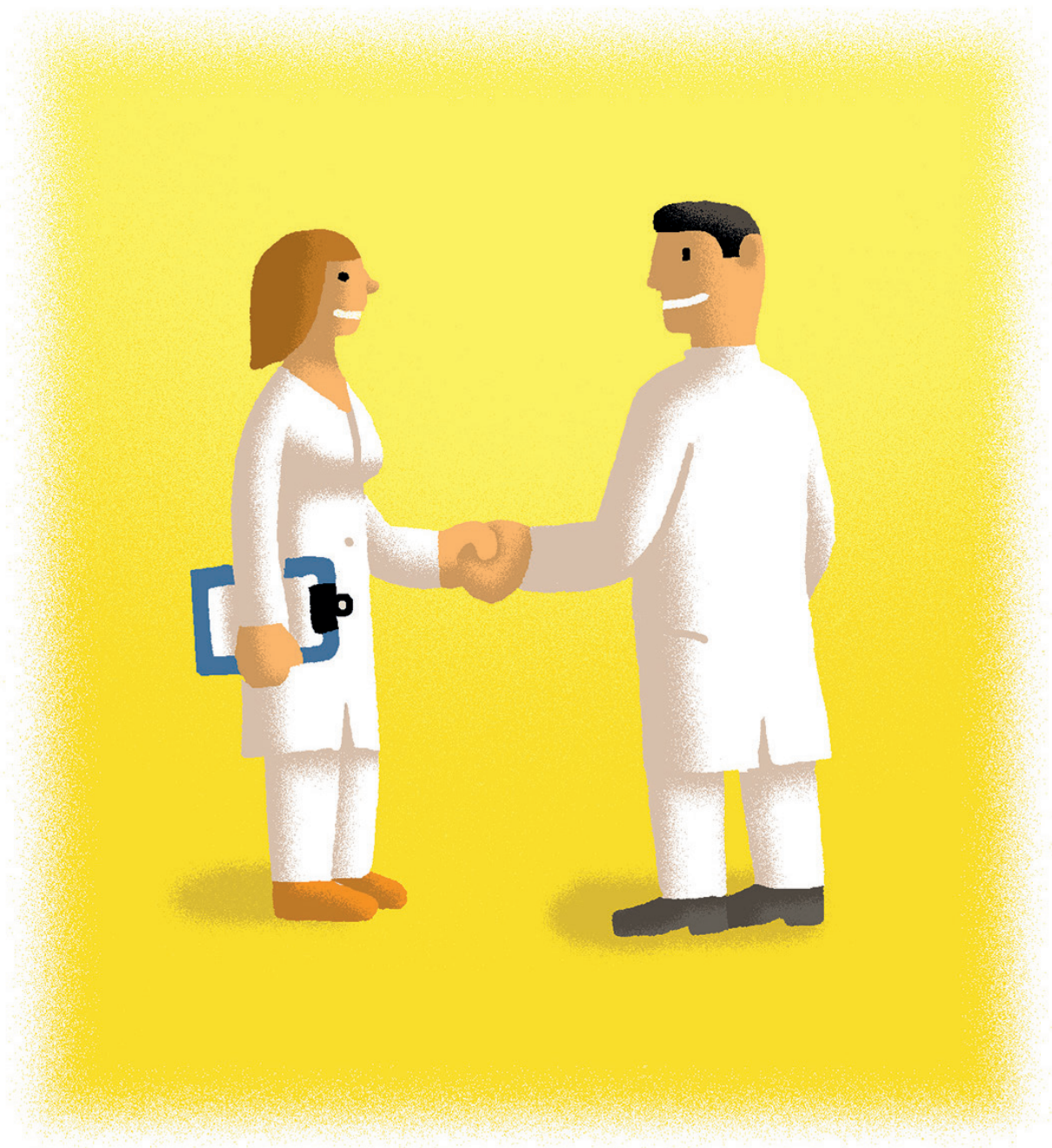




DE ZORG IS VAN ONS

VAN MARKTWERKING NAAR SAMENWERKING

Emile Roemer
Renske Leijten
Henk van Gerven

September 2015

SP.★



Illustraties Marc Kollé

DE ZORG IS VAN ONS

Het zorgstelsel loopt vast. De marktwerking heeft de zorg niet beter gemaakt, wel duurder. Of het nu gaat over de macht van de zorgverzekeraars, instellingszorg of zorg in huis: overal zien we dezelfde ontwikkeling. Collega's moeten concurrenten zijn. Medewerkers worden gezien als kostenpost. Zorgverleners willen de zorg verlenen die nodig is, maar worden beperkt door zorgverzekeraars, managers of bureaucratie. Tegelijkertijd wordt de zorg voor steeds minder mensen betaalbaar.

Het roer in de zorg moet om. De zorg is niet van private partijen. De zorg is van ons allemaal. En zo moeten we het ook organiseren. Publieke zorg met publieke organisaties die democratisch ter verantwoording kunnen worden geroepen. Waar niet de zorgverzekeraars of de managers op een voetstuk staan, maar de professionals. Een zorgstelsel met samenhang en samenwerking in plaats van concurrentie en wantrouwen.

We regelen de zorg op twee niveaus. Wat lokaal kan, regelen we lokaal. De gemeenten worden verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning thuis en in de wijk. Uiteraard onder goede voorwaarden en betaalbaar voor iedereen. Het rijk wordt verantwoordelijk voor ziekenhuiszorg en instellingszorg. Daarom vormen we de zorgverzekeraars om tot één Landelijke Zorgvoorziening. Zo breken we de macht van de zorgverzekeraars en wordt er geen winst meer gemaakt over de rug van de patiënt.

Iedereen heeft recht op de zorg die hij of zij nodig heeft. Daarom schaffen we het eigen risico af. Deze boete op ziek zijn zorgt ervoor dat steeds meer mensen afzien van de zorg die zij nodig hebben. Wat medisch noodzakelijk is en maatschappelijk wenselijk hoort thuis in het basispakket. Dat breiden we dus uit. En we betalen de zorg solidair via premies en belastingen die inkomensafhankelijk zijn. Met dit plan is zeven van de tien gezinnen beter af.

Zorgverleners werken dag in dag uit keihard om kwetsbare mensen en patiënten de beste zorg te verlenen. Goede zorg is van grote waarde en belang voor de samenleving. Met dit plan laten we zien dat het kan: sociale zorg. De zorg is van ons allemaal. Laten we het ook zo regelen.

Emile Roemer
Renske Leijten
Henk van Gerven

INHOUD

1 Onze zorg	7
2 Gezonde samenleving en preventie	11
3 Betaalbare zorg	13
Bijlage 1: Zorgverzekeraars, marktaandeel en reserves	22
Bijlage 2: Basispakket: Wat vindt de bevolking belangrijk	25
Bijlage 3: Reserves en kapitaallasten instellingen	26
Bijlage 4: Preventie	28

1 ONZE ZORG

Het roer moet om in de zorg. We brengen de zorg terug tot de kern: goede zorgverlening en zorgverleners voor kwetsbare mensen en patiënten. Daarom stellen we een aantal voorwaarden aan de zorg. Zij zal publiek georganiseerd zijn. Zo worden private belangen, die in strijd zijn met de belangen van medewerker en patiënt, uitgeschakeld. Publieke controle wordt mogelijk. De zorg zal eenvoudig en voorspelbaar zijn in haar organisatie. Hoe meer overheden en instanties betrokken zijn, hoe minder één verantwoordelijk is. De organisatie van de zorg zal uit moeten gaan van samenhang en samenwerking. En tot slot dient de zorg toegankelijk te zijn voor iedereen die zorg nodig heeft. Financiële drempels nemen we weg.

Daarom organiseren we de zorg op twee niveaus. De zorg die lokaal en dichtbij mensen georganiseerd kan worden valt onder de regie van de gemeenten. Landelijk wordt de overige niet-lokale of ingewikkelde zorg geregeld. De taak van de zorgverzekeraars wordt overgenomen door de Landelijke Zorgvoorziening. Zo wordt ziekenhuis- en instellingszorg ingekocht op basis van samenwerking en zorgbehoefte.

Het recht op zorg wordt voor de gehele gezondheidszorg landelijk bepaald. Zo worden willekeur, rechtsongelijkheid en te grote lokale verschillen voorkomen. De behoefte aan zorg zal bepalend zijn voor de uitgaven, het geld volgt de behoefte. Zo krijgt iedereen het recht op de zorg die hij of zij nodig heeft. Dat neemt niet weg dat wij met onze plannen forse besparingen op de uitvoering mogelijk achten.

GEMEENTELIJK BASISPAKKET VOOR ZORGTAKEN

Voor iedereen die thuis woont maar zorg nodig heeft is het belangrijk dat deze zorg dichtbij te vinden is en laagdrempelig is georganiseerd. Daarom brengen we de Jeugdwet, Wmo en de eerstelijnszorgverlening onder in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet omschrijft welke taken gemeenten hebben voor de te organiseren basiszorg in de buurt, wijk of dorpsgemeenschap. Er mag geen rechtsongelijkheid zijn tussen inwoners. In elke gemeente moet een basisniveau aan zorgtaken worden georganiseerd. Daarom vormt het basispakket voor gemeentelijke zorgtaken de basis voor de Wpg.

In het gemeentelijke basispakket wordt omschreven waar iemand met een indicatie recht op heeft. Het vaststellen van zorgbehoefte blijft een zaak van professionals, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige samen met de huisarts. Zorg en ondersteuning die nodig is, wordt verleend. Uiteraard in overleg met degene die de zorg nodig heeft. Verantwoording vindt niet plaats via een enorme papierwinkel met verslaglegging per minuut en met uitgebreide persoonlijke dossiers. Het zorgplan dat de professional samen met de zorgbehoevende maakt zal gelden als indicatie en wordt steekproefsgewijs gecontroleerd: wordt geboden wat is afgesproken? Leidt dit tot het gewenste resultaat zoals bijvoorbeeld het zelfstandig kunnen blijven wonen of het kunnen opvoeden van thuiswonende kinderen?

