stand van de medische wetenschap, altijd met oog voor de wensen en mogelijkheden van de patiënt, in goede samenwerking met collega's van dezelfde en andere disciplines wordt versterkt. De grotere verantwoordelijkheid die zorgverleners met het Nationaal ZorgFonds krijgen, schept evenredig verplichtingen. Om kwaliteit te waarborgen is de registratie in het BIG-register noodzakelijk (het BIG-register beschermt het beroep, niemand kan zich zomaar huisarts noemen, en is tevens het instrument om zorgverleners aan kwaliteitsnormen te houden). Daarnaast wordt van beroepsbeoefenaren verwacht dat zij zich nascholen, de stand van de medische wetenschap volgen en meewerken aan intervisie/collegiale toetsing, conform de eisen van herregistratie voor hun vakgebied.

Welke bij- en nascholing nodig is om de registratie te behouden, bepalen de beroepsverenigingen via herregistratiecommissies zelf. Het Kwaliteitsinstituut denkt mee met de inhoudelijke eisen. Het vertrouwen in de beroepsnormen van professionals is groot, maar de registratie van een zorgverlener kan bij gebrek aan kwaliteit en het onvermogen te verbeteren komen te vervallen. Zonder een registratie kan niemand als zorgverlener werken in de gezondheidszorg.

Bestaande instellingen als het Zorginstituut, de Gezondheidsraad en de IGZ zien namens vanuit het algemeen belang toe op de kwaliteit van de zorg. Beroepsgroepen maken nu al zelf medisch-technische richtlijnen en, samen met patiënt-

tenverenigingen, goede richtlijnen voor service en bejegening van patiënten. Richtlijnen worden bij het Kwaliteitsinstituut beoordeeld en geregistreerd.

De richtlijnen zijn basis voor toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg én de beroepsverenigingen zelf. Van artsen, behandelaars en verpleegkundigen wordt verwacht dat ze aan collegiale toetsing doen en niet weggijken bij achterblijvende kwaliteit. Spiegelinformatie wordt voor alle zorgverleners een belangrijk middel om de eigen kwaliteit te verbeteren. Zowel de IGZ al het Tuchtcollege hebben de middelen om straffend op te treden als het nodig is. Zo nodig wordt de IGZ uitgebreid.

Zorginstellingen werken – net als nu – met een toelating om dat te mogen doen. Die toelating wordt geregeld via een aangepaste Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Het bieden van kwalitatieve zorg, het voorkomen van te lange wachttijden, een verbod op winstuitering of doorverkopen van zorg aan onderaannemers en de verplichting alle patiënten te helpen en geen voorrangszorg te creëren, zijn aanpassingen in de Wtzi. De toelating komt te vervallen indien de voorwaarden worden geschonden.

Vertrouwen en verantwoordelijkheid

De wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en verzorgenden is de kern van (de totstandkoming van) zorgkwaliteit. Met het vervallen van de regisseursfunctie van zorgverzekeraars wordt het mogelijk om een omslag in denken te maken naar vertrouwen in de professional en de patiënt. Buurtzorg heeft op wijkniveau laten zien dat vertrouwen een sleutelwoord is in hun organisatie. Vertrouwen is het uitgangspunt, maar kan niet zonder de verantwoordelijkheid om overbodige of onzinnige zorg te vermijden. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid. Een patiënt kan een arts niet dwingen dat een bepaalde scan of onderzoek wordt gedaan “omdat de buurman die ook kreeg”. Evenmin doet een professional ‘uit voorzorg’ nodeloos onderzoek of een overbodige behandeling. De beroepsverenigingen en de IGZ houden hier toezicht op.

De patiënt mag er volledig vanuit gaan dat de arts en zorgverlener in diens belang handelen, zonder druk van een ZorgFonds of een bestuurder. Maar zorg kan niet worden afgedwongen als deze niet nodig is. Bij twijfel over de diagnose, is een second opinion mogelijk.

