

# VRIJHEID ONDER VOORWAARDEN

*Hans Hoogervorst over de nieuwe zorgverzekering*

Als in 2006 de zorgverzekeringswet van kracht wordt, functioneert de zorg weer een beetje meer marktconform. Dat neemt niet weg dat op het gebied van de gezondheidszorg VWS een dikke vinger in de pap houdt.

HENK MAASSEN  
BEN V.M. CRUL

**H**ans Hoogervorst blijft de baas. Ook na invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet bepaalt hij als minister van VWS, zoals hij zelf zegt, 'nog ontzettend veel'. In zijn ruime werkkamer noemt hij op staccato toon een paar van de gebieden waarop zijn zeggenschap onverkort groot blijft: 'De inhoud van het basispakket, de acceptatieplicht, een heel groot aantal tarieven.'

Toch krijgen de spelers in het veld meer vrijheid. Het nieuwe verzekeringsstelsel dat op 1 januari 2006 in werking moet treden, wacht nog een laatste hindernis: de Senaat. De VVD-minister heeft er het volste vertrouwen in dat hij de senatoren kan overtuigen, maar 'we weten ook allemaal dat het niet steeds voorspelbaar is wat de Eerste Kamer gaat doen.' Momenteel ligt de invoering op schema, alleen de overgang van de kortdurende psychiatrische hulp van AWBZ naar de nieuwe zorgverzekering zal volgend jaar enig respijt krijgen.

Gaat het allemaal naar verwachting, dan is hij tevreden. 'We hebben een uniek systeem', zegt Hoogervorst, 'met concurrerende verzekeraars van wie de meesten hun oorspronkelijke sociale doelstelling zullen houden. Ze veranderen van betaalmachines in organisaties die op de kosten letten. Dat vind je niet in Frankrijk of Engeland.' Hij maakt ook graag de vergelijking met de uitvoering van de



BEELDEN: HANS OOSTRUM

huidige AWBZ: 'Dat is een activiteit van dezelfde verzekeraars, maar zonder dat de risicodragend en concurrerend zijn. En zie wat er gebeurt: de kosten exploderen.' Geen wonder dat hij verwacht dat de zorgverzekeraars de zorgaanbieders scherp zullen houden. Er verschijnt een spottende glimlach op zijn gezicht: 'Ze zijn nu al de boeman van alle zorgaanbieders. Dat is een teken dat het stelsel werkt.'

Dat het werkt, heeft ook nog een andere reden: 'Het nieuwe systeem is niet het resultaat van een revolutie, maar van evolutie. Had ik dit stelsel helemaal vanuit het niets moeten creëren, dan had ik het nooit zo bedacht. Maar het is sui generis totstandgekomen. Met veel afzonderlijke elementen hebben we de afgelopen tien jaar al goede ervaringen opgedaan. We hebben al concurrerende sociale zorgverzekeraars die weliswaar geen winst maken maar wel hun reserves moeten opbouwen. We hebben al een vereveningsfonds. We hebben al acceptatieplicht.' Ook over de haalbaarheid van concurrentie tussen verzekeraars twijfelt hij geen moment: 'Hun aantal zal de komende jaren teruglopen, maar zelfs met minder dan tien zorgverzekeraars kun je nog voldoende concurrentie hebben.'

#### SPOOKBEELD

Dat één van de gevolgen van het nieuwe systeem zal zijn dat een huisarts voortaan moet vragen aan een patiënt welke zorgpolis hij heeft, alvorens te bepalen naar welke medisch specialist of ziekenhuis hij hem kan doorverwijzen, noemt de minister 'een spookbeeld'. 'Het kan best zijn dat een arts zijn patiënt erop moet wijzen nog eens goed te kijken naar de polisvoorwaarden. Maar in de praktijk zullen zorgverzekeraars breed contracteren. Dat doen ze bewust. Ze weten dat er een nieuwe situatie aankomt en dus willen ze hun polishouders niet overvallen met een hele selectieve contractering. Grote zorgverzekeraars zullen echt niet slechts één ziekenhuis in hun omgeving contracteren. Misschien zullen ze één ziekenhuis niét contracteren, omdat die geen fatsoenlijke prijs wil bieden.'