Op deze manier organiseren we bijvoorbeeld de eerstelijnszorg, de huishoudelijke verzorging, dagbesteding, jeugdzorg en begeleiding in de thuissituatie dichtbij de mensen. Het ondersteunen van familie en naasten die veel zorgtaken hebben, behoort een vaste waarde te zijn in de organisatie van de zorg in en rond huis. Ook de jeugdzorg hoort bij de lokale zorg. Het is namelijk een rare keuze om de jeugd apart te benaderen. Dat leidt tot grensproblemen: kan een jongere bijvoorbeeld zijn zorgverlening behouden als hij van de Jeugdwet naar de Wmo overgaat? Tegelijkertijd is ook de integrale blik op de zorg en ondersteuningsbehoefte van een gezin versnipperd. Waarom zou daar voor kinderen een ander regime moeten gelden? Van oudsher zien we in de eerstelijnszorg veel samenwerking, kleine praktijkjes en laagdrempelige zorgverlening. Denk bijvoorbeeld aan de fysiotherapeuten, de logopedisten en de huisartsen. Met de Wpg sluiten we bij deze ontwikkeling aan.

In de Wet publieke gezondheid wordt duidelijk omschreven waar iemand recht op heeft. De gemeente gaat over hoe dat georganiseerd wordt. Er zijn veel verschillen tussen gemeenten, maar ook binnen gemeenten. Het is de bedoeling dat via lokale samenwerking tot goede en snelle zorg en ondersteuning wordt gekomen.

We vragen iedere gemeente een meerjarenraming te maken van de zorgbehoefte in de gemeente. Daar vloeien automatisch beleidsvoornemens uit voort. De meerjarenraming en de beleidsvoornemens van een gemeente worden bekeken en beoordeeld door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Gemeenten worden gefinancierd via het principe van een openeinderegel, maar niet in de vorm van een blanco cheque. De zorg in en rond het huis wordt gefinancierd op realistische meerjarenramingen en beleidsvoornemens van een gemeente. Het SCP behoedt gemeenten voor te rooskleurige ramingen maar ook voor de inzet van te veel of te zware zorgverlening die bijvoorbeeld kan leiden tot minder zelfredzaamheid van burgers. Omdat het SCP de meerjarenramingen en beleidsvoornemens van alle gemeenten kent, krijgt zij de opdracht om jaarlijks de goede werkwijzen te verspreiden. Op deze manier kunnen succesvolle ontwikkelde werkwijzen in gemeenten elders in het land navolging krijgen.

ZORGINSTELLINGEN OM TE LEVEN

De menselijke maat moet de norm worden in de instellingszorg. Daarom is een herziening van de financiering noodzakelijk. Net als de zorg in het ziekenhuis wordt de zorg in instellingen op basis van samenwerking en in samenhang ingekocht door een publieke basisverzekering: de Landelijke Zorgvoorziening. We stoppen de persoonsfinanciering, zodat er niet meer wordt afgerekend per persoon. Instellingen krijgen geld op basis van groepsgrootte en personeelsbezettingnormen. De zorglocaties krijgen de gelden direct om te voorkomen dat er teveel geld blijft hangen in te grote zorgorganisaties. Zorgorganisaties die te groot zijn krijgen de tijd om zich te verkleinen en om overhead en management terug te dringen tot een aanvaardbaar (laag) percentage van financiering.

Aanbod van zorg wordt voortaan niet meer op de tekentafel van zorgkantoren en zorgbestuurders gecreëerd of geschrapt, maar op basis van lokale behoefte. Daarom krijgen gemeenten een doorslaggevende stem in de vraag of en zo ja waar een zorginstelling komt. Net zoals het ridicuul is als er twee ziekenhuizen tegenover elkaar staan, zo is dat het ook voor twee grote locaties voor ouderenzorg.

Kwaliteit in de ouderen- en gehandicaptenzorg is enkel te meten als niet alleen gekeken wordt naar risicomicijding en veiligheidsvoorschriften, maar ook naar sfeer en bejegening. Omdat deze vorm van inspectie meer tijd kost, krijgt de inspectie (IGZ) meer capaciteit. Daardoor worden niet alleen instellingen bezocht waar risico's bekend zijn, alle instellingen worden regelmatig bezocht. Aangekondigd en onaangekondigd.

DE LANDELIJKE ZORGVOORZIENING

Zorg is geen zaak van een paar private bedrijven, de zorg is van ons allemaal. Het behoort een publiek recht te zijn. Voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit. Om de zorg zinniger en zuiniger te organiseren stelt de SP voor om het private karakter van de Zorgverzekeringswet op te heffen en de basisverzekering publiek te maken. Alle zorgverzekeraars dienen daarbij te worden omgevormd tot één publieke inkooporganisatie voor onze basisverzekering: De Landelijke Zorgvoorziening. (Bijlage 1)

Een publieke basisverzekering zal leiden tot forse besparingen in de uitvoeringskosten. Zorgorganisaties hoeven niet meer met allerlei verschillende partijen te onderhandelen. En ook de kosten verbonden aan reclame en concurrentieactiviteiten vervallen. In 2012 waren de kosten voor acquisitie alleen al 541 miljoen euro. Dat komt neer op 571 euro per overgestapte verzekerde.

De totale besparing op het afschaffen van concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt geraamd op 950 miljoen euro per jaar. Ook vervalt de eis voor de grote solvabiliteitsbuffers en komen de reserves van zorgverzekeraars grotendeels vrij. Omdat deze reserves zijn gevormd met verplichte premiegelden van alle burgers, zullen reserves onderdeel worden van de publieke zorginkoper.

Met de Landelijke Zorgvoorziening (LZV) kunnen de premies omlaag, de kwaliteit van de zorg omhoog en de macht van zorgverzekeraars gebroken. Met een publieke basisverzekering stellen we de zorg voor alle Nederlanders veilig. Een verzekering met fors minder bureaucratie en zonder commerciële prikkels die uitnodigen tot winstbejag, productiedraaien en verspilling. De LZV is een publieke basisverzekering die borg staat voor toegankelijke zorg.

Er komt een einde aan de concurrentie tussen verzekeraars en aan de eindeloze onderhandelingen die nu plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen. Met het schrappen van deze bureaucratie krijgt het zorgpersoneel de zeggenschap over welke behandelingen noodzakelijk zijn en welke geneesmiddelen worden voorgeschreven. Die macht komt hen toe en niet de private zorgverzekeraars. Met minder bureaucratie, minder reserves, minder PR en betere samenwerking tussen zorginstellingen kunnen de premies omlaag. Er hoeven geen grote reserves meer worden opgebouwd en aangehouden, dat scheelt heel veel premiegeld.

GEEN OPGEPOOT ZORGGEELD

Bij het weer in publieke handen brengen van de basisverzekering geldt dat zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, worden geïntegreerd. Dit kost tijd en zeker ook geld. De reserves die zijn opgebouwd door premiegelden worden hiervoor gebruikt. Hiermee wordt voorkomen dat het integratieproces de hoogte van de premie verstoort. Met de nieuwe basisverzekering worden de risico's geminimaliseerd. Daardoor hoeven slechts beperkte buffers worden behouden. Doordat er geen risico wordt gelopen op de basisverzekering maken we een einde aan risicoselectie van mensen met chronische aandoeningen of ouderen.

ZORG IN PUBLIEKE HANDEN

Zorginkoop door de LZV gaat uit van goede, samenhangende en samenwerkende zorg. De huisarts is niet de concurrent van het ziekenhuis, de verloskundige niet van de gynaecoloog. We zorgen voor samenhang in de zorg per regio en een nationaal netwerk van samenwerkende ziekenhuizen. Daardoor is zorg dichtbij én specialisatie mogelijk. Zorg mag alleen verleend worden als je aan de gangbare kwaliteitsnormen voldoet, je personeel goed behandelt, geen wachtlijsten laat ontstaan en niet uit bent op eigen rendement.

Zorg wordt niet ingekocht per product, maar op de reëel te verwachten behoefte van een zorgverlener in een regio. Het overgrote deel van de gezondheidszorg is zorg waarvan de kosten goed zijn in te schatten. Via het systeem van nacalculatie kunnen onverwachte ontwikkelingen worden opgevangen. Dit brengt rust en zekerheid bij zorgverleners, waardoor faillissementsrisico's bij zorgverleners sterk zullen afnemen en zij minder financiële buffers hoeven aan te houden.

PUBLIEKE INFORMATIE

Op dit moment bezitten veel verschillende private partijen schatten aan informatie over de zorg. Welke operaties worden waar vaker gedaan en waar goedkoper? Waar leidt zorg vaker tot heropnames of tot (medische) complicaties? Met een publieke basisverzekering kunnen we deze enorme hoeveelheid informatie inzetten. Voor een goede vergelijking tussen instellingen, het delen van kennis en innovatie en kunnen we waar mogelijk verbetering aanbrengen. Uiteraard gaat het hier altijd om geanonimiseerde gegevens.

SAMEN ORGANISEREN EN INKOPEN

Wanneer de zorg in samenhang en samenwerking in een regio wordt georganiseerd, is het ook heel goed mogelijk om op regionale en/of landelijke schaal hulpmiddelen, medicatie, technologie en ICT in te kopen. De schaalvoordelen zullen de kosten doen verlagen, maar er is ook meer gedeelde kennis voor een goed inkoop- of aanbestedingsproces. Er is geloof in het feit dat opschaling van inkoop voordeel oplevert in de prijs. Minister Schippers brengt vele dure medicatie onder in het ziekenhuisbudget, omdat die groter kan inkopen, – zo daalt de prijs is de gedachte. Het grote nadeel van dit beleid is dat het financiële risico bij de ziekenhuizen komt te liggen en ze daardoor aan risicoselectie bij patiënten gaan doen. Teveel dure patiënten is direct nadelig voor de balans van het ziekenhuis.

