

## Reactie op discussienota “Zorg voor de toekomst”

### Reactie met aanbevelingen

De consultatie over de discussienota is blijkbaar bedoeld om de kernvraag van de toekomstige contourennota te beantwoorden, hoe we de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen waarborgen. Wat opvalt, is dat het vooral gaat om de financiële houdbaarheid. De toegankelijkheid en de kwaliteit zijn eigenlijk minder aanleiding tot deze nota. De grenzen van betaalbaarheid zijn bereikt. Als we niets doen, *“zijn aanpassingen in de aanspraken en verhoging van het verplichte eigen betalingen van mensen onvermijdelijk”*. Daarbij worden de toenemende zorgvraag, m.n. door leefstijl, de regeldruk en het gebrek aan personeel genoemd als bedreigingen. Dat zijn echter symptomen van een niet goed functionerend zorgstelsel. Een visie hoe zorg er eigenlijk uit zou moeten zien ontbreekt. De fundamentele discussie of de inrichting van het stelsel wel de juiste is om gezondheidszorg te leveren i.p.v. ziektezorg ontbreekt.

Het huidige zorgstelsel met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende zorginstellingen is gebaseerd op de aanname dat concurrentie en samenwerking kunnen samengaan. Zorginstellingen en zorgverleners worden gedwongen elkaar te beconcurreren, maar moeten tegelijkertijd samenwerken in het belang van de patiënt. Zorgverzekeraars hebben de macht gekregen omdat dit goede en goedkopere zorg zou afdwingen; dit kan – zo is de redenering – niet aan zorgaanbieder en patiënt worden overgelaten omdat zij enkel zouden beslissen tot meer zorg en daardoor duurdere zorg. Om de kosten in de hand te houden wordt dan ook gereguleerd, d.w.z. met macrobudgetten en hoofdlijnenakkoorden. De tegenstrijdige combinaties van wantrouwen en vertrouwen, competitie en onder curatele stellen, eigenbelang en gemeenschappelijk belang werken niet.

Het leidt tot een enorm complex en kostbaar stelsel. Een heldere regie is niet mogelijk, omdat de zorg is overgelaten aan elkaar bestrijdende deelbelangen van steeds meer partijen op allerlei niveaus. Daardoor neemt de behoefte te controleren en bij te sturen hand over hand toe. De reguleringskosten lopen uit de hand en maakt de zorg onnodig duur. Het is duidelijk dat het huidige stelsel van “gereguleerde marktwerking” onhoudbaar is.

Patiënten kunnen niet tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben en moeten er zelf steeds meer voor betalen. De onderlinge solidariteit is afgenomen door allerlei kortingen in polissen die andere verzekerden uiteindelijk betalen. Er gaat veel zorggeld in randzaken zitten als verantwoording, marketing en acquisitie – zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Ook is de kwaliteit niet spectaculair verbeterd; in Europa onderscheidt de Nederlandse zorg zich niet meer. Bij de bestrijding van het coronavirus in de tweede golf verkeert Nederland eerder in de achterhoede.

*“Dit vraagt om aanpassingen van alle betrokken partijen: overheid, aanbieders, inkopers en burgers”*. In deze stellingname wordt dus zoals eerder benoemd de organisatie van de zorg zoals die op dit moment is, niet principieel ter discussie gesteld. De zorginkoper heeft blijkbaar al een vaste plek in het systeem. Maar we kunnen een probleem niet oplossen met de denkwijze die het heeft veroorzaakt (Einstein) Als we in dit systeem blijven werken zal de zorg steeds meer vastlopen. Deze nota is gericht op de symptomen van het zorgsysteem en wil die symptomen bestrijden. Een paracetamolletje voor de buikpijn. Maar afvragen waar de buikpijn vandaan komt ontbreekt. De echte diagnose ontbreekt. Is dit stelsel wel geschikt om gezondheid te bevorderen of zijn de voorgestelde maatregelen vooral bedoeld om ziektekosten te beperken?

Een fundamentele verandering is in ieder geval uitgaan van vertrouwen in vakmanschap van zorgverleners. De kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en patiënt is het hart van de zorg. Samenwerking – niet concurrentie – is dé weg naar meer kwaliteit en minder kosten. “Focus op kwaliteit en de kosten zullen dalen. Focus op kosten en de kwaliteit zal dalen”.