Inderdaad, de wat agressievere verzekeraars, zoals CZ, zullen het wat anders aanpakken. 'Voornamelijk via positieve prikkels zullen ze trachten hun verzekerden in een bepaalde richting te sturen. Het is duidelijk dat de kosten van heup- en knieoperaties honderden euro's

verschillen. Van CZ mag je best naar de dokter of het ziekenhuis van je eigen keuze, maar als je naar de ZBC gaat met wie zij een goed contract hebben afgesloten voor een knieoperatie, krijg je honderd euro toe.'

#### BENAUWD

Van patiënten c.q. consumenten wordt sowieso veel verwacht: zij moeten tijdig met de voeten gaan stemmen. Hoogervorst: 'Maar dat betekent niet dat 10 procent per jaar van verzekeraar moet wisselen. Dat zou vreselijk kostenverhogend werken. Een paar procent is voldoende. Verzekeraars zijn daar al flink benauwd voor. Ze maken niet voor niets veel reclame.' Hij weet dat het om tientallen miljoenen gaat. 'Maar op het totaal is dat niet veel.'

Ook een ander mogelijk gevolg van het nieuwe stelsel, namelijk dat verzekeraars op termijn uitsluitend op restitutiebasis (zoals nu bij particuliere patiënten, *red.*) gaan werken, acht hij zeer onwaarschijnlijk. 'Misschien komen er wel een paar. Maar mijn verwachting is toch dat naturapolissen (zoals bij het huidige ziekenfonds, *red.*) vanwege de grote administratieve en kostenvoordelen zullen overheersen.'

De vrees dat de huisarts-patiëntrelatie onder druk komt te staan door die restitutiepolissen en doordat de inschrijving op naam zal verdwijnen, heeft Hoogervorst dan ook hogelijk verbaasd. Van het laatste is helemaal geen sprake en over het eerste merkt hij op: 'De meeste

van de wet. Ik verwacht dat er daardoor vooral een verschuiving gaat ontstaan van de tweede naar de eerste lijn. Kijk hoe verzekeraar Agis de diabeteszorg heeft georganiseerd in Amsterdam, door delen van de ziekenhuiszorg naar de eerste lijn te halen.'

Hoogervorst beseft dat een verzekeraar patiënten kan verplichten eerst een bedrijfsarts te consulteren, voordat ze naar hun huisarts gaan. 'Maar dat is de afdeling maatwerk. Het doet niets af aan het feit dat huisartsen de spil in de eerste lijn blijven. Die positie is ook in het belang van de zorgverzekeraars.'

#### KEUZEVRIJHEID

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht, stelt Hoogervorst met nadruk, dus moet hij voor verzekerden met een naturapolis voldoende aanbod contracteren. Dat waarborgt ook de keuzevrijheid van verzekerden binnen het beschikbare zorgaanbod. Ook als de ziektekostenverzekeraar onverhoopt geen contract heeft met een specifieke zorgaanbieder, kun je toch naar de dokter van eigen keuze gaan. Al zal de verzekeraar dan aan de vergoeding een zekere limiet stellen. Logisch, vindt Hoogervorst: 'Zou die vergoeding volledig zijn, dan heeft het aanbieden van polissen met gecontracteerde zorg geen zin. Het tegenwicht dat zorgverzekeraars door inkoopcontracten aan zorgaanbieders kunnen geven, zou dan niet van de grond komen.'

Het is natuurlijk mogelijk dat een patiënt een specifieke zorgaanbieder

## ***'Ik verwacht dat er een verschuiving ontstaat van de tweede naar de eerste lijn'***

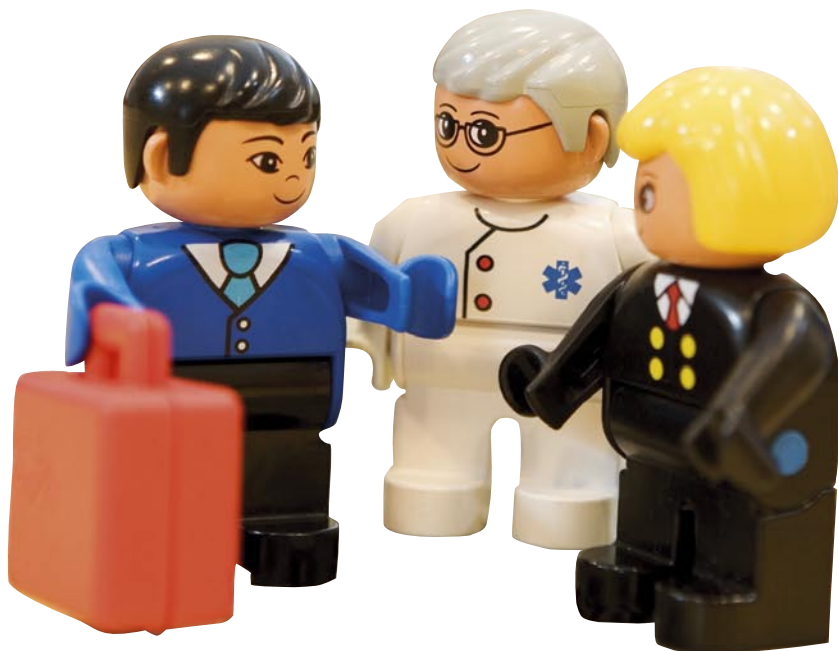
Nederlanders zijn ontzettend blij dat ze een huisarts hebben. De krapte van het aantal huisartsen mag nu even voorbij zijn, maar toch: shoppen van huisarts naar huisarts, dat is niet gemakkelijk.'

*Zorg is in de nieuwe wet functioneel omschreven. Het gaat om de soort zorg, niet om de beroepsbeoefenaar die de zorg levert. Verwijzen en voorschrijven van medicijnen in de eerste lijn kan dan bijvoorbeeld door anderen dan de huisarts gebeuren, mits zij over de juiste kwalificaties beschikken.*

'Functionele omschrijving van zorg behoort tot de essentiële systematiek

dringend nodig heeft, simpelweg omdat er geen ander is die de bewuste zorg kan leveren. De minister vindt het vooral theorie. 'Het zal in zulke gevallen vrijwel altijd gaan om een type zorg dat niet aan marktwerking onderhevig is. Maar goed, er zal heus wel eens frictie ontstaan. De meeste zorgverzekeraars zijn behoorlijk klantgeoriënteerd, dus die vinden voor zo'n moeilijk geval vast wel een oplossing. Voor mij staat één ding voorop: stem je wetgeving nooit af op de moeilijkste gevallen. Anders kun je nooit iets veranderen. Het gaat mij om de grote bulk, zeker in een vergrijzende samenleving als de onze. Diabeteszorg, heup-

>>



<< en knieoperaties, staaroperaties, dat is allemaal supergeprotocolleerde zorg, waar je door specialisatie aan kwaliteit en doelmatigheid kunt winnen. Dat is wat ik met de nieuwe wet wil bereiken.

*Maar neem nu de patiënt die zich meldt met pijn op de borst, in een ziekenhuis waarmee zijn verzekeraar geen contract heeft. Blijkt het acute zorg te zijn, dan krijgt hij de kosten volledig vergoed. Is het echter niet-spoedeisend, dan moet hij bijbetalen.*

Op een wat vermoeide toon: 'Ja, dat is zo. Maar de situatie verschilt in het nieuwe stelsel niet wezenlijk van de huidige, waar we in noodgevallen het pas-santentarium kennen. En tot het maximum van de no-claim betaalt de patiënt ook nu al zelf. Verder wil ik nog wel even zeggen dat je bij pijn op de borst in eerste instantie niet naar het ziekenhuis, maar naar een huisarts gaat. Die beoordeelt of er sprake is van spoed.'

*Nog zo'n netelige kwestie: onverzekerden. Vanaf volgend jaar moet iedereen zijn eigen verzekering regelen. Ook mensen met een uitkering, die dat niet gewend zijn. Het aantal onverzekerden zal stijgen, de dokter heeft er een probleem bij.*

'Bedenk wel dat deze mensen ook nu al hun nominale premie moeten betalen. Maar ik geef toe dat het aantal onverzekerden - nu 360.000 - geleidelijk stijgt. En dat het risico van wanbetaling en niet-verzekerd zijn in het nieuwe systeem wat groter is. De oude regelingen, zoals het illegalenfonds, waarmee we deze proble-

matiek in de eerste lijn en in de ziekenhuiszorg opvangen, blijven daarom voorlopig van kracht.'