Wanneer we deze inkoopvoordelen regionaliseren en publiek organiseren, is ten eerste transparant wat de voordelen écht zijn en kunnen we voorkomen dat individuele zorgaanbieders teveel risico lopen met alle gevolgen van dien.

ZORGPAKKET

De huidige Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg (Wlz) gaan op in de Landelijke Zorgvoorziening. Zo omvat de LZV alle zorg die niet onder de verantwoordelijkheid van de (centrum)gemeenten valt.

Als uitgangspunt nemen wij het recht op zorg voor allen. Alles wat medisch noodzakelijk is en maatschappelijk wenselijk wordt ondergebracht in het (landelijke én lokale) basispakket. Op een aantal terreinen brengen wij belangrijke zaken die de afgelopen jaren uit het pakket zijn gehaald terug. Het betreft: fysiotherapie/oefentherapie, tandzorg voor volwassenen en Geestelijke Gezondheidszorg. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de meerderheid van de bevolking juist de zaken die in meerdere of mindere mate uit het basispakket zijn gehaald belangrijk vindt. (Bijlage 2)

KAPITAAL EN VASTGOED IN PUBLIEKE HANDEN

Met het ontwikkelen en beheren van het vastgoed van zorginstellingen zijn grote belangen gemoeid. Met een publieke organisatie en borging van het zorgvastgoed hoeven instellingen minder reserves aan te houden. De rentelasten kunnen fors dalen. Op basis van gegevens van het CBS en de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector zijn besparingen aan rentelasten van honderden miljoenen op jaarbasis mogelijk.

De privatisering van kapitaallasten en het vastgoed wordt ongedaan gemaakt. Zo voorkomen we dat geld door de hoge rentelasten onnodig naar banken gaat, de reserves alsmaar hoger worden en zorginstellingen ten prooi kunnen vallen aan de private vastgoedsector die zit te azen op het vastgoed van zorginstellingen.

Het College bouw zorginstellingen, dat in 2010 werd ontmanteld, krijgt zijn taken weer terug. De reikwijdte van het Waarborgfonds voor de Zorgsector wordt uitgebreid tot alle zorginstellingen. Zorginstellingen kunnen zich dan concentreren op hun primaire taak: het verlenen van zorg. (Bijlage 3)

DE ZORG IS VAN ONS

Voorstellen van de SP voor betere zorg

MARKTWERKING ERUIT, SAMENWERKING ERIN

- Zorgverzekeraar verdwijnt
- Artsen werken samen in plaats van elkaar te beconcurreren
- Geen winst over de rug van de patiënt



EEN RUIMER BASISPAKKET, GEEN EIGEN RISICO

- Fysiotherapie, tandarts, ggz horen in het basispakket
- Het eigen risico verdwijnt
- Gemeentelijk basispakket geeft recht op (thuis)zorg



BETAALBARE ZORG

- Hoge inkomens betalen meer, lage inkomens minder
- 7 op de 10 gezinnen is beter af



2 GEZONDE SAMENLEVING EN PREVENTIE

Naast de organisatie van de zorg heeft de overheid ook een taak in preventie, in het voorkomen van het ziek worden van mensen. Minder vervuilende auto's leiden tot gezondere kinderen, meer groen in de wijk tot minder depressies, meer sporten op school leidt tot betere lichamelijke ontwikkeling en voorkomt overgewicht. Het rookverbod in de horeca leidde in het Verenigd Koninkrijk tot aanzienlijk minder babysterfte. Iedereen die beweert dat gezondheid enkel en alleen een eigen verantwoordelijkheid is, ontkent deze invloed van de omgeving.

DE FEITEN

In de discussie over zorgkosten gaat het eigenlijk nooit meer over het voorkomen van ziekten. Als we kijken naar preventie, dan moeten we constateren dat op dat vlak nog het nodige te verbeteren valt. Vergeleken met andere landen neemt Nederland een middenpositie in als het gaat om gewonnen levensjaren door preventie.

De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn fors. Hoger opgeleiden en mensen met hogere inkomens leven 6 tot 7 jaar langer dan de laagst opgeleiden en laagste inkomens. Hoger opgeleiden leven 19 tot 20 jaar langer in goede gezondheid. Er zijn geen aanwijzingen dat deze sociaal-economische gezondheidsverschillen aan het afnemen zijn. Tegelijkertijd daalt het aandeel van preventie in de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Werd in 2003 meer dan 5% uitgegeven aan preventie, in 2011 was dat 3,8%. Dat staat gelijk aan 2,5 miljard euro. (Bijlage 4)

PREVENTIE LOONT

Voorkomen is beter dan genezen. Meer investeren in preventie is dus geboden, want preventie loont. De resultaten van preventie in de afgelopen decennia zijn indrukwekkend:

Top 7 effectieve preventiemaatregelen

Terugdringen tabaksgebruik.	6900 doden minder per jaar
Behandeling hoge bloeddruk	3000 doden minder per jaar
Verkeersmaatregelen	2000 doden minder per jaar
Verwijdering transvetzuren uit voeding	1500 doden minder per jaar
Verlaging cholesterol door statines	750 doden minder per jaar
Bevolkingsonderzoek naar borstkanker	700 doden minder per jaar
Vaccinaties tegen influenza	500 doden minder per jaar

Het is de taak van de overheid om het voortouw te nemen. De meest effectieve manieren om gedragsverandering te bewerkstelligen en de gezondheid te bevorderen zijn een gezondere inrichting van de omgeving, wetten en regels en de handhaving daarvan. Deze instrumenten zijn vooral in handen van de overheid. Daarom heeft zij ook een grote rol bij het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Dat bijvoorbeeld het tabaksgebruik sterk is verminderd heeft alles te maken met regulering door de invoering van het rookverbod en de aanpak van reclames. We zien hetzelfde in het verkeer. Verkeersdrempels, veiligere auto's, verkeersgordels en alcoholcontroles hebben gezorgd voor minder ongelukken en daarmee minder letsel. Daarom is het hoog tijd dat er ook op andere terreinen wordt ingegrepen. Bijvoorbeeld bij het zoutgehalte in onze voeding. Hoge bloeddruk is een zogenaamde 'silent killer'. Je merkt het pas als forse schade is opgetreden. Het gebruik van teveel zout verhoogt de bloeddruk en is al jaren een belangrijk thema bij de preventiedebatten in de Kamer. We gebruiken vijftig procent teveel zout in onze voeding, met name doordat er teveel zout in de producten zit. De industrie heeft keer op keer nagelaten om dit hoge zoutgehalte aan te pakken. Daarom is het tijd om het zoutgehalte in ons voedsel te reguleren. Andere effectieve maatregelen zijn vaccinaties en screenings. Hiermee worden veel ziektes en leed voorkomen. Rijksvaccinatieprogramma's en het nationaal programma bevolkingsonderzoeken dienen dan ook gecontinueerd en uitgebreid te worden.

Het is een goede zaak als alle preventieve maatregelen die effectief zijn gebleken zouden worden doorgevoerd. Op dit moment wordt een preventieve maatregel of behandeling als niet kosteneffectief beschouwd als de kosten per gewonnen levensjaar meer dan 20.000 euro bedragen. Deze grens moet worden losgelaten. Want 'gezondheid werkt, preventie versterkt de economie', zo zegt de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) die de kosten van de zorg en preventie mooi op een rijtje heeft gezet. De totale kosten die we gedurende ons leven kwijt zijn aan preventie en zorg bedragen 340.000 euro. Hier-voor krijgen we 450.000 euro aan gezondheid en welzijn terug.

Kortom: preventie bevordert de volksgezondheid. Mensen leven langer en gezonder, het drukt de kosten in de gezondheidszorg en bovenal wordt de winst vertaald in een prettiger leven en een hogere productiviteit. Alle effectieve preventie hoort thuis in het basispakket. Want zorg en preventie lonen.

3 BETAALBARE ZORG

Uit elk onderzoek blijkt weer dat mensen goede en betaalbare zorg van levensbelang vinden. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau uit 2012 blijkt dan ook dat mensen bereid zijn om in solidariteit bij te dragen aan de zorg. Een belangrijke voorwaarde daarbij is wel dat het geld goed besteed wordt en niet wordt uitgegeven aan hoge salarissen, verspilling van medicijnen of teveel management. De reden waarom mensen bereid zijn tot meer betalen voor anderen is ook helder: Amerikaanse toestanden willen we hier niet, iedereen verdient een goede verzekering.

Op dit moment wordt ontzettend veel geld in de zorg niet besteed aan zorgverlening. Door de zorg publiek te organiseren maken we daar een einde aan. Geen torenhoge reserves bij de zorgverzekeraars en zorginstellingen. De strijd wordt aangebonden met de bureaucratie en de peperdure, overbodige managementlagen.

Solidariteit staat of valt immers met het goed gebruiken van collectief opgebrachte middelen. En het knaagt aan je ziel als je beseft dat zoveel te besparen valt, geld wat zo hard nodig is voor concrete zorg. Met onze plannen die eenvoudig zijn en uitgaan van samenwerking zal veel geld bespaard worden, maar hoeveel is moeilijk te voorspellen. Daarom wagen we ons niet aan een harde voorspelling. Ook realiseren we ons dat bijvoorbeeld het terugbrengen van overheadkosten tijd zal vergen.