Registraties

De opzet van controle en het toezicht ligt in het directe verlengde van de wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en verzorgenden. Dit wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt. Via visitatie wordt door collega's bekeken of een zorgverlener zich houdt aan de laatste stand van de medische standaard én de wens van en de overeenstemming met de patiënt.

Ten behoeve van controle over de productie wordt bijgehouden welke medische behandelingen hebben plaatsgevonden. Alle informatie is openbaar en geanonimiseerd.

Toezicht

Het Nationaal ZorgFonds houdt toezicht op de te besteden middelen. Hierbij kijkt ze ook naar zaken als wachtlijsten en zinvolle innovatieve werkwijzen in de praktijk. Het Kwaliteitsinstituut en het Zorginstituut zijn er voor de inhoudelijke waarborgen en de IGZ ziet toe op de kwaliteit. De Nederlandse Zorgautoriteit is niet meer nodig en heffen we op. De ACM heeft in de zorg geen rol meer, net als de AFM en DNB omdat private zorgverzekeraars verdwijnen en financiële zekerheidsmaatregelen zoals Solvency II niet meer van toepassing zijn. Samenwerking tussen zorginstellingen en zorgverleners is de norm. Om te voorkomen dat er bureaucratie ontstaat in de organisatie van het Nationaal ZorgFonds of de regionale organisaties is er een jaarlijkse planning- en control cyclus.

Het Nationaal ZorgFonds heeft een dienstverlenende functie voor mensen die niet in de regio terecht kunnen voor (gespecialiseerde) zorg. Zij zorgt er voor dat patiënten in andere regio's vrije toegang hebben. Hiermee wordt de vrijheid van artsenuitkeuze gewaarborgd. De grens van de keuzevrijheid ligt buiten Nederland, tenzij er door ontbrekend zorgaanbod noodzaak is om in het buitenland behandeling te ondergaan.

3 Voorkomen en vernieuwen

Preventie

Door middel van de geraamde zorgkosten op korte en langere termijn wordt een analyse gemaakt hoe met preventie zorgkosten kunnen worden voorkomen. Dit kan gaan door voorwaarden te creëren om valgevaar bij ouderen thuis te voorkomen, maar ook inzetten op stoppen met roken en gezondere voeding. Bij preventie worden ook faciliteiten voor bewegen voor jong en oud betrokken.

Vernieuwing

Vernieuwing en innovatie zijn cruciaal. De zorg ontwikkelt zich continue en de invoering van betere en/of vernieuwende behandelmethoden, werkwijzen, geneesmiddelen e.d. wordt door het Nationaal ZorgFonds in samenwerking met kennisinstituten gefaciliteerd. De kwaliteit van zorg zal en moet altijd kunnen verbeteren. Markante voorbeelden zijn de organisatie van Buurtzorg en ParkinsonNet.

De ontwikkeling van anderhalve lijnszorg (kortere communicatielijnen tussen eerste en tweedelijns, betere procesplanning) is een goed voorbeeld van wat een 'systeeminnovatie' kan worden genoemd.

Er worden (vanuit landelijke begrotingsmiddelen) structureel middelen beschikbaar gesteld aan universiteiten, hogescholen en kenniscentra voor innovatie-, kennisontwikkeling en kennisoverdracht. Experimenten zijn vast onderdeel van ontwikkelprogramma's om van theorie naar praktijk te komen. Kennisontwikkeling gebeurt (ook) in de praktijk. Er zijn middelen om verbeteringen en doorbraken te belonen.

Om te voorkomen dat innovatieve werkwijzen geen ingang krijgen in regionaal verband, houdt het Nationaal ZorgFonds toezicht op de introductie van innovatieve werkwijzen. Wanneer innovaties bewezen waarde toevoegen (hogere kwaliteit of kostenbesparing), werkt het Nationaal ZorgFonds met de regio's samen om deze werkwijzen te implementeren.

4 Invoering

Uiteraard zal het afbouwen van de taak en functie van de zorgverzekeraars een behoorlijke operatie zijn die tijd kost. Dit kan volgens ons in vier jaar.

