

In de nasleep van het zorgdebat

Vlak voor kerst werd het wetsvoorstel om de vrije artsenukeuze te beperken in de Eerste Kamer verworpen. Wat heeft de sociaal-democratische senatoren tot hun afwijzende opstelling gebracht? En hoe moet het nu verder?

MARIJKE LINTHORST

Eerste Kamerlid voor de PvdA en redacteur van S&D

Het wetsvoorstel om de vrije artsenukeuze te beperken is een nadere uitwerking van de Zorgverzekeringwet (ZVW) die in 2006 van kracht werd. Onder dit stelsel is iedere ingezetene verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Zorgverzekeraars concurreerden om de gunst van de verzekerde. In dit spel van vraag en aanbod gingen zorgaanbieders zich inspinnen om met een scherp geprijsd en kwalitatief hoog aanbod een aantrekkelijke partner voor de verzekeraar te zijn en kreeg de verzekerde bovendien meer keuzemogelijkheden. Een zorgverzekeraar die te duur was of een te mager pakket bood, prijsde zichzelf automatisch uit de markt, was de gedachte.

De bedoeling was dat de ZVW zou leiden tot betere en goedkopere zorg. Daartoe kregen verzekeraars het recht om over een toenemend deel van de beschikbare zorg te onderhandelen met zorgaanbieders. Verzekeraars zouden zorgaanbieders die kwalitatief onder de maat presteerden of te duur waren niet meer contracteren.

Daarbij hebben verzekeraars te maken met één beperking: als een verzekerde zich laat behandelen door een zorgaanbieder die niet door hen gecontracteerd is, moeten ze toch

75% tot 80% van de gedeclareerde kosten vergoeden. Dit werd en wordt door de minister gezien als een obstakel om kwalitatief slechte of dure zorgaanbieders uit het vergoedingsstelsel te filteren. Het kabinet wil daarom verzekeraars het recht geven om uitsluitend nog de kosten te vergoeden van instellingen die door hen gecontracteerd zijn.

In een gloedvol betoog overtuigde onze staatssecretaris Martin van Rijn op 17 januari de meerderheid van het partijcongres met deze redenering. Op het eerste gezicht valt er ook iets voor te zeggen. Het is waar dat niet alle zorgverleners primair het belang van de patiënt voor ogen hebben, dat sommige behandelingen dubieus of kwalitatief onder de maat zijn en dat sommige artsen vooral letten op hun eigen verdiensten. Geen zinnig mens zal er vóór zijn dat publieke middelen (en dat zijn premies en zorgbelasting) besteed worden om de zakken van op winst beluste zorgverleners te spekken of ondoelmatige behandelingen te vergoeden. Het gaat er niet zozeer om of er een volledig vrije artsenukeuze zou moeten zijn, maar om wie bepaalt waar iemand zich mag laten behandelen en op grond van welke criteria dit besluit genomen wordt.

In de opvatting van Schippers en Van Rijn zijn de zorgverzekeraars bij uitstek degenen die tegenwicht kunnen bieden aan ondoelmattige en malafide zorgaanbieders. Zij hebben als enigen een machtsmiddel in handen: het wel of niet contracteren van een zorgverlener. Alleen op deze manier kan de stijging van de kosten in de zorg worden beperkt. Bij hun besluit moeten de zorgverzekeraars zich laten leiden door kwaliteitscriteria. Deze beleidskeuze roept twee vragen op: zijn de zorgverzekeraars in staat om dit oordeel te vellen en zijn zij de meest geëigende partij om dit te doen?

Kostenbeheersing

Kostenbeheersing in de zorg is een belangrijke doelstelling van de ZVW. Hoe hoog de kosten daadwerkelijk zijn, blijft ongewis. De informatie loopt jaren achter. In 2011 concludeerde de Algemene Rekenkamer dat 'de minister van VWS over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt en dat zij niet afdoende mogelijkheden heeft om deze tijdig te beheersen'.

Op het punt van de kostenbeheersing lijkt absoluut vooruitgang geboekt. De groei van de zorguitgaven is voor het eerst in decennia afgezwakt. De vraag is alleen hoe dit resultaat behaald is. Een belangrijk element is het Budgetair Kader Zorg waarin afspraken staan over de beheersing van de groei. Dit is echter een verdienste van de minister, niet van de zorgverzekeraars. Een tweede element wordt gevormd door de verhoging van de eigen bijdrage. En ten derde spelen de contracten die zorgverzekeraars met zorgaanbieders afsluiten een rol in de beheersing van de kosten.