De zorguitgaven die we doen, brengen we gezamenlijk en inkomensafhankelijk op. Daardoor kan het eigen risico afgeschaft worden. We bestemmen al het geld dat via belastingen en premies voor zorg binnen komt ook daadwerkelijk voor de zorg. We maken een einde aan het afkomen van de Wlz-premies voor andere doeleinden. Premies bedoeld voor de zorg moeten worden gebruikt voor de zorg. Overschotten bewaren we voor tegenvallers, maar op zo een wijze dat de premiestijgingen binnen de perken blijven.

Gemeenten worden verplicht om het geld dat ze krijgen voor zorg, ook aan zorg uit te geven. De middelen die de gemeenten krijgen worden geoormerkt. De lokale/regionale behoefte wordt aan de hand van een aantal parameters vastgesteld door een extern instituut bijvoorbeeld het SCP. Dat gebeurt in samenwerking met de gemeenten en op basis van de meerjarenramingen. De landelijke overheid stelt de landelijke behoefte vast met de daarbij behorende middelen.

Tot slot erkennen we dat de zorg niet enkel en alleen een kostenpost is. Wanneer meer dan één miljoen mensen in de toekomst hun brood verdienen door te werken in de zorg, moet erkend worden dat zorg veel oplevert.

Door de zorg solidair en op basis van samenhang en samenwerking te organiseren houden we de zorg voor iedereen betaalbaar. Want zorg is van grote waarde, verspilling is een misdaad.

CPB NOTITIE: HET SP-ALTERNATIEF VOOR DE FINANCIERING VAN DE ZORG

De toegankelijkheid tot de zorg in Nederland staat in toenemende mate onder druk. Daar waar gemiddeld 6% in het verleden afzag van medisch noodzakelijke zorg ziet thans 22% van de volwassenen om financiële redenen wel eens af van zorg. Alleen in de Verenigde Staten is dit percentage hoger. In Zweden en het Verenigd Koninkrijk ziet slechts respectievelijk 6 en 4% om die reden af van zorg. De invoering en snelle verhoging van het eigen risico spelen bij de verslechtering van de toegankelijkheid een belangrijke rol. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor iedereen is een groot goed.

Daarom heeft de SP het Centraal Planbureau (CPB) gevraagd een alternatief uit te rekenen. Een alternatief om de zorg in zijn geheel op een meer solidaire wijze te financieren dan nu het geval is. Een aantal belangrijke uitgangspunten daarbij zijn:

- De bezuinigingen op de Langdurige Zorg vanaf 2015 worden teruggedraaid.
- De vaste premie van de Zorgverzekeringswet wordt verlaagd naar €150,- per jaar.
- Het eigen risico wordt afgeschaft.
- De zorgtoeslag vervalt door invoering van een franchise ter hoogte van het Wettelijk Minimumloon (WML) bij de invoering van de nieuwe inkomensafhankelijke premie.
- De premies voor de Wet Langdurige zorg (voorheen AWBZ) worden inkomensafhankelijker doordat ze over alle vier belastingstijven worden geheven.
- De premies voor de Zorgverzekeringswet worden inkomensafhankelijker doordat de bovenste premiegrens vervalt.
- Het zorgpakket wordt uitgebreid met fysiotherapie, tandzorg en GGZ, waarbij de verminderde aanspraken op deze drie vormen van zorg worden teruggedraaid.

Het CPB gaat er vanuit dat mensen die meer belasting of premie betalen minder zullen gaan werken. Wij denken dat dit effect overschat wordt, zeker als de grens waarop iemand meer gaat betalen hoog ligt. Het betreft beroepen waarin deeltijd werken minder makkelijk is of waar status en beroeps carrière meespelen.

Tegenover de banen die het mogelijk kost doordat mensen met hoge(re) inkomens minder gaan werken en daardoor minder belasting gaan betalen, groeit met onze zorgplannen de werkgelegenheid in de zorg fors. Door de bezuinigingen zijn de afgelopen jaren 65.000 zorgbanen verdwenen. Omdat wij de bezuinigingen op de zorg terugdraaien zal dit leiden tot vele extra banen. En al deze mensen gaan juist weer bijdragen aan belastingen en premies.

Bij invoering van het SP-alternatief gaat circa zeven van de tien gezinnen er gemiddeld tot 2,5% erop vooruit. De inkomens tussen 3,5 en 5 keer het wettelijk minimumloon gaan gemiddeld 1% meer betalen. Bij de 10% hoogste inkomens zien we een inkomensdaling tot maximaal 5,5%.

De sociale winst bij een dergelijke financiering van de zorg is groot. Iedereen betaalt premie naar draagkracht, zodat het probleem van het niet kunnen betalen van de premies van met name de lage en middeninkomens verdwijnt. Het recht op zorg wordt, met een volwaardig basispakket voor iedereen, gegarandeerd.



Centraal Planbureau

CPB Notitie

Aan: Henk van Gerven (SP)

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag
T (070)3383 380
I www.cpb.nl

Contactpersoon
Rob Euwals
Sjoerd Ottens

Datum: 24 augustus 2015

Betreft: SP-alternatief voor de financiering van de zorg

Inleiding

De SP vraagt het CPB om de economische effecten van een alternatief voor de financiering van het zorgstelsel te bepalen. De SP is ook voorstander van een herschikking van de marktordening in de zorg. Die plannen zijn geanalyseerd in de publicatie *'Zorgkeuzes In Kaart'*¹ en komen in deze notitie niet ter sprake. Voorts is de partij voorstander van het terugdraaien van de Hervorming Langdurige Zorg en het ongedaan maken van de daarmee gepaard gaande besparingen van circa 3 mld euro (MEV2015, p. 66). De vereiste stijging van de belasting- en premietarieven om deze besparing ongedaan te maken zijn niet in de onderhavige analyse verwerkt.² Verder is gerekend met het voornemen van de partij om enkele pakketmaatregelen voor de curatieve zorg terug te draaien.

In deze notitie presenteren we een zogenaamde ex-ante beleidsanalyse van het alternatief, wat wil zeggen dat we verschillende (ex-post) economische effecten van het alternatief niet meenemen. Zo worden de arbeidsmarkeffecten van de varianten voor de belasting- en premieheffing buiten beschouwing gelaten, waarbij we wel kwalitatieve opmerkingen maken over het effect op de werkgelegenheid en de (ex-post) belastinginkomsten.

Het alternatief voor de financiering van de zorg

Het alternatief bestaat uit drie onderdelen, namelijk aanpassing van de premies voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en aanpassing van de schijftarieven in de loon- en inkomstenheffing.

De AWBZ wordt gefinancierd conform CPB Notitie juni 2014 met een premie over vier schijven. Dit onderdeel van het voorstel bestaat uit vijf onderdelen:

¹ *Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*, CPB Boek 14, 2015

² Voor de bepaling van de effecten worden de uitgaven en premietarieven in 2014, zoals opgenomen in CEP2014, als uitgangspunt genomen.

- AWBZ-premies gaan geheven worden over alle belastingschijven;
- de heffingskortingen ten laste van de AWBZ vervallen (15,3 mld euro);³
- de BIKK (rijksbijdrage in de kosten van de kortingen) vervalt (4,1 mld euro);
- de rijksbijdrage WMO (1,7 mld euro) wordt uit de AWBZ-premies gefinancierd.
- een lastendekkende AWBZ-premie betekent dat het exploitatietekort (2,9 mld euro) opgeheven wordt.

De Zvw wordt gefinancierd conform variant 3 in CPB Notitie november 2011 met een inkomensafhankelijke ziektekostenpremie over alle individuele inkomens.

- De zorgtoeslag wordt afgeschaft, het budget gaat als rijksbijdrage naar de Zvw en wordt gebruikt ter verlaging van de nieuwe inkomensafhankelijke ziektekostenpremie.
- De rijksbijdrage in verband met kinderopvang blijft gehandhaafd op het niveau van CEP2014.
- De nominale premie wordt 150 euro per volwassene per jaar en is bedoeld ter dekking van de uitvoeringskosten van verzekeraars.⁴ Hierdoor is de nieuwe ziektekostenpremie niet geheel inkomensafhankelijk.
- Voor de heffing van de bestaande inkomensafhankelijke bijdrage (iab) en van de nieuwe inkomensafhankelijke ziektekostenpremie geldt geen (maximale) premiegrens meer.
- Voor de heffing van de nieuwe inkomensafhankelijke premie geldt een franchise ter hoogte van het wettelijk minimumloon (wml).
- Het eigen risico wordt afgeschaft.
- Het basispakket wordt uitgebreid met fysiotherapie, tandzorg en GGZ waarbij de verminderde aanspraken op deze drie vormen van zorg worden teruggedraaid. Het gaat om fysiotherapie voor zover doorverwezen door de arts en tandzorg conform het huidige pakket voor kinderen in het basispakket. De uitbreiding van het basispakket leidt tot hogere Zvw-premies en tot lagere premies voor aanvullende verzekeringen c.q. minder eigen betalingen. De Zvw-uitgaven en premies stijgen met 2,5 mld. De private uitgaven aan zorg dalen met 1,8 mld euro.

De belastingtarieven worden aangepast, zodat het geheel (ex ante) neutraal is voor het EMU-saldo. Als randvoorwaarde geldt dat de tarieven in de tweede en derde belastingschijf onveranderd blijven op 42% en dat het tarief in de vierde (hoogste) schijf 57% wordt. Dit resulteert in een tarief van 35,25% in de eerste schijf. Op dit punt wijkt het voorstel af van de varianten die doorgerekend zijn in de genoemde CPB Notities.

³ We maken de technische veronderstelling dat mensen met een inkomen onder of net boven het bedrag van de heffingskorting de verschuldigde AWBZ-premie gecompenseerd krijgen in de belastingheffing.