In de eerste fase vindt de voorbereiding op wetgeving plaats en tijdens die periode voeren de zorgverzekeraars geen concurrentie meer op de basisverzekering. Er komt één uniforme polis en er vindt geen overstap meer plaats. Hiermee wordt direct 500 miljoen bespaard op acquisitiekosten en reclame (252 miljoen; bron marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015) en het stilleggen van de commerciële marketingafdelingen van de zorgverzekeraars. De NZa heeft de kosten van de commerciële marketingafdelingen niet in kaart gebracht of kunnen brengen. Wij ramen die op 248 miljoen (er zijn 9 holdings die 25 zorgverzekeraars in zich herbergen. Die bieden 61 polissen aan)

In de tweede fase gaat het beheer van de zorgpremie over naar het Nationaal ZorgFonds en worden regionale zorgbehoefte ramingen gedaan op basis van de inkoopgegevens van zorgverzekeraars in de betreffende regio. Van de, ten behoeve van de risicoverevening, per persoon berekende kosten ('schadelast'), stappen we over op een berekening op basis van demografische kenmerken en de historische kosten van de regio. Het RIVM, Sociaal en Cultureel Planbureau, het CBS en het ministerie van Volksgezondheid maken een analysegroep die transparant tot de berekening komt. In deze fase is de inkoop op basis van het vorige jaar en compensatie voor knelpunten en onderbesteding.

In de derde fase zal het Nationaal ZorgFonds budgetten verdelen over de regio's op basis van de reële behoefte met de inkoop op basis van het vorige jaar. De regionale stichting zal in dat eerste jaar de omslag maken naar verzorgen van zorgaanbod dat in de raamde behoefte voorziet.

De laatste fase, die zal ingaan als fase drie in een regio goed verlopen is, is de volledig operationele fase.

5 Financiële onderbouwing op hoofdlijnen

De uitgaven aan het zorgstelsel zullen dalen, omdat de inkoop wordt vereenvoudigd en de bedrijfskosten van de zorgverzekeraars volledig vervallen.

Directe kosten

Procesoptimalisatie door samenwerking 1080 miljoen

Betreft de directe kosten: 80% van 45 miljard = 36 miljard. 3% Kostenbesparing door betere samenwerking tussen 1e, 2e en 3e lijn: 1.080 miljoen. Onderbouwing: 1. Prof. Gert Westert, Radboud UMC stelt dat 20% kostenbesparing in ziekenhuizen mogelijk is onder voorwaarden; 2. Argumentatie - Doordat concurrentie tussen zorginstellingen nagenoeg verdwijnt ontstaat een playing field voor optimale onderlinge samenwerking tussen zorgprofessionals;

Capaciteitsplanning 85 miljoen

Berekend door het CPB in het rapport Zorgkeuzes in kaart, beleidsopties 41 en 42: 'Capaciteitsregulering dure infrastructuur' en 'Capaciteitsplan spoedeisende hulp'. Zie hiervoor. Let wel, capaciteitsplanning is alleen goed mogelijk als er een centrale regisseur is, zoals een Nationaal ZorgFonds als een Rijksdienst. De idee van concurrerende zorgverzekeraars sluit capaciteitsplanning uit.

Indirecte kosten

Een kwart minder bureaucratie 2,25 miljard

In 2014 berekende een internationale groep van gezondheidszorgexperts dat Nederland op de VS na de hoogste administratieve kosten bij ziekenhuizen heeft: 19,8%. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201663> We nemen het percentage van 20% over voor de gehele cure. De indirecte kosten kunnen structureel met 25% omlaag door lagere administratieve lasten in twee opzichten: 1. Vereenvoudiging van de financiering van zorginstellingen: 1.1. er is slechts een opdrachtgever, ipv. verschillende opdrachtgevers (Nationaal ZorgFonds ipv. verschillende zorgverzekeraars); 1.2. er komt per zorginstelling een lump-sum als 'bestaansbudget'; 1.3. een betaling voor verrichte behandelingen (zgn. operating fund); 1.4 als gevolg hiervan ontstaat een veel simpeler administratieve organisatie bij alle zorginstellingen. 2. Vereenvoudiging van verplichte registraties en toelatingsvereisten (twee toezichthouders komen te vervallen: NZa en ACM). Een verlaging van de administratieve lastendruk met 25% komt overeen met een bedrag van 2,25 miljard. Dit bedrag kan nog hoger gaan uitvallen.