Zorgaanbieders klagen dat zij sinds vorig jaar te maken hebben met fikse kortingen waarbij zij de keuze hebben om geen contract af te sluiten, met alle risico's van dien, of te 'tekenen bij het kruisje'. Als dat waar is, worden de kosten beheerst door zorgaanbieders te dwingen onder de kostprijs te werken. Nu is het lastig om te beoordelen wie er gelijk heeft: zorgverzekeraars geven geen openheid van

zaken over de tarieven die zij bieden en hoe deze zijn opgebouwd. Aangezien verzekeraars zich in het verleden niet van hun beste kant hebben laten zien, is er wel enige aanleiding om hen kritisch tegemoet te treden.

Premiedifferentiatie

Bij de vormgeving van de ZVW is uitgebreid aandacht besteed aan de risico's die een grotere rol voor zorgverzekeraars met zich mee zou kunnen brengen. Er werd vooral gevreesd voor risicoselectie en concurrentie op prijs in plaats van op kwaliteit. Om deze zorgen te ondervangen kwam er een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en een verbod op premiedifferentiatie: iedereen moet als verzekerde worden geaccepteerd en iedereen moet een gelijke polis met dezelfde premie krijgen.

Verzekeraars hebben zich in het verleden niet al te best gedragen

Formeel houden alle verzekeraars zich aan de wet maar in de praktijk blijken sommige de doelstelling van de wet te omzeilen. Zo hoeft er maar één onderdeel te verschillen en er is al geen sprake meer van 'dezelfde' polis. Dat biedt talloze mogelijkheden om op basis van gezondheidsrisico's obstakels op te werpen. Soms worden potentiële klanten subtiel afgeschrikt. Nadat ze hun geboortedatum hebben ingetypt, krijgen ouderen bijvoorbeeld het bericht dat zij zich alleen schriftelijk en niet via de website kunnen aanmelden. Wel een belemmering, maar inderdaad geen weigering. Omgekeerd wordt ook geadverteerd voor polissen voor een specifieke doelgroep – zoals hoogopgeleiden. Formeel geen polis op basis van gezondheidskenmerken (dat is verboden), maar feitelijk wel: statistisch gezien is deze groep gezonder.

Verzekeraars kunnen aan iedereen die tot een bepaalde groep behoort, kortingen aanbieden. Zo kreeg ik dit jaar van tennisbond KNLTB het aanbod om naar een bepaalde zorgverzekeraar over te stappen. Allerm minst een toevallige aanbieding, aangezien tennissers over het algemeen hoogopgeleid en gezond zijn. Premiedifferentiatie, hoewel wettelijk verboden, vindt op grote schaal plaats.

Kwaliteit

Naast het beheersen van de kosten was verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg een belangrijke doelstelling van de ZVW. De meeste zorgverzekeraars geven op hun site informatie over hoe zij de zorginkoop zien. Zilveren Kruis Achmea stelt dat zij zorg inkoop aan de hand van heldere kwaliteitscriteria en dat zij betrouwbare informatie verstrekken om kwaliteitsverschillen voor de klanten te ontsluiten. Er schort echter nogal wat aan deze toezegging.

Allereerst zijn er voor het merendeel van de behandelingen (nog) helemaal geen kwaliteitscriteria. Dat kwaliteit een ondergeschikte rol speelt bij de inkoop van zorg wordt ook onderkend in de evaluatie van de zorgverzekeringswet door de Erasmus Universiteit.

Daarnaast is volstrekt onduidelijk welke rol kwaliteitscriteria, als ze al beschikbaar zijn, spelen bij de inkoop van zorg. Zilveren Kruis Achmea koopt zorg in voor een groot aantal (onder)verzekeraars. Het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL) wordt wel gecontracteerd voor de basisverzekering van Zilveren Kruis en FBTO, maar niet voor de basisverzekering en studentenverzekering van Achmea. Kwaliteitskenmerken kunnen hier moeilijk de doorslag geven. Het AVL heeft een klantcijfer van 8,4 en wordt alom geroemd als het ziekenhuis met de meeste kennis van zaken op het gebied van kanker. Met name bij de studentenverzekering lijkt het erop dat sprake is van een polis op basis van gezondheidskenmerken.

Dat is uiterst dubieus. Als de premie voor een groep verzekerden gebaseerd wordt op de

verwachting van de kosten die deze verzekerden waarschijnlijk gaan maken, ondermijnt dat de solidariteit. Die bestaat er immers uit dat mensen met een laag gezondheidsrisico meebetalen aan de kosten van mensen met een hoog gezondheidsrisico. Deze benadering getuigt bovendien van weinig bekommernis met de verzekerde. De kans dat een student kanker krijgt is klein. Maar als dat gebeurt, is het zelfs méér dan bij ouderen van belang dat hij of zij de best mogelijke zorg ontvangt.

Grotere vrijheid

Een derde doelstelling van de ZVW was om verzekeraars, aanbieders en consumenten meer vrijheid te geven om eigen keuzes te maken. Dit lijkt vooral voor zorgverzekeraars het geval te zijn. Zorgverleners kunnen niet gezamenlijk onderhandelen. Zij mogen immers geen kartel vormen. Dit terwijl de vier grote verzekeraars inmiddels 90% van de markt in handen hebben. Je kunt het daardoor moeilijk een 'gelijk speelveld' noemen.

Ook tussen zorgverzekeraar en verzekerde is er geen sprake van een machtsevenwicht. Laten we als voorbeeld de naturapolis nemen. Volgens sommigen is er iets voor te zeggen dat de vrije artskeuze in de naturapolis beperkt is. Je sluit als verzekerde een contract met een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet van tevoren aangeven welke zorgaanbieders hij heeft gecontracteerd. Je weet dus waar je voor tekent. Omdat je een lagere premie betaalt, kun je dan niet alsnog de rechten van de restitutiepolis opeisen.

Momenteel is duidelijk dat de in de naturapolis gecontracteerde zorgverlener toch niet altijd beschikbaar is. Als de budgetruimte van de zorgaanbieder bereikt is, kan de zorgverzekeraar de verzekerde in goed overleg verwijzen naar een andere instelling. Dit roept vragen op. Als je een zorgverzekering beschouwt als een contract, dan gelden de rechten en plichten wederzijds: een verzekerde kan geen aanspraak maken op vergoeding van een nietgecontracteerde zorgaanbieder, maar heeft

wel recht op zorg van de gecontracteerde zorgaanbieder van zijn of haar keuze.

Dat is in de redenering van de minister immers een van de belangrijkste criteria waarop een verzekerde een naturapolis kiest. Dit zou betekenen dat als de gecontracteerde zorgaanbieder nog capaciteit heeft, de zorgverzekeraar verplicht is om daar extra ruimte in te kopen. Heeft die aanbieder geen ruimte meer, dan houdt het natuurlijk op en kan de verzekerde voor plaatsing op de wachtlijst of verwijzing naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder kiezen.

De balans verzekeraar-verzekerde verschuift in het voordeel van de eerste

In het debat met de minister bleek dat een zorgverzekeraar geen extra zorg hoeft in te kopen als hij bij een andere gecontracteerde zorgaanbieder nog ruimte heeft. Naar mijn oordeel betekent dit dat de balans tussen zorgverzekeraar en verzekerde nog verder verschuift in het voordeel van de eerste. De verzekerde krijgt alleen een vergoeding als hij of zij zich houdt aan de voorwaarden van het 'contract', terwijl de zorgverzekeraar 'nee' mag verkopen.

Dat kan trouwens ook neerkomen op verschuiving van de kosten. Een bepaalde zorgaanbieder wordt gecontracteerd tegen voor de verzekeraar gunstige condities, waardoor de verzekerden verder moeten reizen. De eerste voorbeelden van een dergelijke verschuiving zijn inmiddels bekend. In Apeldoorn en Zutphen heeft Achmea de Gelre ziekenhuizen niet gecontracteerd voor houders van een budgetpolis. Zij moeten voortaan naar andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld in Deventer. Wat deze uitsluiting met kwaliteitscriteria te maken zou hebben, is mij een raadsel. Hoe kan

een ziekenhuis dat voor alle andere polishouders goed genoeg wordt gevonden, niet goed genoeg zijn voor budgetverzekerden? Een soortgelijke situatie doet zich eveneens in de provincie Utrecht voor. Daar zit het Diakonessenhuis wel in de budgetpolis, maar valt het Antonius Ziekenhuis erbuiten. Dit laatste ziekenhuis staat onder verscherpt toezicht van de inspectie. Hoezo selectie op kwaliteit?