⁴ Een dergelijke verlaging van de nominale premie heeft mogelijk gevolgen voor de werking van het private zorgverzekeringsstelsel. Met deze gevolgen wordt in deze notitie geen rekening gehouden, gezien ook de voornemens van de partij ten aanzien van het verzekeringsstelsel.

Tabel 1 Belasting- en premietarieven voor het SP-alternatief

Tarieven voor niet-AOW'ers	Basis	Verschil	Alternatief
Loonheffing:			
Premietarief AWBZ schijf 1+2	12,65%	-4,57%	8,08%
Premietarief AWBZ schijf 3+4	0,00%	8,08%	8,08%
Tarief AOW+ANW schijf 1+2	18,50%	0,00%	18,50%
Tarief AOW+ANW schijf 3+4	0,00%	0,00%	0,00%
Belastingtarief schijf 1	5,10%	3,58%	8,68%
Belastingtarief schijf 2	10,85%	4,57%	15,42%
Belastingtarief schijf 3	42,00%	-8,08%	33,92%
Belastingtarief schijf 4	52,00%	-3,08%	48,92%
Totale tarief loonheffing schijf 1	36,25%	-0,99%	35,26%
Totale tarief loonheffing schijf 2	42,00%	0,00%	42,00%
Totale tarief loonheffing schijf 3	42,00%	0,00%	42,00%
Totale tarief loonheffing schijf 4	52,00%	5,00%	57,00%
Zvw:			
Bestaande inkomensafhankelijke bijdrage (iab)	7,50%	-0,34%	7,16%
Inkomensafhankelijke ziektekostenpremie	0,00%	9,45%	9,45%
Nominale premie (euro pp)	1101	-951	150
Private zorguitgaven (euro pp)		-131	
Gemiddeld eigen risico (euro pp)	228	-228	0
Noot: De berekeningen zijn gemaakt voor het jaar 2014 op basis van stand CEP2014. Op deze manier worden de financieringsschuiven in de Hervorming Langdurige Zorg vanaf 2015 de facto teruggedraaid. De uitgaven voor de AWBZ bestaan uit de huidige uitgaven (23,0 mld euro) plus de rijksbijdrage WMO (1,7 mld euro) en de dekking van het exploitatietekort (2,9 mld euro). Op een grondslag van het totaal van alle schijven (342 mld euro) geeft dat een AWBZ--tarief van 8,08%. Doordat de heffingskortingen AWBZ (15,3 mld euro) ten laste van de belasting komen, waarbij de BIKK-rijksbijdrage (4,1 mld euro) vervalt en de WMO (1,7 mld euro) en het exploitatietekort (2,9 mld euro) door de AWBZ zijn gedekt, dienen de belastingtarieven aangepast te worden.			

Belasting- en premietarieven

De financiering van het SP-alternatief leidt tot een wijziging in de belasting- en premieheffingen. De lastendekkende AWBZ-premie wordt 8,08% over alle schijven (Tabel 1). Omdat de heffingskortingen van de AWBZ ten laste komen van de belasting, waarbij de AWBZ wel de BIKK-rijksbijdrage, de rijksbijdrage WMO en het bestaande exploitatietekort dekt, dienen de belastingtarieven aangepast te worden zodat het geheel (ex ante) budgettair neutraal blijft.

De premies voor de Zvw worden aangepast. Door het vervallen van de premiegrens daalt het tarief van de bestaande inkomensafhankelijke bijdrage (iab) met 0,36%. Het grootste deel van de nominale premie vervalt en wordt vervangen door de inkomensafhankelijke ziektekostenpremie. Ook hiervoor geldt geen (maximale) premiegrens, maar wel een franchise ter hoogte van het wettelijk minimumloon. Het vervallen van het eigen risico leidt tot 3,6 mld euro hogere collectieve zorguitgaven en 3,1 mld euro lagere private zorguitgaven. De uitbreiding van het verzekerde pakket met 2,5 mld euro betekent hogere collectieve uitgaven en 1,8 mld euro lagere

private zorguitgaven. De lagere private zorguitgaven leiden echter tot meer zorggebruik, waardoor de collectieve uitgaven meer toenemen dan de private uitgaven afnemen. Per saldo neemt de inkomensafhankelijke bijdrage (iab) af naar 7,16%, terwijl de inkomensafhankelijke ziektekostenpremie uitkomt op 9,45%.

Voor individuele inkomens boven wml neemt het totale marginale tarief (loonheffing plus inkomensafhankelijke ziektekostenpremie) toe. Voor inkomens in de tweede en derde schijf wordt het marginale tarief 51,45% (namelijk 42% plus 9,45%, zie laatste kolom van Tabel 1) en voor de vierde schijf wordt het 66,45% (57% plus 9,45%, zie laatste kolom van Tabel 1). Daar staat een afname van de inkomensafhankelijke bijdrage van 0,34% tegenover. Voor individuele inkomens tot het wettelijk minimumloon neemt het marginale tarief juist af; het tarief van de eerste schijf wordt namelijk lager en vanwege de franchise wordt geen inkomensafhankelijke ziektekostenpremie betaald.

Budgettair effect

De variant heeft (ex ante) geen effect op het EMU-saldo. Een tekort vanwege de andere financiering van de AWBZ wordt opgevangen met hogere belastingtarieven. Ook de alternatieve financiering van de Zvw is (ex ante) neutraal voor het EMU-saldo verwerkt.

Lastenmutaties

De collectieve lasten nemen toe met 6,1 mld euro en daar staat een afname van de private zorguitgaven van 4,8 mld tegenover. Het zorggebruik neemt toe met 1,2 mld euro. Dit bestaat uit een gedragseffect voor het afschaffen van het eigen risico (0,5 mld euro), een gedragseffect voor de pakketuitbreiding (0,4 mld euro) en het terugdraaien van gebruikbeperkende maatregelen (0,35 mld euro). Het afschaffen van de premiegrens voor de bestaande inkomensafhankelijke bijdrage onder gelijktijdige verlaging van het tarief leidt tot een verschuiving van de lasten van gezinnen naar bedrijven (0,2 mld euro).

Economisch effecten

Individuele inkomens tot het wettelijk minimumloon betalen geen inkomensafhankelijke zorgpremie en voor deze groep daalt het tarief van de inkomstenbelasting. De meeste personen hebben echter een inkomen boven het wettelijk minimumloon en hun totale marginale tarief (inkomstenbelasting plus inkomensafhankelijke ziektekostenpremie) neemt toe. Deze personen betalen belasting in de tweede schijf of hoger. Per saldo leiden deze veranderingen in de belastingtarieven tot een substantieel negatief effect op de structurele werkgelegenheid. Voor de vierde (hoogste) schijf wordt het marginale belastingtarief zodanig hoog dat de belastingopbrengsten (ex post) afnemen waardoor ex post het effect op het EMU saldo negatief zal uitpakken; deze notitie rapporteert echter alleen ex-ante effecten.

Tabel 2 Inkomenseffecten van het SP-alternatief, 2014

Inkomensniveau (c)	Mediaan inkomens- effect in % (a)	Omvang in % totaal (b)
< 175% wml	2½	37
175 - 350% wml	1¾	38
350-500% wml	-1	16
> 500% wml	-5½	10
Inkomensbron (d)		
Werkenden	¾	63
Uitkeringsgerechtigden	2¾	9
Gepensioneerden	2¼	25
Huishoudtype		
Tweeverdieners	2	46
Alleenstaanden	1¾	43
Alleenverdieners	1¾	12
Gezinssamenstelling (e)		
Met kinderen	1¼	27
Zonder kinderen	1¼	48
Alle huishoudens	1¾	100
(a) Statische inkomenseffecten. (b) Percentage van totaal aantal huishoudens in 2014. (c) Bruto inkomen uit arbeid of uitkering op huishoudniveau; het bruto minimumloon (wml) is in 2014 ongeveer 19.300 euro. (d) De indeling naar inkomensbron is op basis van de hoogste inkomensbron op huishoudniveau, waarbij een huishouden waarvan hoofd of partner winstinkomen heeft, bij werkenden wordt ingedeeld. Huishoudens met vroegpensioen of studiefinanciering als hoogste inkomensbron zijn uitgezonderd. (e) De indeling naar gezinssamenstelling is op basis van aanwezigheid van kinderen tot 18 jaar en is exclusief huishoudens van gepensioneerden.		

Inkomenseffecten

Tabel 2 bevat de (ex-ante) inkomenseffecten van het alternatief voor de belasting- en premieheffing. Het inkomenseffect voor het mediane huishouden is met 1¾% positief. Dit positieve inkomenseffect voor het mediane huishouden is een gevolg van de herverdeling van hoge naar lage inkomens; een aandeel van 32% van huishoudens met vooral hogere inkomens gaat erop achteruit en de opbrengsten zijn zodanig hoog dat een aandeel van 68% huishoudens met vooral lagere inkomens erop vooruit gaat. De alternatieve financiering van de zorg betekent een verschuiving van 4 mld euro besteedbaar inkomen van huishoudens met inkomens vanaf 350% wml naar de overige huishoudens.

Iedereen, dus ook personen met een hoog inkomen, betaalt minder belasting over inkomen tot het wettelijk minimumloon, terwijl daarboven de marginale belastingdruk toeneemt door de nieuwe inkomensafhankelijke ziektekostenpremie. Voor de hoogste inkomensgroep neemt ook het tarief van de vierde schijf toe, zodat deze huishoudens een (mediaan) inkomenseffect van -5½% ervaren. De laagste inkomens gaan er juist 2½% op vooruit, omdat de nieuwe inkomensafhankelijke ziektekostenpremie meer dan wegvalt tegen het lagere tarief in de eerste schijf en het

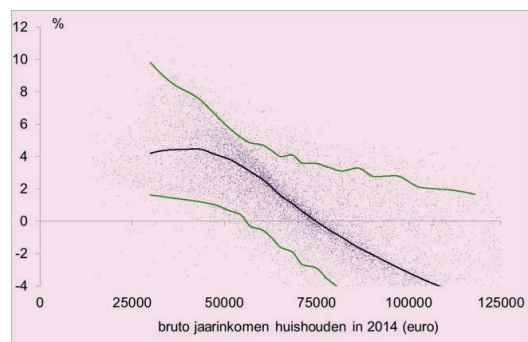
saldo van de verlaagde nominale premie en de vervallen zorgtoeslag. Met 1¾% is het inkomenseffect voor inkomens tussen 175% en 350% kleiner. Voor inkomens tussen 350% en 500% van het wml geldt een koopkrachtdaling van 1%.

Figuur 1 toont de spreiding van de inkomenseffecten. Voor alle gepresenteerde groepen treedt voor huishoudens met een laag inkomen een positief inkomenseffect op. Dit geldt ook voor werkende en gepensioneerde alleenstaanden met een inkomen tot ongeveer 30.000 euro en alleenstaande uitkeringsgerechtigden.

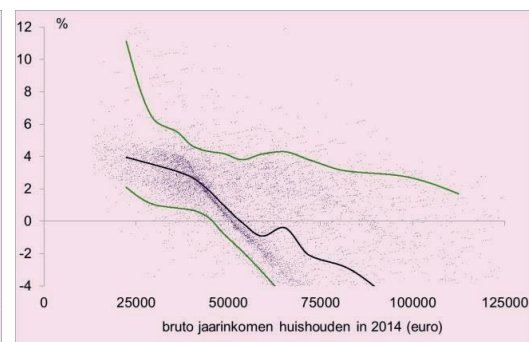
Naarmate het inkomen toeneemt, wordt het positieve inkomenseffect kleiner en slaat op een bepaald punt om in een negatief inkomenseffect. Voor werkende en gepensioneerde alleenstaanden gebeurt dit rond de 35.000 euro, bij alleenverdieners ligt het omslagpunt rond de 60.000 euro en bij werkende en gepensioneerde tweeverdieners rond de 70.000 euro. Om de omslagpunten is verder aanzienlijke spreiding aanwezig, huishoudens met een inkomen beneden het omslagpunt kunnen er ook op achteruit gaan, terwijl Figuur 1 duidelijk laat zien dat ook huishoudens met inkomens boven het omslagpunt erop vooruit kunnen gaan.

Figuur 1 Inkomenseffecten⁵

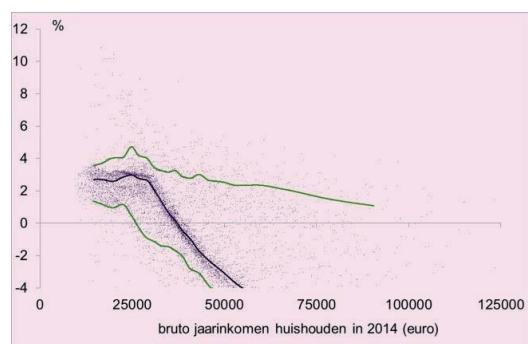
Werkende tweeverdiener



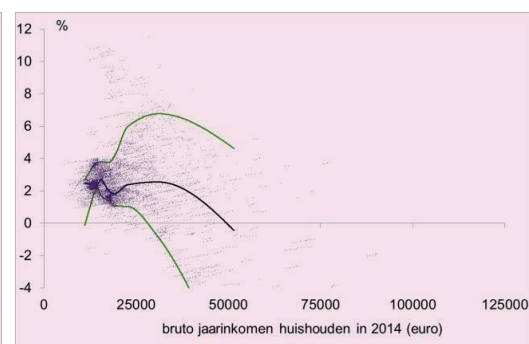
Werkende alleenverdiener



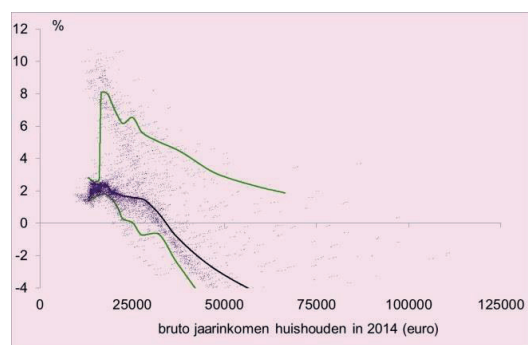
Werkende alleenstaande



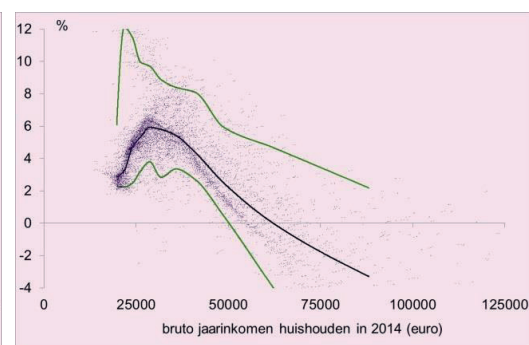
Uitkeringsgerechtigde alleenstaande



Gepensioneerde alleenstaande



Gepensioneerde tweeverdiener



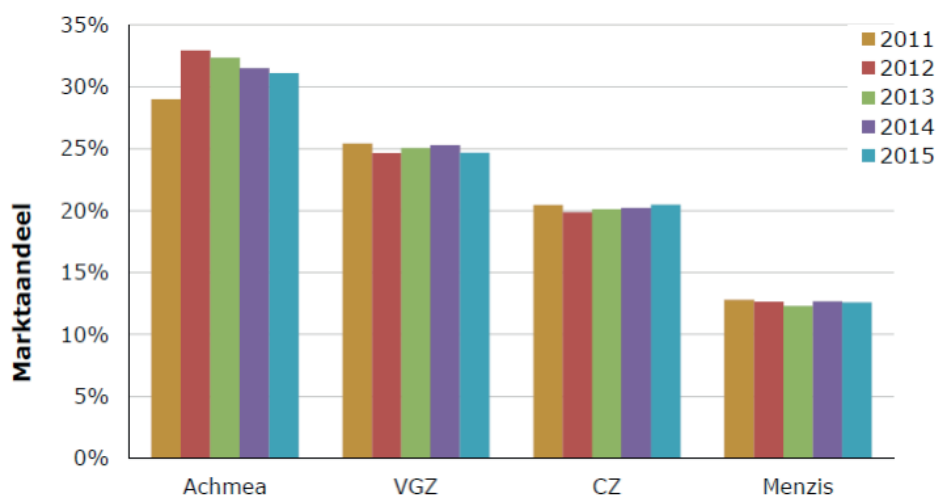
⁵ Koopkracht naar huishoudtype, inkomensbron en huishoudinkomen, mutaties in %, 2014.

BIJLAGE 1: ZORGVERZEKERAARS, MARKTAANDEEL EN RESERVES

In 2015 zijn 25 zorgverzekeraars actief in Nederland in eigendom van negen concerns. (bron NZa)

Concern	Zorgverzekeraar	
Achmea	AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V. DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR N.V. FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V. INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN N.V. OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V. ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
Achmea		6
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.	
ASR		1
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V. OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V. OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V. OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR U.A.	
CZ		4
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A. STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR O.W.M. U.A.	
DSW-SH		2
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Eno		1
Menzis	ANDERZORG N.V. AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V. MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Menzis		3
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.	
ONVZ		1
VGZ	IZA ZORGVERZEKERAAR N.V. IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V. N.V. UNIVÉ ZORG N.V. ZORGVERZEKERAAR UMC VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V. N.V. VGZ CARES	
VGZ		6
Zorg en Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA	
Zorg en Zekerheid		1
Totaal 9		Totaal 25

Marktaandeel vier grootste zorgverzekeraarsconcerns, Achmea, CZ, VGZ en Menzis, samen goed voor bijna 90% marktaandeel. (bron NZa)



De reserves van de zorgverzekeraars zijn de laatste jaren steeds gegroeid. Uitgaande van de solvabiliteits van 8% zoals deze was in 2009 was er in 2012 een overschot aan reserves in de orde van 6 miljard:

	aanwezige solvabiliteit		vereiste solvabiliteit		overschot op solvabiliteit		aanwezige solvabiliteit in %	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Achmea	3,2	3,0	1,4	1,1	1,8	1,8	232%	263%
Uvit	1,7	1,6	1,1	0,9	0,7	0,7	160%	174%
CZ	2,0	1,5	0,8	0,7	1,2	0,8	240%	211%
Menzis	1,0	0,8	0,5	0,4	0,5	0,4	198%	188%
Overig	1,1	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	244%	229%
Totaal	9,0	7,7	4,2	3,5	4,8	4,1	212%	217%
Totaal **	9,0	7,7	3,1	3,1	5,9	4,5	292%	244%

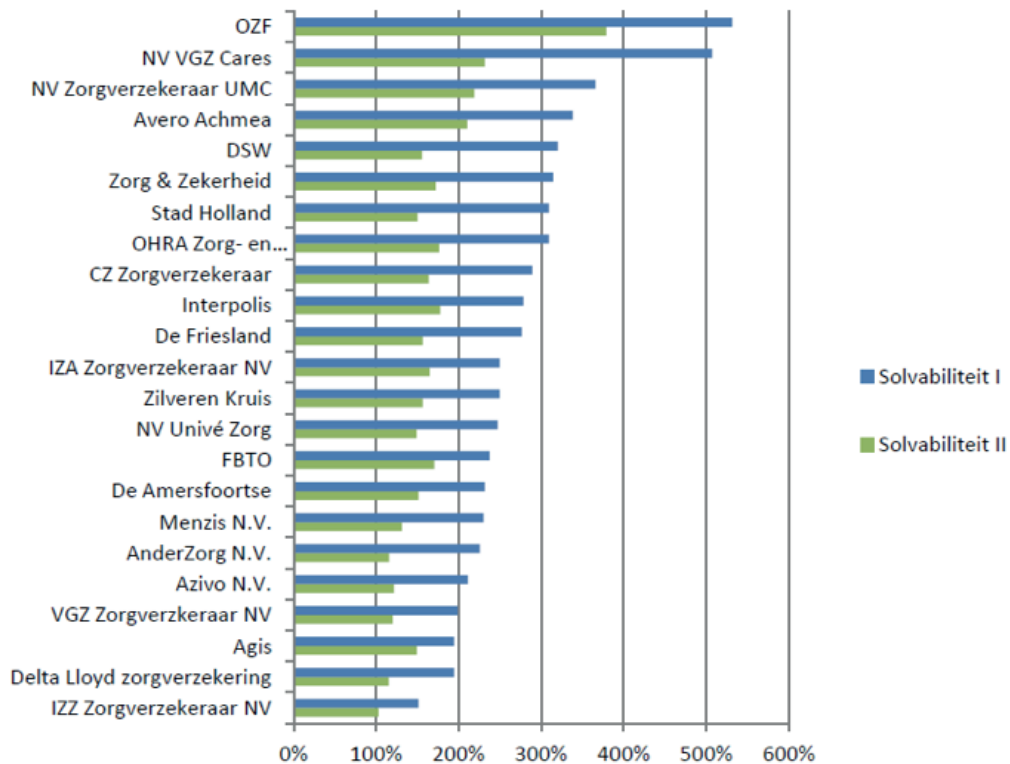
Solvabiliteit (*miljard euro) per zorgverzekeraar in 2011 en 2012

** bij solvabiliteits van 8%, zoals deze gold in 2009

bron: DNB

De buffers die zorgverzekeraars moeten aanhouden volgens de DNB op basis van de nieuwe Solvency II stijgen steeds. De solvabiliteitsratio's zijn opgelopen naar circa 17%. Ook dan is er nog steeds sprake van te grote buffers in de orde van drie miljard: (bron: ministerie VWS)¹:

Solvabiliteitsratio's onder Solvabiliteit I en II

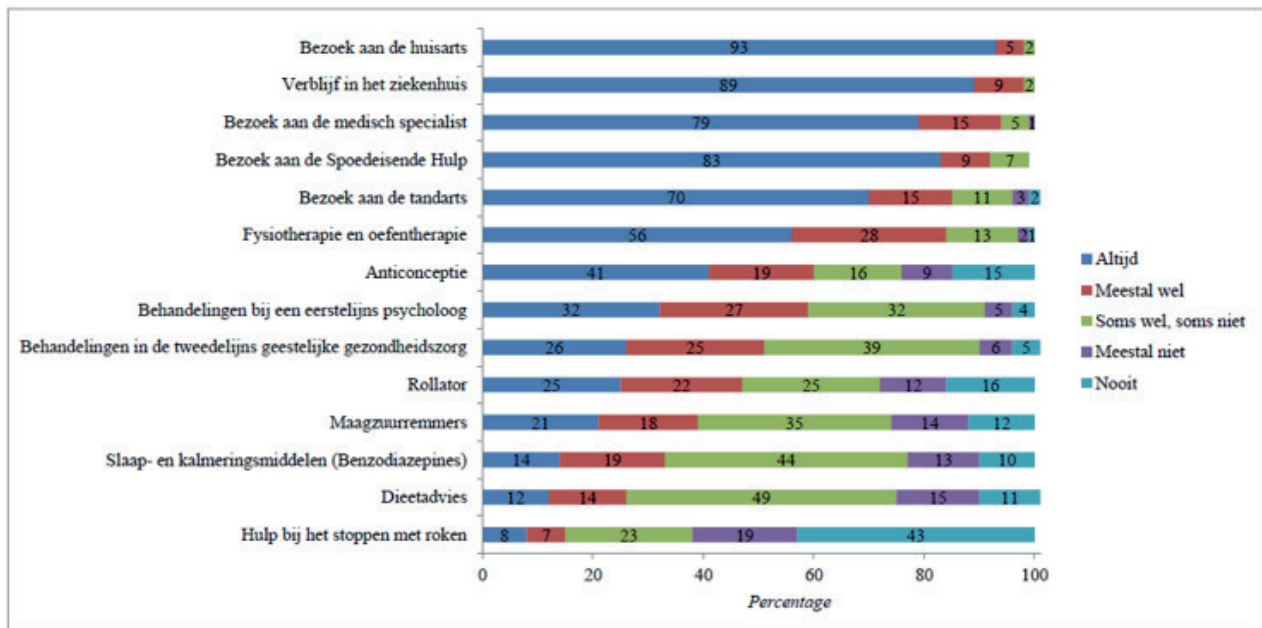


¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2015/07/02/kamer-brief-over-solvabiliteit-ii>

BIJLAGE 2: BASISPAKKET: WAT VINDT DE BEVOLKING BELANGRIJK

Hieronder een overzicht wat mensen belangrijk vinden voor het basispakket zorg. Er is een verschil tussen wat de overheid heeft gedaan en wat de mensen willen. De bezuinigingen op de fysiotherapie, tandzorg en GGZ kunnen niet op draagvlak bij de meerderheid van de bevolking rekenen. Bron Nivel 2012:

Figuur 1: In hoeverre vindt u dat de volgende typen van zorg in het basispakket thuis horen? * (N varieert van 784 tot 802 per typen van zorg)



* Door afronding tellen niet alle percentages precies op tot 100 procent.

BIJLAGE 3: RESERVES EN KAPITAALLASTEN INSTELLINGEN

RESERVES

In 2002 lagen de benodigde reserves van zorginstellingen tussen de 5-8% van de jaarlijkse omzet. (Solvabiliteitseis Waarborgfonds voor de Zorgsector). Het gemiddelde weerstandsvermogen was in 2002 8%. In 2012 bedroeg het eigen vermogen van alle zorginstellingen, bijna 11 miljard, 20% van de jaaromzet. Uitgaande van de 8% norm is er in 2012 een overschot aan reserves van 6,5 miljard bij de zorginstellingen.²

	totale omzet		eigen vermogen		solvabiliteit		overschot 8% norm	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Ziekenhuizen	23,1	21,8	4,2	3,8	18,3%	17,2%	2,4	2,0
Geestelijke gezondheidszorg	5,5	5,6	1,1	1,0	19,9%	18,3%	0,7	0,6
Gehandicaptenzorg	8,4	7,6	1,9	1,6	22,2%	21,3%	1,2	1,0
Verpleging, verzorging, thuiszorg	17,3	15,6	3,7	3,3	21,3%	21,2%	2,3	2,1
Totaal	54,3	50,6	10,9	9,7	20,0%	19,2%	6,5	5,7

Kijken we naar de cijfers van het Waarborgfond voor de Zorgsector (jaarverslag 2014), dan zien we dat de groei van de reserves van de deelnemers aan het Wfz in 2013 weer met 1,8% zijn gegroeid. Als we dit cijfer extrapoleren naar alle zorginstellingen, dan hebben we het in één jaar tijd over een bedrag van circa 1 miljard extra opgepot dood geld, dat niet aan zorg is besteed. Extra wrang als je beseft hoezeer de intramurale zorg in met name de care sector onder druk staat vanwege de bezuinigingen.

Gemiddeld weerstandsvermogen WFZ-deelnemers per deelsector (eigen vermogen als percentage van de totale inkomsten; ultimo 2012 en 2013)

Sector	2012	2013	Verandering in procentpunt
Ziekenhuizen (alg. en cat.)	19,1%	21,6%	2,5
Gehandicaptenzorg	22,2%	23,8%	1,6
GGZ	18,8%	19,7%	0,9
Ouderenzorg	25,3%	26,5%	1,2

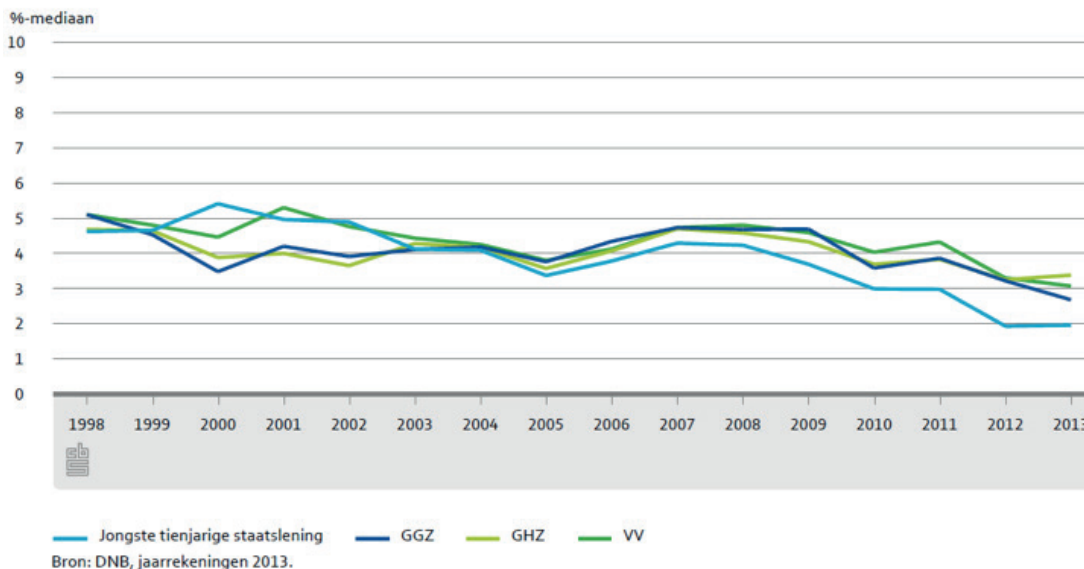
² Kiwa Carity. Zorg kan economie in beweging brengen. 2 september 2013.
<http://www.kiwacarity.nl/Zorg-kan-de-economie-in-beweging-brengen/>

KAPITAALLASTEN

In 2013 bedroegen de kapitaallasten (afschrijvingen, rente, huur) ongeveer 10% van de totale bedrijfslasten in de zorgsector. Hiervan bedroegen de rentelasten circa 1 miljard (1,8% van de totale bedrijfslasten). Konden tot het midden van het vorige decennium zorginstellingen heel goedkoop langjarige leningen afsluiten, daarna zien we dat door toenemende onzekerheid zorginstellingen relatief duurder uit zijn vergeleken met de rente op tienjarige staatsobligaties.