De regiefunctie van de zorgverzekeraars is in de curatieve zorg de grootste storende factor in ons zorgsysteem. Zij moeten iets inkopen waar ze geen verstand van hebben, namens iemand (de burger) die ze niet gevraagd hebben wat ie eigenlijk wil op grond van (uitkomst)indicatoren die meestal niet bestaan of slecht werken. De Covid19 crisis maakt dit scherp duidelijk. Er is nergens een zorginkoper geweest die coronazorg heeft ingekocht, toch is en wordt in deze crisissituatie op hoog en intensief niveau zorg geleverd aan burgers door professionele zorgverleners met maximale uitkomsten zonder enige inkoopfactuur. Zorginkopers waren dus overbodig. In de crisis werd de zorg voor zieke burgers teruggebracht tot de kern. Wat heeft deze patiënt nu nodig, hoe kunnen we dat snel, goed en samen organiseren, in vol vertrouwen. Een adagium wat Buurtzorg groot heeft gemaakt en wat in de hele zorg zou moeten gelden. Dat er met name op organisatorisch gebied het nodige mis is gegaan, is vooral te wijten aan onvoldoende en onkundige centrale regie.

En centrale regie betekent niet, dat VWS moet worden uitgebreid om in dat bureaucratische moeras van procedures al die regie te voeren, maar eerder moet inkrimpen en zich beperken tot het uitdragen van een visie. Hoe zou gezondheidszorg georganiseerd moeten worden en wat hebben we daar met zijn allen voor over en voor nodig. De echte regie kan via regionaal of lokaal naar de kleinste zorgeenheid, burger en zorgverlener. VWS telt inmiddels 5000 ambtenaren, het ministerie van volksgezondheid en sociale zaken in Zweden telt 200 werknemers.

Zorg is geen product en kan je eigenlijk niet inkopen. Zorg wordt verleend en later (of bij voorschot) betaald. Hoe precies, dat kan verschillen in diverse echelons. Zorgverzekeraars zijn in dit zorgstelsel ingevoerd om voor zo scherp mogelijk prijs de beste waar voor hun klanten in te kopen. In de zorg heeft dat geleid tot wantrouwen, afschuiven van zorg, onoverzichtelijke en kostbare DBC/DOT declaratiesystemen en door regeldruk afhakende professionals met fors kapitaalverlies. Deze discussienota is een eerste en goede aanzet, maar gaat nog steeds uit van de bestaande structuren en denkwijzen. Daar zullen we de problemen niet mee oplossen.

*“We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd.” (pag 8)*

Bovenstaande zin is denk ik de kern van deze nota. De zorg dient anders georganiseerd te worden, vanuit de relatie zorgverlener-patiënt. Alle organisatie daaromheen moet ten dienste staan van dié relatie. De keuze om dat regionaal te doen, kan goed uitpakken, mits de vereenvoudiging van het stelsel fundamenteel wordt aangepakt en alle schotten en daarmee gepaard gaande regelgeving verdwijnt. Anders wordt het een extra laag en zal het doodbloeden in een kluwen van belangen.

De positie van zorgverzekeraar als inkoper van zorg, hoeder van kwaliteit en verdeler van geld dient daarom ter discussie te staan. Uiteraard is er een doorgeefluik nodig van premie en belastinggeld. Niets minder, en zeker niets meer. Geen zorg “inkopen” voor een scherpe prijs, maar vergoeden van wat er van tevoren is afgesproken. Geen budgetplafonds als onverhoopt de kosten stijgen maar overleg hoe dat op te lossen, met zowel zorgverlener als zorgvragende burger. Uiteindelijk is de burger degene die alles betaald. Burgers beseffen heus wel dat niet alles kan als je ze dat goed uitlegt. En dat is een gezamenlijke taak van de zorgverlener, de premiedoorgever en zeker de

politiek. Als we deze essentiële inrichtingsdiscussie niet voeren is deze discussienota van beperkt belang. Dan blijft het verbouwen van een huis met slechte fundamenten.

Het fundament wat dus zeker herziening behoeft is de positie van de zorgverzekeraars. Zeker de regiefunctie en de zorgplicht, die beiden absoluut onvoldoende zijn. Bij de beleidsoptie regie zorginkopers: Zorg inkopen zou niet meer aan de orde moeten zijn. En regie in de organisatie van zorg zou zich moeten beperken tot het faciliteren van elders afgesproken tarieven.

Tariefonderhandelingen door zorgverzekeraars zijn bij centraal vastgestelde tarieven waarbij een soort COTG onderhandeld met beroepsgroep representatie niet meer nodig. Wel aan de orde is het toelatingsbeleid en monitoring van zorgaanbieders/zorginstellingen in de regio. Hoewel het percentage fraudegevallen in de zorg nog steeds te verwaarlozen is (promillages), biedt de zorg voor kwaadwillenden mogelijkheden om geld te verdienen. Dat in Twente zelfs criminelen de zorg als verdienmodel gebruiken is slechts mogelijk als de controles op toelating van zorginstellingen falen. Daar heeft dus de zorgverzekeraar gefaald.

Zorginstellingen werken – net als nu met een toelating om dat te mogen doen. Die toelating wordt geregeld via een Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Het bieden van kwalitatieve zorg, het voorkomen van te lange wachttijden, een verbod op winstuitkering of doorverkopen van zorg aan onderaannemers en de verplichting alle patiënten te helpen en geen voorrangszorg te creëren, zijn aanpassingen die in de Wtzi zouden moeten plaatsvinden. De toelating komt uiteraard te vervallen als de voorwaarden worden geschonden.

De zorgplicht van zorgverzekeraars wordt niet nagekomen en zou weer moeten veranderen in een contracteerplicht. Regelmatig schuiven ze hun verantwoordelijkheid af. Als in krimpgebieden de huisartsen niet worden opgevolgd vinden ze dat, ondanks hun zorgplicht, niet hun verantwoordelijkheid maar die van de beroepsgroep. Ook in de acute zorgketen wordt hun zorgplicht overgeheveld naar de huisartsendienstenstructuren. En de doorleverplicht van een zorgaanbieder bij het bereiken van een zorgplafond is ook een afschuiven van eigen zorgplicht.

Het is opvallend dat in deze nota wederom het voorstel om artikel 13 af te schaffen opduikt. Het laat eigenlijk zien dat de zorgverzekeraars een grote rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van deze discussienota. Het is dan ook volslagen onnodig om artikel 13 opnieuw te willen schrappen. De burger/patiënt dient te allen tijde vrije zorgverlenerskeuze te hebben. Dat past ook volledig in het idee dat de burger/patiënt de regie functie zouden moeten hebben in de zorg.

Door die vrije zorgverlenerskeuze te beperken lopen een aantal zaken gevaar:

- De toegankelijkheid van de zorg loopt gevaar als niet elke Nederlandse burger meer mag(kan) kiezen voor de gewenste hulpverlener. De tweedeling in de zorg nu al gaande is zal verergeren.
- De gezondheidskloof tussen arm en rijk zal groter worden. Nu al zijn armere Nederlanders 14 jaar langer ziek en overlijden 7 jaar eerder dan de rijkere Nederlanders. Door het bieden van budgetpolissen zonder vrije keuze wordt ons verzekeringsstelsel, gebaseerd op solidariteit, op de tocht gezet en dat is onacceptabel.
- Kwaliteit van de zorg begint bij de vrije keuze van een patiënt en zal dus verslechteren. Effect van de behandeling staat of valt met een goede behandelrelatie. Een patiënt met eigen regie kiest zijn eigen behandelaar en stelt daar vertrouwen in. Een “toegewezen” behandelaar verlaagt de kwaliteit van zorg.
- Het aanbod in de zorg zal verschromelen. Als zorgverzekeraars geen contracteerplicht hebben en hun zorgplicht niet nakomen, dan zullen vernieuwing en innovatie in de kiem worden gesmoord. Bijkomend effect daarbij is, dat de zuivere restitutiepolis inmiddels is verdwenen.

- De zorg zal duurder worden. Burgers weten bij afsluiten van een polis niet welke zorg ze het komende jaar nodig zullen hebben. Dit vereist keuzevrijheid. Als die er niet is, bestaat gevaar van uitstel van zorg. Dat gebeurt nu al, en zal alleen maar erger worden. Uiteindelijk zal de patiënt een slechtere gezondheid hebben en meer kosten genereren.
- Kleinschalige zorg, dicht in de buurt, loopt gevaar, doordat zorgverzekeraars liever met grootschalige instituties (goedkopere) contracten zal afsluiten.
- De patiënt verdient bescherming tegen de Zorgverzekeraar. Elke burger is verplicht zich te verzekeren. Hij/zij mag verwachten daarvoor zorg geleverd te krijgen. En niet geconfronteerd te worden met een omzetplafond. Of met slechts voor een deel betaalde rekeningen doordat zorgverzekeraars onder de maximum tarieven vergoeden. Of doordat de zorgverzekeraar inhoudelijk de behandeling gaat meebepalen.
- Het ongelijke speelveld tussen de zorgvragende burger, de zorgverlener en de zorgverzekeraar raakt nog verder ontregeld. De patiënt die centraal zou moeten staan komt steeds verder buitenspel te staan. Artsen zweren een eed ... "Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving".
- Verzekeraars zweren geen eed en hoeven zich dus ook niet aan die inhoud te houden. Zij hebben slechts een financieel belang. In de VS bepaalt de zorgverzekeraar of en hoe er zorg verleend mag worden. Dat zouden we hier niet moeten willen.

Afschaffen van artikel 13 en beperking van de vrije zorgverlenerskeuze is dus een van de slechtste ideeën uit deze discussienota. Het persbericht over het manifest wat destijds in 2014 bijna een kabinetscrisis veroorzaakte sluit ik nog even ter illustratie bij. Bij zoveel maatschappelijke weerstand zou het ter discussie stellen van artikel 13 eigenlijk niet meer mogen voorkomen, zolang de huidige ZVW geldig is.