Eén basisverzekering voor iedereen

De laatste – of misschien wel de eerste – doelstelling van de ZVW was het opheffen van het verschil in positie tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden. Ook op dit punt heeft de zorgwet ons niet gebracht wat de voorstanders ons voorhielden. Het verschil is scherper terug dan ooit. De vroegere particulier verzekerden hebben nu een restitutiepolis, de vroegere ziekenfondsverzekerden kunnen kiezen uit klasse 2 (basisverzekering) en klasse 3 (budgetverzekering). Al deze argumenten hebben mij ertoe gebracht om tegen het wetsvoorstel te stemmen.

Hoe dan wel?

Hoe steekhoudend de argumenten ook zijn, feit is dat er wel degelijk problemen zijn die om een oplossing vragen. We kunnen onze ogen niet sluiten voor het feit dat de kosten voor zorguitgaven ieder jaar stijgen. Ik denk dat er andere en betere oplossingen zijn om de kosten te beteugelen.

Een belangrijk instrument is het tegengaan van ondoelmatige behandelingen. Hoe groot het bedrag is dat hieraan besteed wordt, is onduidelijk. Maar zelfs als het om weinig geld gaat moeten die behandelingen en de vergoeding daarvan worden aangepakt. Voor zover zorgverzekeraars daar nu al niet toe in staat zijn, lijkt me hier een mooie taak te liggen voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De Inspectie moet immers toezien op de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening. Als dit betekent dat de criteria

voor (het toelaten van) instellingen aangescherpt moeten worden dan zou dit bespreekbaar moeten zijn.

Een tweede steen des aanstoets wordt gevormd door zorgaanbieders die hun werk niet goed doen. De minister heeft gelijk dat patiënten vaak zelf niet goed de kwaliteit van de zorgaanbieder kunnen beoordelen. Het ligt voor de hand om de huisarts hier een rol in te geven. Hij of zij kent niet alleen de patiënt, maar ook de specialisten in de regio. De huisarts krijgt bovendien teruggekoppeld welke behandelingen zijn uitgevoerd en hoort van de patiënt hoe deze de behandeling heeft ervaren. Het argument dat huisartsen niet tot zo'n beoordeling in staat zijn, lijkt me vergezocht. Huisartsen hebben ook nu al een 'poortwachtersfunctie'.

Een apart punt vormen de hersteloperaties. Onder anderen VGZ-bestuurder en oud-minister Ab Klink heeft erop gewezen dat in sommige ziekenhuizen het aantal hersteloperaties 0,2% bedraagt, terwijl het in andere instellingen op 2,0% ligt. Klink vindt het onaanvaardbaar dat ziekenhuizen financieel worden beloofd voor hun fouten. Daar ben ik het helemaal mee eens. Maar daarbij zou wel gekeken moeten worden naar de oorzaak van de hersteloperaties. Deels kunnen zij veroorzaakt worden door de complexiteit van de aandoening. Voor zover er sprake is van verwijtbaar gedrag kan de IGZ ook hier wat mij betreft een rol spelen. Die kan immers zien welke ziekenhuizen een opmerkelijk hoog percentage hersteloperaties hebben en hen daar ook op aanspreken.

Het argument van Schippers en Van Rijn is dat de Inspectie artsen niet kan verhinderen hun praktijk uit te oefenen. Dat lijkt me onzin. Als we de zorgverzekeraars instrumenten kunnen geven om ondoelmatige handelingen uit te sluiten, moeten we dat ook met de IGZ kunnen doen. Wanneer iemand in het gewone leven in gebreke blijft, is het normaal dat hij de fout op eigen kosten herstelt. Ik zie niet in waarom dit in de zorg niet zou kunnen gelden.