Wanneer zorgsectoren zouden kunnen lenen tegen de normale kapitaalmarktrente dan zouden de langlopende rentelasten met 1/3 kunnen dalen.³

4.3.2 Mediane rente uit jaarrekeningen 2013 en kapitaalmarktrente



Tabel ontwikkeling kapitaallasten:⁴

Ontwikkeling kapitaallasten zorgconcerns 2007-2013 (* 1 mln)							
Sector	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ZKH	1.694	1.785	1.857	2.585	2.185	2.239	2.331
GGZ	420	471	493	507	559	571	572
GHZ	586	654	730	763	830	894	883
VV	1.278	1.333	1.417	1.649	1.650	1.710	1.695
T	205	230	246	117	88	91	111
Totaal	4.183	4.473	4.743	5.621	5.312	5.505	5.592

Ontwikkeling kapitaallasten als percentage van totale bedrijfslasten							
Sector	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ZKH	10,0	9,7	9,4	12,1	10,2	10,0	10,0
GGZ	9,2	9,7	9,6	9,7	10,3	10,2	10,0
GHZ	10,1	10,3	10,9	10,9	11,1	11,1	10,8
VV	12,3	12,2	12,7	12,8	12,1	11,6	11,4
T	6,3	6,7	7,0	5,6	5,0	4,9	5,2
Totaal	10,2	10,2	10,3	11,6	10,7	10,4	10,3

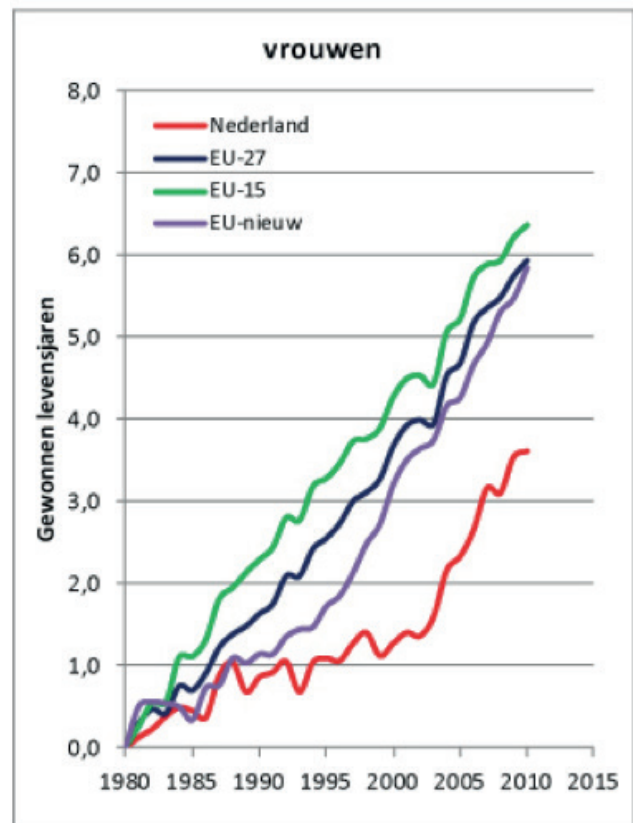
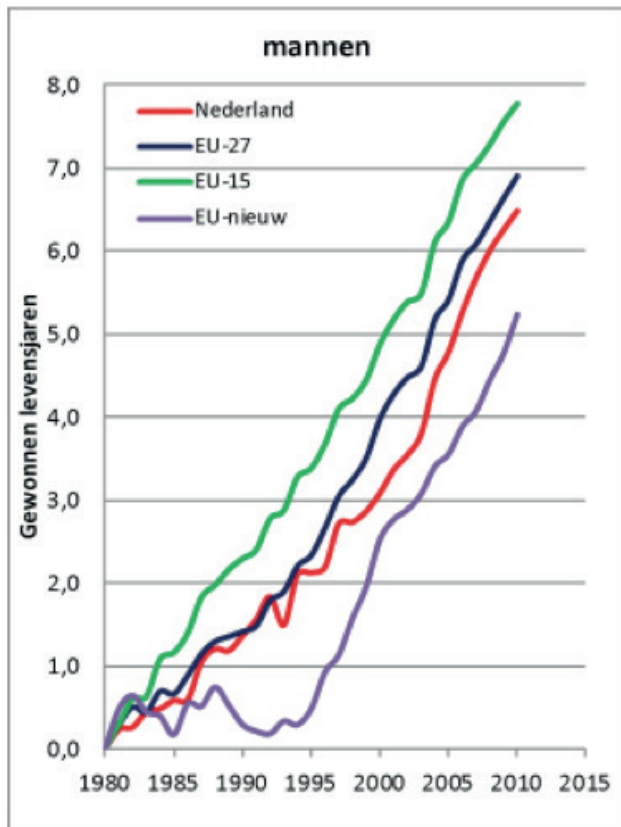
bron: CBS
 zkh: ziekenhuissector
 ggz: geestelijk gezondheidszorg
 ghz: gehandicaptenzorg
 vv: verpleging en verzorging ouderen
 t: thuiszorg

3 CBS. Ontwikkelingen van de rentetarieven in AWBZ zorginstellingen 1989-2013. Juni 2015. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/04B8518D-BA7B-454B-84CA-B34B510D4D76/0/2015WA05ontwikkelingenrentetawbzzorginstellingen19892013D.pdf>

4 Beantwoording kamervragen over evaluatieonderzoek naar het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Ministerie VWS, 1 september 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2015/09/01/beantwoording-kamervragen-over-evaluatieonderzoek-naar-waarborgfonds-voor-de-zorgsector>

BIJLAGE 4: PREVENTIE

Kijken we naar preventie, dan moeten we constateren we dat op dat vlak nog het nodige te verbeteren valt. We nemen als we kijken naar gewonnen levensjaren vergeleken met andere Europese landen een middenpositie in in Nederland bij mannen, bij vrouwen lopen we sterk achter.⁵

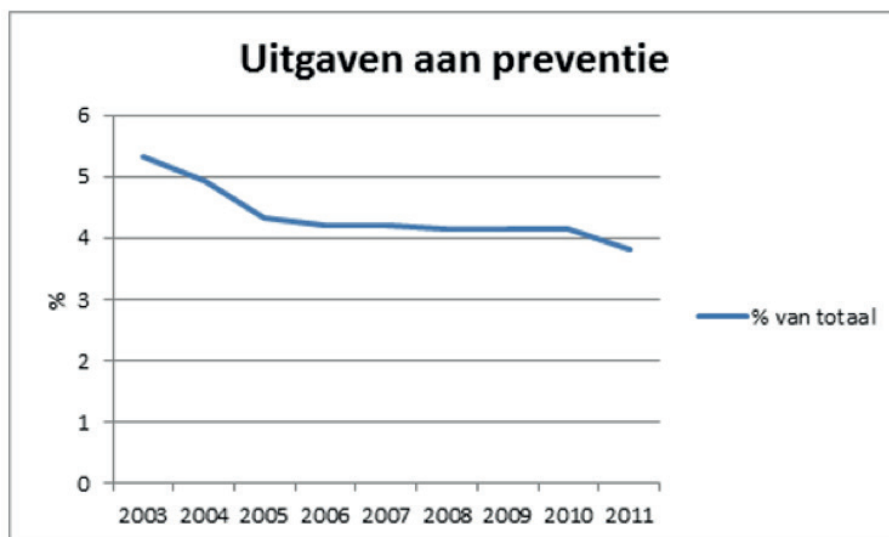


⁵ Peter Agterberg. Nederland, een topper in de middenmoot.

http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/Over_deze_VTV/Meer_blogs/Nederland_een_topper_in_de_middenmoot

Kijkend naar de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) dan zien we dat de hoger opgeleiden en hogere inkomens 6 tot 7 jaar langer leven en 19 tot 20 jaar langer in ervaren goede gezondheid dan de laagst opgeleiden en de laagste inkomens. En er zijn geen aanwijzingen dat deze sociaal-economische gezondheidsverschillen aan het afnemen zijn.⁶ De uitgaven aan preventie binnen de zorg bedragen in de orde van € 2,5 miljard, 3,8% van de uitgaven aan gezondheidszorg en zijn de afgelopen jaren gedaald.^{7,8}

2. Uitgaven aan "preventie en publieke gezondheid", als percentage van de totale gezondheidszorguitgaven in Nederland



6 RIVM, 23 juni 2014. Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/huidig/>

7 RIVM, 23 juni 2014. Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/uitgaven-aan-preventie-nieuw/>

8 Korten op preventie, niet doen. Opinie Medisch Contact. Johan Mackenbach, 13 november 2013. <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/138673/korten-op-preventie-niet-doen.htm>



WWW.SP.NL