

Een gepeperd gesprek over de zorg: dit werd er besproken

Redactie

Ruim tien jaar geleden werd de zogeheten privatisering van het zorgstelsel een feit. Iedere Nederlander moest zich verzekeren bij een private zorgverzekeraar en kon kiezen uit een veelheid aan polissen. Het doel: betere en goedkopere zorg. In een gepeperd gesprek maakte FTM donderdagavond de balans op van dit stelsel en zocht naar verbeteringen.

Het is een van de meest omstreden kabinetsbesluiten van deze eeuw: de hervorming van het zorgstelsel. Een publiek gefinancierd ziekenfondssysteem werd afgeschaft en de uitvoering werd verplaatst naar particuliere verzekeraars. Die zouden de zorg beter moeten organiseren, tegen lagere kosten. Ruim een decennium later lijkt de vraag gerechtvaardigd wat er van deze doelstellingen terecht is gekomen. Vele burgers en zorgprofessionals beklagen zich over het stelsel, dat zich zou kenmerken door regel- en controlezucht en dat te weinig kwaliteit zou leveren. Reden voor FTM om een deskundig vierkoppig panel uit te nodigen voor een stevig debat over de praktijk en de toekomst van het zorgstelsel. De eerste vraag aan hen allen: bent u voor of tegen marktwerking in de zorg?

Slechtste van twee werelden

De eerste van de deelnemers die het podium betrad was Edwin Brugman van de Vereniging voor Arts en Auto, een dienstverlenende organisatie voor zorgverleners die onder andere verzekeringen aanbiedt. Op de vraag voor of tegen, antwoordde hij: 'Daar moet je heel genuanceerd over praten, want marktwerking is heel verkeerd gebruikt. Als het gaat op de manier waarop het de afgelopen tien jaar is vormgegeven, ben ik er absoluut op tegen.'

FTM-hoofdredacteur Eric Smit, die samen met zorgredacteur Eelke van Ark de discussie leidde, maakte van de gelegenheid gebruik om de stemming in de zaal te peilen. Van de circa 75 aanwezigen stak er bij de vraag wie er voorstander is van marktwerking in de zorg slechts een enkeling — aarzelend — een hand op.



Chris Oomen

De tweede deelnemer aan de discussie, directeur Chris Oomen van de kleine zorgverzekeraar DSW, vertelde aan de zaal dat hij eigenlijk arts had willen worden. Omdat hij echter niet tegen bloed kon, had Oomen uiteindelijk voor het vak van apotheker gekozen. Als verzekeraar was hij de gezondheidszorg echter trouw gebleven: 'Het is mijn passie. Zorg vind ik iets moois. Ik ben er graag mee bezig.' Over de vraag of hij voor of tegen marktwerking was, hoefde hij niet lang na te denken. 'Daar kun je niet voor of tegen zijn. Als je een ziekenhuis binnenloopt, dan zie je apparatuur van Philips en Siemens die in de markt is gebouwd, je ziet het eten dat er gekocht wordt en je ziet de mensen die er in dienst zijn. De zorg zit vol met marktwerking, met één uitzondering: alles dat er gereguleerd is. Het zorgverzekeringspakket wordt door de Tweede Kamer vastgesteld, er is een zorgplicht, een acceptatieplicht, er zijn maximum NZA-tarieven... In welke andere sector gebeurt dat?!'

Eric Smit: 'Zou u willen dat het allemaal vrijgegeven werd?' Oomen: 'Nee, ik zou wel willen dat het iets minder strak gereguleerd wordt dan nu.'