H.Suichies, actiecomité Vrije zorgverlenerskeuze

## PERSBERICHT

*Senaat neemt manifest over 'ondeugdelijk' wetsvoorstel in ontvangst*

### **Veertigtal maatschappelijke organisaties naar Eerste Kamer voor behoud vrije artsenkeuze**

**Utrecht, 5 december 2014. De Eerste Kamer neemt maandag 8 december een manifest in ontvangst over het behoud van vrije artsenkeuze. Veertig maatschappelijke organisaties roepen de senatoren op vrije keuze in de zorg te behouden. De Eerste Kamer debatteert op 8 en 9 december over het wetsvoorstel dat vrijheid van burgers beperkt zelf hun arts, zorgverlener of zorginstelling te kiezen.**

Het manifest voor behoud van vrije keuze in de zorg wordt ondersteund door ruim veertig maatschappelijke organisaties, die samen ruim 5,5 miljoen Nederlanders vertegenwoordigen. Partijen als de Consumentenbond, zorgverzekeraars, Abvakabo FNV, VvAA, een groot deel van de patiëntenorganisaties waaronder Iederin en het Reumafonds, Cliëntenraden, organisaties zoals LOC en LpGGZ en zorgverleners zoals KNMT en VPHuisartsen. Deze organisaties maken zich gezamenlijk grote zorgen over de voorgenomen wijziging. Zij menen dat hier een onjuiste en ondeugdelijke beslissing wordt genomen waarvan Nederlandse consumenten en patiënten de dupe dreigen te

worden. Ook tekenden bijna 160 duizend Nederlanders persoonlijk de petitie van de organisaties. De Eerste Kamer-commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport debatteert op 8 en 9 december over het wetsvoorstel om vrije keuze in te perken. Het voorstel wordt op 15 december in stemming gebracht.

### **Waar de Eerste Kamer over stemt**

Het wetsvoorstel betreft het beperken van vrije artskeuze. Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgverleners. Als een patiënt naar een behandelaar gaat met wie zijn zorgverzekeraar geen contract heeft, moet de zorgverzekeraar nu tóch zo'n 80 procent van de kosten vergoeden. Dit geldt voor verzekerden met een naturaverzekering, wat het overgrote deel van de Nederlanders heeft. Als de Eerste Kamer akkoord gaat met het wetsvoorstel van minister Schippers hoeven zorgverzekeraars vanaf 2016 níets meer te vergoeden als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

### **Solidariteit onder druk**

Als de senatoren akkoord gaan, vervalt voor alle Nederlandse burgers het recht om zelf een arts, zorgverlener of zorginstelling te kiezen. Die keuze kan en zal dan worden beperkt door de zorgverzekeraar. Volgens de organisaties zet dat de solidariteit tussen ziek en gezond en arm en rijk verder onder druk. In het manifest lichten de partijen toe waarom het afschaffen van vrijeartskeuze een onjuiste beslissing is:

- Democratische grondbeginselen worden geschonden.
- De macht in de zorg komt in handen van vier, private, partijen: de zorgverzekeraars
- Er is geen solide financiële onderbouwing voor het wetsvoorstel.
- Voorwaarden van de wetwijzigingen zoals afgesproken in de Tweede Kamer kunnen niet worden uitgevoerd.
- Deugdelijkheid van het voorstel - ook in een Europese context - staat ter discussie.

### **Verzet groeit**

Diverse partijen voeren al enige tijd campagne voor het behoud van vrije keuze in de zorg. Eerder dit jaar nam Helma Neppérus, voorzitter van de vaste Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 130.000 handtekeningen in ontvangst en riepen de organisaties senatoren op 'geschiedenis te schrijven' en een stokje te steken voor de afschaffing van de vrije artskeuze. Sinds oktober van dit jaar is de campagne geïntensiveerd en hebben steeds meer maatschappelijke organisaties zich aangesloten of zelf hun bezwaren bij de Eerste Kamer kenbaar gemaakt.

### **Niet voor publicatie**

---

Voor meer informatie: [www.vvaa.nl/manifest](http://www.vvaa.nl/manifest)

U bent van harte welkom bij de overhandiging van het manifest aan de leden van de Eerste Kamer. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met

**Wat:** aanbieden manifest aan leden Eerste Kamer.

**Wie:** veertig maatschappelijke organisaties, waaronder **lederin**, De Consumentenbond, Vvaa en Abvakabo FNV.

**Wanneer:** maandag 8 december.

**Waar:** Eerste Kamer der Staten-Generaal, Binnenhof 21-23, 2513 AA Den Haag.