Beëindigen zorg bij overige zorgverzekeraars 133 miljoen

Dit is 10% van de totale kostenbesparing bij de grote 4 Zorgverzekeraars die 90% van de zorgmarkt in handen hebben, een zuiver verhoudingsgetal.

Afstoten zorgdeel Achmea 344 miljoen

De totale formatie van de zorgdivisie van Achmea is niet bekend, omdat Zorg niet de enige verzekeringstak is. Uitgegaan is van een formatie van 2500 fte., dit is waarschijnlijk aan de lage kant. De gemiddelde kosten per formatie van VGZ/CG/Menzis zijn genomen om de totale bedrijfskosten van Achmea-Zorg te berekenen, dit leidt tot 334 miljoen (kosten/fte. * aantal fte.: 2500 * 133.699 = 334,248 miljoen).

Beëindigen VGZ, CZ en Menzis totaal 996 miljoen

Deze drie grote zorgverzekeraars houden op te bestaan. Er gaat werkgelegenheid verloren, de kosten van een Sociaal Plan zijn niet meegenomen: onderdeel van de transitiekosten. Op basis van de geconsolideerde winst- en verliesrekeningen in de Jaarrekeningen van 2015 zijn de totaalbedragen genomen van de 'Bedrijfskosten uit gewone bedrijfsvoering: acquisitiekosten, Beheers- en personeelskosten, afschrijvingen bedrijfsmiddelen'. Deze totalen zijn per zorgverzekeraar gedeeld op het aantal fte., dit geeft de kosten/fte. per zorgverzekeraar. De gemiddelde kosten/fte. zijn 133.699.

NZa overbodig 47 miljoen

De Nationale Zorgautoriteit houdt op te bestaan. Omdat de gereguleerde marktwerking met onderlinge prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt beëindigd, komen de markt-toezichthoudende taken te vervallen. De ACM heeft ook geen rol meer. Kostprijzen kunnen worden opgesteld door het Nationaal ZorgFonds binnen budgettaire kaders van de rijksoverheid. Het opheffen van de NZa geeft een besparing van 47 miljoen op

jaarbasis (Jaarrekening 2014, Exploitatierkening, totaal Baten en Lasten), de kosten van een Sociaal Plan zijn niet meegenomen: onderdeel van de transitiekosten.

Kosten Nationaal ZorgFonds -100 miljoen

Stelpost. De jaarlijkse kosten van de op te richten Rijksdienst 'Nationaal ZorgFonds' worden vooralsnog geraamd op 100 miljoen. Dit is voldoende voor een organisatie van 800 fte. Uitgangspunt is een slanke organisatie. Het takenpakket moet nader worden uitgewerkt en op basis daarvan moet een calculatie worden opgesteld.

Kosten regio's -500 miljoen

Stelpost. Eerst moeten de regio's gedefinieerd worden. Uitgangspunt is een slanke regionale organisatie van verenigingen met een ondersteunend apparaat. Het takenpakket moet nader worden uitgewerkt en op basis daarvan moet een calculatie worden opgesteld.

Voorziening Transitiefonds

De opgebouwde en voor de zorg geoormerkte reserves van de zorgverzekeraars (ca. 11 miljard euro) kunnen worden ingezet voor de financiering van de gehele transitie. Het CPB voorziet een transitieperiode van 8 jaar met 660 miljoen aan kosten per jaar. Wij stellen voor om de omslag in vier jaar te maken. Dat betekent dat er – volgens de CPB voorspelling – 2,64 miljard nodig is voor de transitie.



**Nationaal
ZorgFonds**

www.nationaalzorgfonds.nl