Na Oomen betrad zorgondernemer Jaap Maljers het podium. Hij investeert vooral veel in informatietechnologie rond zorgprocessen, 'het introduceren van algoritmen om medische processen efficiënter te laten verlopen.' Eelke van Ark: 'Ik heb begrepen dat u marktwerking eigenlijk vooral een kwestie van fatsoenlijk organiseren vindt.' Maljers: 'Het huidige systeem is qua marktwerking het slechtste met twee werelden. We creëren een zogenaamde marktwerking, maar de ziekenhuizen zijn effectief nog gebudgetteerd dus daar zit geen werkelijke kostendruk op. Het is het slechtst denkbare systeem. Van marktwerking is überhaupt geen sprake — het komt er zelfs niet in de buurt. Ik vind het systeem in Nederland best goed functioneren, maar dat komt omdat we die mensen goed opleiden en omdat ze integer en gemotiveerd zijn. Uiteindelijk werkt het systeem dus, ondanks de structuur, best aardig.'

'Uiteindelijk werkt het systeem ondanks de structuur best aardig'

De laatste deelnemer die het podium betrad was Renske Leijten, Tweede Kamerlid van de SP. Haar

antwoord op de openingsvraag was enigszins voorspelbaar: ‘Volgens mij moet je in het publieke domein geen marktwerking organiseren. Dan gaat het mij erom dat je financiële belangen geen rol laat spelen in zaken die voor iedereen beschikbaar moeten zijn: onderwijs, woningen en gezondheidszorg.’

Echte bedrijven of niet?

Nadat FTM-zorgredacteur Jeffrey Stevens een kort overzicht had gegeven van het huidige zorgstelsel en de rol van de verzekeraars daarin, werden er twee stellingen aan het panel voorgelegd. De eerste had betrekking op de rol van de zorgverzekeraars zoals die oorspronkelijk was ingevuld. Deze zouden namelijk niet alleen het stelsel gaan uitvoeren; ze zouden de zorg ook veel bedrijfsmatiger gaan organiseren om kosten te besparen. Eelke van Ark: ‘Nu de kosten desondanks omhoog zijn gegaan en verzekeraars die rol dus niet hebben waargemaakt, zijn het dan niet gewoon uitvoeringsinstanties van de politiek die alleen maar spelen dat het echte bedrijven zijn?’

‘O nee,’ zei Renske Leijten beslist, ‘het zijn echte bedrijven. De een speelt het spel op een harde manier vanuit arrogantie en macht, en de ander doet het meer in overeenstemming. Maar ga eens kijken in de ivoren toren in Leiden waar onze vrienden van Achmea zitten, dan schrik je je rot. Achmea heeft zich in de afgelopen dagen wat mij betreft van zijn slechtste kant laten zien. We hebben vanochtend een wetsvoorstel behandeld in de Tweede Kamer waarin we hebben gezegd: winstuitkeringen aan zorgverzekeraars, dat willen we niet. Ze werken met publiek geld, premies van ons allemaal. Wij vinden dat daar geen winst op uitgekeerd mag worden. Dat gebeurt nu ook niet, want bij het begin van dit stelsel is er gezegd: de eerste tien jaar mag het niet. Wij willen nu dus eigenlijk de huidige situatie bestendigen. Alle zorgverzekeraars hebben in het voortraject tegen ons gezegd: dat is nodeloze wetgeving, want we willen helemaal geen winst uitkeren. Maar inmiddels hebben we een brief gekregen waarin staat dat Achmea tien jaar geleden nooit zou hebben deelgenomen aan de private verzekeringsmarkt als ze toen had geweten dat er geen rendement uitgekeerd zou kunnen worden. Dan speel je dus niet dat je een bedrijf bent, dan ben je een bedrijf.’

"Achmea zou nooit hebben deelgenomen aan de private verzekeringsmarkt als het had geweten dat er geen rendement uitgekeerd zou worden"

Jaap Maljers was het daar niet mee eens: ‘In het huidige systeem heb je met zo ongelooflijk veel randvoorwaarden te maken, dat je überhaupt niet kunt spreken over normaal functionerende organisaties – in de zin dat ze vrijheid hebben om in te kopen, de prijs te bepalen en dingen uit te sluiten.’

