

Vergaderjaar 2002–2003

28 605

Zorgnota 2003

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 september 2003

Op 19 maart 2003 heeft mijn ambtsvoorganger van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief (kenmerk: VWS-03-111) ontvangen met het verzoek te reageren op een brief van de vereniging Platform Zorginstellingen Grote Steden inzake het rapport «Goede zorg in de grote stad». Gaarne voldoe ik hierbij aan dat verzoek.

De inhoud van mijn reactie heeft tevens betrekking op het sedertdien verschenen rapport «Zorg in de grote steden» van het NIVEL en het RIVM. De kernboodschap van dat rapport ligt in lijn met het rapport «Goede zorg in de grote stad».

De vereniging Platform Zorginstellingen Grote Steden is in 2001 opgericht om belangen van de zorginstellingen in de grote steden te behartigen. Het Platform richt zich op belangen op het terrein van arbeidsvoorwaarden, arbeidsmarktbeleid, financiering, infrastructuur en zorginhoudelijke onderwerpen die specifiek zijn voor de zorg in de vier grootstedelijke agglomeraties Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. De vereniging telt ongeveer 70 lidinstellingen, afkomstig uit verschillende sectoren (ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg, GGZ-instellingen en thuiszorg) en uit de vier agglomeraties. Het totale budget van deze lidinstellingen is ongeveer 2,5 miljard euro. Er werken ongeveer 75 000 personen.

In de brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer en in het rapport staan twee aandachtspunten centraal. In de eerste plaats de extra kosten (en de beschikbare ruimte) voor extra zorg in de grote steden vanwege grootstedelijke problematiek en in de tweede plaats de financiering van deze extra zorg.

Met betrekking tot het eerste punt staan in het rapport verschillende oorzaken opgesomd waarom de gezondheidszorg in de grote stad per hoofd van de bevolking gemiddeld meer kost dan elders. Dit komt onder

meer doordat bij de inwoners van de grote steden gemiddeld meer ziekte voorkomt en zij daardoor een groter beroep op de gezondheidszorg moeten doen.

Als andere oorzaken worden in het rapport genoemd het grotere aandeel allochtone inwoners, de grootstedelijke woon- en leefomgeving, de hogere personeelskosten, de hogere huisvestingskosten en de hogere kosten van onverzekerden. In het rapport wordt gesteld dat in 2002 niet alle extra kosten in voldoende mate in de budgetten van instellingen in de grote steden zijn verwerkt.

Ten aanzien van de financiering van extra kosten (het tweede punt) merkt het Platform op dat indien deze kosten niet volledig in de financiering van de zorg worden verdisconteerd, de inwoners van de grote steden een hogere prijs/premie voor hun zorgverzekeringen moeten betalen en/of zij minder zorg ontvangen. Voor wat betreft het huidige financieringsstelsel is het – volgens het Platform – noodzakelijk bepaalde hogere kosten alsnog te gaan compenseren. En wanneer het zorgstelsel straks structureel wordt veranderd, moeten voldoende compensatiemechanismen voor de grootstedelijke meerkosten zijn ingebouwd.

Ik hecht er aan in mijn reactie voorop te stellen dat de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg in de grote steden mij na aan het hart ligt. Ik ben van oordeel dat een situatie, waarbij de zorg in grote steden minder toegankelijk is dan in de rest van ons land, zo veel mogelijk voorkomen moet worden. Dat dit gevaar op de loer ligt, zal ik niet ontkennen. Echter, ik ben van mening dat – gegeven de beschikbare financiële kaders – in de bekostigingsregels van het Ctg voor de zorginstellingen (via onder andere regio-toeslagen) zo goed mogelijk tegemoet wordt gekomen aan de grootstedelijke problematiek. Ik zie het rapport wel als een signaal dat we op dit punt alert moeten blijven.

Voor de toekomst geldt dat partijen in de zorg steeds meer vrijheden zullen krijgen om het aanbod aan te laten sluiten op de vraag en daarover nadere volumeprijs en kwaliteitsafspraken te maken. Indien de onderhandelingen in de grote stad leiden tot meer gecontracteerd aanbod en hogere prijzen, betekenen deze vrijheden hogere opbrengsten voor de instellingen, maar tegelijkertijd hogere kosten voor verzekeraars. Dat de grotere vrijheden ook zullen leiden tot meer zorgverlening en hogere prijzen staat daarbij niet vast. De verwachting is dat de marktwerking de volume- en prijsontwikkeling zal mitigeren.

In hoeverre hogere kosten in de grote stad doorvertaald worden in de premies van (bepaalde groepen) van verzekerden is afhankelijk van het geldende premie-regime.

De huidige situatie is zo dat voor de financiering van de AWBZ een landelijk gelijke premie geldt, terwijl voor de Ziekenfondswet een landelijk gelijke procentuele premie geldt met, als aanvulling daarop, een nominale premie waarvan de hoogte door de ziekenfondsen zelf wordt vastgesteld. Binnen een ziekenfonds is de nominale premie voor alle verzekerden gelijk. Verbijzondering, naar regio of naar groepen verzekerden, is niet mogelijk. Voor de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren gelden ook landelijk gelijke premies. Ook de maximum-premies in de Wtz zijn landelijk gelijk. Alleen in de particuliere verzekeringen is het mogelijk dat verzekeraars in hun premiestelling een regionale verbijzondering aanbrengen. Dit is een vrijheid die de particuliere verzekeraars hebben.

Bij ziekenfondsen zou de situatie zich kunnen voordoen dat ziekenfondsen met relatief veel verzekerden in grote steden vanwege de hogere zorg-

kosten noodgedwongen een hogere nominale premie moeten vragen dan ziekenfondsen met relatief veel verzekerden buiten de grote steden. Aan dit mogelijke knelpunt wordt tegemoet gekomen door middel van een systeem van risicoverevening. De risicoverevening houdt in dat ziekenfondsen met een verzekerdenbestand met relatief veel verzekerden met een hoog risico in hun jaarlijkse uitkering uit de Algemene Kas van de ziekenfondsverrekening compensatie ontvangen ten koste van ziekenfondsen met relatief weinig hoge risico's. In het huidige vereveningsmodel is een extra vergoeding opgenomen voor verzekerden in gebieden met hogere zorgkosten. Sinds 2002 wordt in dit regiocriterium ook specifiek gekeken naar indicatoren als aandeel van allochtonen in de bevolking, aandeel lage inkomens, percentage alleenstaanden en achterstandswijken.

Door het regiocriterium ontvangen verzekeraars een compensatie voor de hogere kosten van verzekerden in deze dure gebieden. Naar mijn mening wordt binnen de ziekenfondsverzekering op dit punt goed tegemoet gekomen aan de problematiek in de grote steden zoals beschreven in het rapport «Goede zorg in de grote stad».

Het lijkt mij wenselijk dat bij de stelselherziening voor de gezondheidszorg een dergelijke compensatie voor de problematiek in de grote steden blijft bestaan. Op dat moment wordt ook het gesignaleerde knelpunt bij de huidige particuliere verzekeraars ondervangen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst