



“De ijzersterke coalitie tussen patiënt en zorgaanbieder moet worden doorbroken”

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat tien jaar. Een decennium met veel onterechte kritiek, vindt Wynand van de Ven. “Geen land ter wereld heeft zo'n egalitair zorgstelsel.” Toen Wynand van de Ven vorig jaar afscheid nam als hoogleraar werd zijn leerstoel “Sociale ziektekostenverzekering” ook opgeheven. Van de Ven was de eerste en de enige die het ambt ooit vervulde. Taak volbracht, zorgstelsel klaar? “Welnee, die leerstoel heeft gewoon een andere naam gekregen en we leiden, net als de afgelopen 35 jaar, bestuurders voor de zorgsector op.”

“Het beste zorgstelsel?” luidde vorig jaar de titel van het afscheidscollege van Van de Ven, die nog een deeltijdaanstelling heeft en college geeft. Dat vraagt teken doet vermoeden dat Van de Ven er ook met dertig jaar onderzoekservaring nog niet helemaal uit is. Maar eigenlijk kent hij weinig twijfel. Het Nederlandse zorgstelsel is een voorbeeld voor de wereld. “Als ik een keuze moest maken voor een zorgstelsel en ik weet niet van te voren of ik rijk ben of arm, ziek of gezond, dan kies ik voor het Nederlandse stelsel, omdat je hier ongeacht je gezondheid of je inkomen verzekerd bent van goede zorg.”

Nu kun je cynisch zeggen dat de leerstoel van Van de Ven in 1986 werd ingesteld door de voorlopers van de huidige zorgverzekeraars, dus dat hij niet helemaal objectief is. Maar dat gaat voorbij aan het feit dat de leerstoel al twintig jaar een regulier onderdeel is van de faculteit Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. En aan het enthousiasme en het historisch inzicht waarmee de emeritus hoogleraar het huidige stelsel verdedigt. “De zorgverzekeringswet heeft drie geweldig sterke punten. Het is het meest egalitaire stelsel ter wereld, het biedt de consument keuzevrijheid in de zorg én bij zijn verzekering, en het heeft een actieve zorginkoper: de zorgverzekeraar. Veel kritiek op het stelsel is onterecht.”

GETROUWD

“Het oude stelsel met ziekenfondsen en particuliere verzekeraars was veel oneerlijker. De hoge inkomens onttrokken zich eraan doordat ze zich vrijwillig konden verzekeren met een hoog eigen risico. Chronisch zieken waren ‘getrouwd’ met hun verzekeraar. Niemand wilde ze hebben. Dus ze

moesten bij hun verzekeraar blijven, ook al waren ze daar ontevreden over.”

COALITIE

“De overheid was verantwoordelijk voor de zorginkoop en moest het macrobudget voor de zorg bewaken. Dat lukte niet. Er waren lange wachtlijsten en die werden door de rechter als onrechtmatig beschouwd. Je moest in het buitenland naar het ziekenhuis kunnen en dat moest dan óók vergoed worden. De overheid slaagde er niet in de ijzersterke coalitie tussen patiënt en zorgaanbieder te doorbreken. Dat is noodzakelijk als je de kosten in de hand wilt houden, want geen van beiden heeft er enig belang bij om op de kosten te letten.”

VOORKRUIPZORG

“In het huidige zorgstelsel worden rijk en arm op precies dezelfde wijze behandeld. Het verschil tussen gezond en ongezond is maximaal 385 euro: de hoogte van het eigen risico. Nieuwe medische technologie wordt snel opgenomen in het basispakket, dat een breed scala aan voor iedereen betaalbare zorg biedt. We hebben de laagste eigen betalingen aan de zorg van alle rijke landen. Anders dan in veel landen met een nationaal gezondheidsfonds, zoals Groot-Brittannië, bestaat er in Nederland geen voorkruipzorg voor de rijken. Arm en rijk staan op dezelfde wachtlijst. Ik vind die egalitaire zorg een enorme verworvenheid. In veel landen gaan mensen failliet als ze ernstig ziek worden vanwege de hoge zorgkosten. Daar geldt een systeem van no pay, no cure. Dat is in Nederland onmogelijk.”

EEN PINAPPARAAT OP DE POLIKLINIEK. WAAROM NIET?

ZWAKHEDEN

“Natuurlijk zitten er zwakheden in het systeem. We hebben honderdduizenden mensen die hun zorgpremie niet betalen, terwijl ze wel gewoon zorgtoeslag krijgen. Dat hebben we helemaal verkeerd opgezet. Die toeslag zou meteen van de premie moeten worden afgetrokken. Nu geven mensen het aan andere dingen dan zorg uit. En het eigen risico kan ook slimmer worden vormgegeven. Nu ga je bij één behandeling door het eigen risico heen en is er geen prikkel meer om op de kosten te letten. We moeten naar een systeem waarin je vaker en langduriger met eigen betalingen wordt geconfronteerd. Een tientje voor medicijnen, honderd euro bij een ziekenhuisopname, vijftig euro bij verwijzing naar een specialist. Mensen moeten er steeds van doordrongen worden dat zorg geld kost. Een pinapparaat op de polikliniek. Waarom niet?”

KEUZEVRIJHEID

“Dat we keuzevrijheid hebben in de zorg is fantastisch. Burgers kunnen kiezen tussen verzekeraars en tussen polissen. We hebben vier grote verzekeraars en vijf kleine. Dat moeten er zeker niet minder worden, dat



gevaar dreigt. Er is een beperkt aantal mensen dat geregeld van verzekeraar switcht, maar het zijn er voldoende om verzekeraars scherp te houden, om ze te dwingen goede zorg te bieden voor een goede prijs. Natuurlijk, de zorg in de basisverzekering is voor iedereen hetzelfde, maar binnen dat pakket kun je als verzekeraar spelen, en heb je dus als consument iets te kiezen. Je kunt sommige vormen van zorg uit het eigen risico halen, en voorwaarden voor de zorg aanpassen.”

VERMOGENSPOSITIE

“De vermogens van de zorgverzekeraars zijn geen indicator dat de concurrentie niet werkt. De vermogenspositie laat zich grotendeels verklaren door de solvabiliteitsseisen van toezichthouder DNB. Dat zorgverzekeraars meer reserves aanhouden dan de minimaal verplichte reserves is begrijpelijk. Zodra de reserves minder zijn dan 150 procent van de minimaal vereiste reserves, komt DNB met verscherpt toezicht. De winst van de Nederlandse zorgverzekeraars is sinds 2006 gemiddeld 1,5 procent van de omzet. Internationaal is dat relatief gering.”

BUDGETPOLIS

“Keuzevrijheid wordt door velen verkeerd begrepen. Over de budgetpolis was veel ophef; academische ziekenhuizen werden niet standaard vergoed. Maar feitelijk is het een prachtige vorm van keuzevrijheid. In ruil voor lagere premies kun je in eerste instantie bij gewone ziekenhuizen terecht. Maar als die naar een academisch ziekenhuis verwijzen, kun je daar nog steeds naartoe, volledig vergoed. Het beeld in de media was dat je met een budgetpolis een kat in de zak kocht. Niet waar.”

BRENGPRODUCT

“Verzekeringen zijn een brengproduct, ook zorgverzekeringen. Mensen interesseren zich er niet voor. Ze gaan wel naar de meubelboulevard, maar nooit naar de zorgpolispromenade. Weinig mensen maken gebruik van de keuzemogelijkheden die er zijn.”

ZORGINKOOP

“De consument is niet geschikt als zorginkoper, die heeft er te weinig verstand van. En de overheid heeft decennia lang bewezen dat ze het ook niet goed kan. De zorgverzekeraars kunnen het wel, en dat blijkt ook. Er is een miljard euro verdiend door aanbesteding van de inkoop van hulpmiddelen en generieke medicijnen. Op de vrije verrichtingen is enorme druk op de prijzen ontstaan. Maar zorginkoop is het lastigste onderdeel van het stelsel. Je bent als inkoper altijd de zwarte piet, want je moet beperkingen opleggen. Anders is *the sky the limit*, en dat is onbetaalbaar.”

DBC'S

“Op het terrein van de inkoop is het systeem nog lang niet af. De logica van het apart inkopen van verrichtingen via het stelsel van DBC's (diagnose-behandelcombinaties) spreekt voor zich. Je wilt zorg inkopen bij de partij die de beste kwaliteit kan leveren voor een goede prijs. Dan moet je duidelijke definities hebben van de verrichtingen om ze te kunnen vergelijken. Daar worden forse stappen gemaakt, maar dat gebeurt vooral achter de schermen. CZ zou het liefst alle prostaatoperaties concentreren in twee of drie ziekenhuizen die daar dan ook heel goed in zijn. Dat model bewijst zich in Hamburg. Zilveren Kruis kijkt in overleg met de patiëntenvereniging wie de beste gezondheidszorg bij depressies biedt →



Wynand van de Ven (1950) promoveerde in Leiden op het onderwerp zorgverzekering en econometrie. In 1986 werd hij bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dat werd na tien jaar een gewone leerstoel. Hij was adviseur voor de Wereldbank en de Wereld Gezondheid Organisatie en bestudeerde zorgstelsels en inkoopssystemen over de hele wereld. Hij nam vorig jaar afscheid als hoogleraar, maar doceert nog steeds aan de Erasmus Universiteit.

en wil dan die partijen contracteren. Het begint allemaal te komen, maar het gaat langzaam. Er is een sterke lobby van de zorgaanbieders dat alles vergoed moet worden. En het helpt ook niet dat de financiële sector momenteel door iedereen wordt gewantrouwd."

LUMPSUM

"Dat verzekeraars toch lumpsumafspraken maken met ziekenhuizen is geen goede ontwikkeling. Dat staat haaks op wat je wil. Ik begrijp ook niet precies hoe dat erin is geslopen. Ik vermoed dat het hoofdlijnenakkoord een belangrijke oorzaak is. Toen werd afgesproken om de zorgkostenstijging te beperken. Op zich goed, maar we moeten snel van dat soort afspraken af. Het verzwakt de rol van de zorgverzekeraar als hij specifieke behandelingen wil inkopen bij hierin gespecialiseerde ziekenhuizen."

STERREN

"Of Nederland het beste zorgstelsel ter wereld heeft, durf ik niet te zeggen. Hét beste zorgstelsel dat bestaat niet. Dan moet je ook iets over de kwaliteit zeggen en dat is zeer subjectief; kwaliteit heeft zoveel dimensies. Maar ook daar kunnen we terreinwinst boeken. Dat vereist veel meer transparantie. Over de tarieven, over hoe consumenten de zorg ervaren. Natuurlijk is dat lastig te beoordelen, maar nu weten we veel te weinig. Laat de consument maar gewoon sterren geven voor zijn behandeling."

HINDERPAALCRITERIUM

"Op een aantal punten moeten het stelsel echt beter. De kinderziekten moeten eruit. Het hinderpaalcriterium is een gigantisch probleem. Dat criterium bepaalt dat een consument voor niet-gecontracteerde zorg toch een hoge vergoeding moet krijgen. Daar zijn rechtszaken over geweest. Overigens nooit van patiënten, maar altijd van zorgaanbieders, die alle belang bij dit criterium hebben. Schippers wilde er ook vanaf, maar haar aanpassingsvoorstel sneuvelde bij de Eerste Kamer. Het hinderpaalcriterium komt er op neer dat ook ongecontracteerde zorg altijd vrijwel volledig moet worden vergoed. Daarmee haal je het hele principe van selectief contracteren onderuit. Als de consument toch overal terecht kan en vrijwel volledige vergoeding ontvangt, waarom zou je dan als zorgaanbieder nog contracten met zorgverzekeraars afsluiten?"

VEREVENING

"Ook de verevening van chronisch zieken werkt niet goed genoeg. Chronisch zieken kosten verzekeraars nu geld. Ze krijgen dat weliswaar vergoed via het vereveningsfonds, maar dat kost ze uiteindelijk toch geld. Gevolg is dat verzekeraars proberen te selecteren op risico door zich te richten op gezonde doelgroepen, zoals hoogopgeleiden. Zo lang de verevening niet perfect is, zou het systeem zo moeten zijn dat verzekeraars juist geld moeten bijleggen op elke gezonde klant en geld verdienen met chronisch zieken. Dan hebben ze er baat bij om die juist als klant aan te trekken door voor hen de beste zorg in te kopen."

AWBZ

"De overheveling van AWBZ-zorg naar het zorgverzekeringstelsel was geen goed idee. Ik denk dat dat niet gaat werken. Het gaat om zorg met een hoge voorspelbaarheid en een kleine groep met zeer hoge kosten. Daar is het model van gereguleerde marktwerking niet erg geschikt voor."

STIJGING

"De totale zorgkosten zijn de laatste jaren gestabiliseerd. Dat is mede te danken aan de zorgverzekeringswet. Maar ik verwacht dat de stijging van de kosten zal doorzetten. Door de vergrijzing, door de komst van nieuwe medische technologie en nieuwe medicijnen die hartstikke duur zijn. De enige manier om te voorkomen dat de kosten echt uit de hand lopen is het huidige stelsel verder verbeteren. Zorgen dat de zorgverzekeraar zijn rol als inkoper beter kan uitvoeren en de juiste prikkels hanteren, ook voor consumenten." ■