Brugman kon zich wel in de stellingname van Leijten vinden. ‘Wij hebben ons in 2013 en 2014 sterk gemaakt voor het behoud van de vrije artskeuze. Dat is een principieel vraagstuk. We denken dat het voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener heel belangrijk is dat die keuze kan blijven bestaan en we hebben moeten knokken tegen de grote zorgverzekeraars die de keuzevrijheid wilden afschaffen. Maar als je er écht voor de verzekerde bent, dan kijk je primair naar de belangen van de patiënt. Je beoogt bepaalde principes te borgen. Tien jaar lang hebben we gehoord dat we allemaal coöperatieve organisaties hebben die de verzekeringen regelen, maar nu blijkt dat niet zo te zijn. Achmea is er heel goed in geslaagd zijn klanten het gevoel te geven dat het ook een coöperatie was. Vervolgens blijkt nu door het initiatiefwetsvoorstel van SP, CDA en PvdA, dat Achmea compleet in paniek is, breekt met de

stelling van de afgelopen tien jaar en zegt: wij hebben die winst wél nodig. Die 5,5 miljoen verzekerden hebben dus premie betaald, en blijkbaar wil iemand dat geld hebben — in elk geval een stuk ervan. Dat is volgens mij hartstikke slecht. Ik vind het ook onbegrijpelijk dat Zorgverzekeraars Nederland die stellingname steunt. Als nu blijkt dat je ernaar streeft om winst uit te keren terwijl je al die tijd hebt gezegd dat je het alleen maar voor de verzekerde doet, dan klopt dat dus niet. Ik ben heel blij dat dit wetsvoorstel waarschijnlijk wordt gesteund door de Kamer.’ Leijten: ‘Dat voorstel gaat het halen.’

Winkelen bij de VU

De SP-politica schetste op rake wijze de verschillende perspectieven van de diverse partijen in de zorgsector en het ontspoorde beleid dat daaruit voortkomt. ‘Zorgverzekeraars moeten rendement maken omdat ze aan allerlei buffercriteria moeten voldoen. Het zijn namelijk financiële instellingen en die — zo weten we sinds 2008 — kunnen omvallen. Die buffers moeten uit premies gehaald worden, maar het perspectief dat deze zorgverzekeraars hebben is dat patiënten een soort consumenten zijn. Als je het dus met zorgverzekeraars over patiënten hebt, dan hoor je altijd dat die geremd moeten worden. Alsof de zorg onnodig zou zijn. Alsof je gezellig gaat zorgwinkelen bij de VU als je op zaterdagmiddag niks te doen hebt! De zorgverzekeraar denkt ook dat de zorgverlener alleen maar uit is op winstmaximalisatie.’

‘Alsof je gezellig gaat zorgwinkelen bij de VU als je op zaterdagmiddag niks te doen hebt!’

Jaap Maljers zoekt de oplossingen voor de onvolkomenheden in het zorgstelsel vooral in andere manieren van organiseren. ‘Verzekeraars kijken heel conventioneel naar het zorgsysteem, en daarom zien alle zorginstellingen er hetzelfde uit. Zo hebben alle ziekenhuizen een afdeling spoedeisende hulp — hier in Amsterdam alleen al zijn dat er zeven. Er zit totaal geen dynamiek in. Als je die instellingen door professionals laat leiden, blijft iedereen hetzelfde doen. Ze hebben aangetoond dat ze het niet kunnen veranderen. We zouden toe moeten naar twintig afdelingen spoedeisende hulp voor heel Nederland.’

Iemand uit de zaal merkte meteen op dat de wachttijden op de spoedeisende hulp enorm lang zijn en dat dit met minder capaciteit alleen maar erger zou worden. Maljers: ‘Het probleem met het huidige systeem is dat er nergens iemand met echte expertise zit. Daarom duurt het zo lang.’

Kwaliteit bepalen

De tweede stelling waarover de deskundigen zich mochten uitspreken, luidde: ‘De kwaliteit van de zorg bepalen is veel te ingewikkeld voor zorgverzekeraars.’ Eelke van Ark: ‘De zorgverzekeraars hadden namelijk niet alleen als rol om te concurreren op prijs en kosten, maar ze zouden ook de kwaliteit van de zorg in het oog moeten houden en die moeten kunnen controleren. En daar gaat een heleboel mis.’

Zorgverzekeraar Chris Oomen was het hier van harte mee eens. ‘Ik vind dat de kwaliteit van zorg door de zorgverleners zelf bepaald moet worden. Renske Leijten was ook bij [Het Roer Moet Om](#) in de Rode Hoed hier in Amsterdam, en daar hebben alle grote verzekeraars letterlijk gezegd dat ze de kwaliteit niet kunnen bepalen. Ik heb toen gezegd: “maar gaat u dan niet aan het eind van het jaar weer lopen roepen dat u op kwaliteit inkoop.” Ik zeg altijd dat ik nooit op kwaliteit inkoop. Dat is overbodig, omdat 96,5 procent van

de verzekeraars al zegt dat ze dat doen. Maar ik ken niemand die ooit bij een arts is geweest die vraagt: “waar bent u verzekerd, want dan ga ik u andere kwaliteit bieden.” We hebben competitie nodig! Dat betekent dat je niet met z’n allen tegen de buitenwereld moet zeggen dat je het met elkaar eens bent terwijl je daarna toch probeert elkaar pootje te haken. Je moet laten zien wie je bent, en wie zich daarin kan vinden verzekert zich bij jou en de rest verzekert zich ergens anders.’

"Je moet laten zien wie je bent; wie zich daarin kan vinden verzekert zich bij jou en de rest verzekert zich ergens anders"

Maljers: ‘Het probleem is dat we praten over het inkopen van zorg alsof het een homogeen product is. Als je vervoer inkoopt, luidt de eerste vraag: praat je over een stadsfiets, een taxi of een vliegtuig? Zouden we in de gezondheidszorg ophouden te praten over ziekenhuizen als homogene entiteiten, en zouden we gaan kijken wat voor organisaties we nodig hebben voor mensen die bijvoorbeeld diabeteszorg of die spoedeisende hulp nodig hebben, dan zal je zien dat je heel goed op kwaliteit kunt inkopen. Maar we blijven vasthouden aan oude organisatievormen die alleen maar overleven bij de gratie van het feit dat ze gefinancierd worden. Een oogarts die in een ziekenhuis werkt heeft net zoveel met de traumachirurg te maken als met de lokale groenteboer. Maar ze worden wel in één financieel model en één inkoopmodel geschoven. Dat werkt niet.’

Leijten: ‘Wat is het mooie van onze huisarts? Dat hij er is. Hij is gefinancierd op beschikbaarheid, net als de brandweer. Maar als je betaling per productie hebt, zoals nu, en dat moet inkopen per verrichting, dan wil je dat er zo min mogelijk verrichtingen zijn. Dus zal je die zorgverlener moeten controleren en ketenen, want anders gaat hij te veel doen. We moeten meer naar de logica van onze samenleving kijken: wat hebben we nodig en wat kunnen we bekostigen?’

Brugman constateerde dat inkopen op kwaliteit vooral een reclameboodschap van verzekeraars is: het klinkt vriendelijker dan inkopen op kosten. ‘Er is gewoon een slogan bedacht: betere kwaliteit voor minder geld. Als je dat even tot je laat doordringen, is het best een rare slogan. Wat gebeurt er in de praktijk bij de grote zorgverzekeraars? Rond de jaarwisseling moet er in de reclames worden gehamerd op kwaliteit — je zou bijna gaan denken dat het de zorgverzekeraar is die de zorg levert, in plaats van de mensen in het ziekenhuis. Wat gebeurt er tegelijk achter de schermen? Die inkopers krijgen van de zorgverzekeraars een budget om contracten mee te sluiten en daar moeten ze het mee doen. Er wordt dus helemaal niet op kwaliteit ingekocht.’



Jaap Maljers aan het woord

Alternatieven

Tot slot van het debat kregen alle deelnemers de kans om voorstellen aan te dragen voor het verbeteren van het zorgstelsel. Bij Renske Leijten stond al vooraf vast welk idee ze zou promoten: het veelbesproken Nationaal Zorgfonds. ‘Nu gaat er 43 miljard euro van ons premiegeld naar de privérekening van de zorgverzekeraars. Ons voorstel is om dat geld op een algemene rekening te zetten die van ons allemaal is. Het Nationaal Zorgfonds zorgt ervoor dat er een basispakket komt dat vergoedt wat je aan zorg nodig hebt wanneer je het nodig hebt.’ Eric Smit: ‘Ik zeg: planeconomie.’ Leijten: ‘Ja. 85 procent van de zorg is te plannen, dus de gezondheidszorg leent zich heel goed voor een planeconomie. Je creëert aanbod op basis van de behoefte en we besparen ontzettend veel. Al die polissen hoeven niet meer gemaakt te worden, we kunnen de Nederlandse Zorgautoriteit afschaffen... Zo kan je zeker 1,5 miljard besparen, en ik denk nog meer.’

‘85 procent van de zorg is te plannen, dus de gezondheidszorg leent zich heel goed voor een planeconomie’

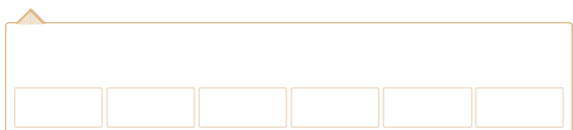
Oomen: ‘Je moet niet denken dat je 43 miljard van het ene op het andere moment zodanig kunt verplaatsen dat je het op moment A zus hebt ingedeeld en op moment B zo. Maar het allereerste wat ik zelf zou veranderen is de stichtingsvorm van ziekenhuizen afschaffen — de meest ondemocratische vorm die er is. Je hebt daar een raad van toezicht en een raad van bestuur en verder is er niemand die verantwoording aflegt op publiek niveau.’

Maljers: ‘We moeten naar andere organisatievormen durven kijken. Ik zou bijvoorbeeld heel graag een meer digitale relatie met mijn huisarts willen hebben, zodat ik er niet voor elk wisselwasje fysiek heen moet. Is dat geschikt voor iedereen? Nee, dus moet je het gedifferentieerd organiseren. Maar nu worden we allemaal in een keurslijf geduwd.’

Brugman: ‘Er mag van mij best een fundamenteel bedrag aan zorg worden uitgegeven. Vervolgens moet je

er echter voor zorgen dat mensen die in de zorg werken, bezield zijn. Want nu is het net als met de positie van de leraren: die is de afgelopen decennia ook afgebroken, en ze zijn in keurslijven gestopt. Dat is niet goed. Dat betekent niet dat je iedereen maar de vrije hand moet geven. Je moet met ze overleggen, en je moet de zorg kleinschalig organiseren. Als je dat doet, kennen mensen elkaar. Dan zie je geen rare ontwikkelingen met inkoop, want dan moeten mensen publiekelijk verantwoording afleggen. Een tandarts die in een dorp zijn tarieven in een vrij systeem laat exploderen, staat zaterdag ook bij de bakker.’ Eric Smit: ‘Ik zie een touwtje voor me dat door de brievenbus hangt.’ Brugman: ‘In feite wel. Als een dokter begint, hebben we met elkaar 600.000 euro in die man of vrouw geïnvesteerd. Ze ziet nu dat artsen afhaken. Kapitaalvernietiging van de bovenste plank. Investeer daarom in kleinschalige zorg. Het economiseren van de discussie lijkt logisch: een veel groter gebouw met maar één receptioniste. Maar de schaalbaarheid in de zorg is beperkt en daar moet je dus niet te veel in investeren.’

Het laatste woord was aan een van de bezoekers: ‘Ik sluit me aan bij het pleidooi voor kleinschaligheid. Huisartsen staan bekend om zinnige en zuinige zorg. Voor minder dan 5 procent van het budget lossen ze 95 procent van de problemen op. Zorg dus dat de huisartsenzorg verdubbeld wordt. Breid de eerste lijn uit ten koste van de tweede lijn.’



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|