Een laatste instrument ligt in het bevorderen van samenwerking. Daarbij hoort ook het stimuleren van kostenbewustzijn, zowel bij

zorgaanbieders als bij verzekerden. Veel ingrepen kunnen net zo goed en tegen lagere kosten in de 'eerste lijn' worden uitgevoerd, en niet alles wat kan is ook nodig.

Hoe nu verder?

VVD en PvdA kijken totaal verschillend tegen de zorgsector aan. De sociaal-democraten zijn voorstander van een publiekrechtelijke zorgverzekering die door private partijen wordt uitgevoerd; de liberalen willen een private zorgverzekering met publieke waarborgen. De huidige ZVW is opgezet volgens het VVD-model. De PvdA heeft tegen de ZVW gestemd, maar heeft zich vervolgens binnen dit model gericht op het zo goed mogelijk waarborgen van het publieke belang: toegankelijkheid, een zo breed mogelijk basispakket en geen risicoselectie. De praktijk wijst uit dat we daar niet in geslaagd zijn.

Er is volop sprake van premiedifferentiatie en er is nog geen zicht op de kwaliteit. Op het punt van de (stijgende) kosten van de zorguitgaven lijkt er wel enige vooruitgang geboekt te zijn, maar de prijs daarvoor is hoog. De wijze waarop de zorgverzekeraars de kosten proberen te beteugelen leidt namelijk tot aantasting van het fundament van onze zorgverzekering: onderlinge solidariteit. De spotjes en advertenties waarmee de verzekeraars ieder jaar in november en december nieuwe klanten proberen te trekken, roepen ons op om vooral kritisch te kiezen: 'Betaal alleen voor wat je nodig hebt.' Verzekeringen waren ooit bedoeld om risico's te spreiden: ik betaal nu mee aan jouw fysiotherapie en later betaal jij voor wat ik nodig heb. Die solidariteitsgedachte is in het huidige stelsel ver te zoeken. Wanneer wij mensen bewust blijven stimuleren om toch vooral hun eigen belangen te behartigen, zal die egoïstische mentaliteit vrees ik doordringen tot de haarvaten van onze samenleving.

De zorg in Nederland is van hoog niveau. Daar mogen we collectief trots op zijn. De keerzijde daarvan is dat de kosten hoog zijn.

Deels kunnen die omlaag door verspilling en ondoelmatigheid te bestrijden. Wat mij betreft bij voorkeur binnen de sector zelf, met de IGZ als collectieve waakhond. Maar we zullen ook moeten erkennen dat hoogwaardige zorg een prijs heeft. We moeten dat de verzekerden zelf ook duidelijk maken.

In dat verband mag er van mij ook onderzocht worden of het stelsel van zorgtoeslagen en (belasting)bijdragen aan de ZVW nog wel redelijk uitpakt. Het is inmiddels wel erg complex geworden. Wie in loondienst jaarlijks minder dan 19.500 euro verdient of bijstandsgerechtigd is, kan door de zorgtoeslag haast gratis verzekerd zijn. Van de 85 euro die de goedkoopste niet-budgetverzekering biedt blijft er namelijk nog maar 7 euro over. Met het verplichte eigen risico van 375 euro kom je als je zorg nodig hebt uit op maximaal 37 euro per maand.

Mensen die hetzelfde inkomen op een andere manier binnenkrijgen, zoals AOW'ers of zzp'ers, betalen daarbovenop de (belasting-)

bijdrage aan de ZVW. Voor 2015 komt dat neer op ruim 940 euro per jaar. Deze groepen zijn ruim 85 euro per maand kwijt en met eigen risico maximaal 109 euro. Dit verschil staat wel erg ver af van de oorspronkelijke gedachte: een basisverzekering voor iedereen, onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde prijs.

Tussentijdse evaluatie

Nog niet zo lang geleden hebben we de parlementaire enquête rond de woningbouwcorporaties gehad. Voordat we verder gaan met het in de markt zetten van publieke goederen zou het, voor wat betreft de zorg, goed zijn als we de procedure eens omdraaien. Niet een enquête achteraf, maar een grondige tussentijdse evaluatie: wat heeft marktwerking in de zorg ons opgeleverd en gekost? Is er wat terechtgekomen van de doelstellingen en waarborgen? En welke neveneffecten zijn er?