#### VEREVENING

Verzekeraars hebben en houden acceptatieplicht. Vandaar de noodzaak om slechte risico's via risicoverevening te compenseren. Voor de berekening daarvan zijn medische gegevens noodzakelijk. Daar-

### ***'De acceptatieplicht voorkomt dat verzekeraars zich toeleggen op bepaalde patiëntengroepen'***

bij gaat het om geaggregeerde informatie (zoals sociaal-economische en gezondheidsstatus), die onder andere is af te leiden uit postcodes. Andere data komen gecodeerd van apothekers, van Prismant (de Landelijke Medische Registratie of LMR) of zijn gebaseerd op de schadegegevens van verzekeraars. Al die gegevens worden door een onderzoeksbureau aan elkaar gekoppeld en zijn niet tot personen te herleiden. In deze systematiek zal niet veel veranderen. Hoewel het wel de bedoeling is dat DBC's nu de functie van de LMR gaan overnemen.

Voorlopig hoeven huisartsen geen medische indicaties op hun declaraties te vermelden. Ook hoeven ze, aldus Hoogervorst, vooralsnog geen sofinummers van hun patiënten te noteren. Maar als op 1 januari 2006 het zogeheten burgerservicenummer (de opvolger van het sofinummer) een feit is, moet elektronische

gegevensuitwisseling over patiënten via dat nummer gaan.

In ieder geval zijn er ook nu al geen wettelijke beperkingen om dat soort gegevens te verstrekken, zegt Hoogervorst: 'Een zorgaanbieder die gezondheidsgegevens van patiënten aan een zorgverzekeraar verstrekt die voor de verzekeraar noodzakelijk zijn om zijn zorgverzekeringen uit te voeren, handelt niet in strijd met zijn medisch beroepsgeheim.'

*Laten we kijken naar de financiële kant van de zaak. Een verzekeraar kan denken: via de verevening krijg ik voor diabetici meer geld terug dan het mij kost. Dan is het dus zaak artsen de diagnose zo snel mogelijk te laten stellen. Hij kan ook omgekeerd redeneren en moeilijke gevallen proberen te weren.*

'De verzekeraar kan uiteraard trachten doelmatigheidswinst te behalen op zijn aanbod van diabeteszorg. Zie nogmaals het voorbeeld van Agis. Maar het is niet gemakkelijk om je als zorgverzekeraar op bepaalde categorieën van patiënten toe te leggen. Je hebt immers acceptatieplicht. De aanvullende verzekering biedt misschien een mogelijkheid. Maar ook die wordt in hoge mate zonder risicoselectie aangeboden en omvat slechts 5 procent van het totale pakket.

Het zal doorgaans niet de moeite waard zijn om daar een zwaar administratief apparaat op te zetten.'

*Met die verevening komt ook Europa in beeld. Sommigen vrezen dat de Europese rechter verevening als ongeoorloofde staatssteun zal bestempelen en dat de nieuwe wet dankzij eisen als acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie sowieso niet Europaproof zal blijken te zijn.*

'Zorgverzekeringen vallen in Europa onder de richtlijnen van private verzekeringen, terwijl wij nogal wat sociale eisen stellen aan het systeem. De vraag was en is: zijn beide met elkaar te rijmen. Voormalig eurocommissaris Bolkestein heeft gezegd daarin geen probleem te zien. Zijn redenering hebben we zwart op wit. Ik verwacht daarom geen problemen. Maar garanties bestaan niet. De Europese rechter, mocht het toch tot een zaak komen,

zal in ieder geval rekening moeten houden met die brief van de eurocommissaris.'

*De Zorgverzekeringswet voorziet erin dat winst mag worden gemaakt en aan derden mag worden uitgekeerd. Premier Balkenende zei onlangs in MC dat die winst weer in de zorg moet worden geïnvesteerd.*

Hoogervorst zwijgt even, dan: 'Die kwestie is beladen met veel emotie.' Gedecideerd gaat hij verder: 'Kijk nuchter naar de feiten. De farmaceutische industrie, de hulpmiddelbedrijven, schoonmaakbedrijven, banken, medisch specialisten die fiscaal als ondernemers beschouwd willen worden, de ZBC's die vaak activiteiten uitbesteden aan BV's waar specialisten inzitten: overal in de zorg wordt winst gemaakt en dat geld vloeit ook nu lang niet altijd terug naar de zorg.'

#### SYMPTOOMBESTRIJDING

Oogmerk van het nieuwe zorgstelsel is kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering. Het is uitentreuren verkondigd. Maar lang niet iedereen is ervan overtuigd dat hervorming van het stelsel het beste middel is om tot beheersing van de kosten te komen. Het zou

symptoombestrijding zijn, want de ware oorzaak van de kostenstijging blijft buiten schot. De vruchten van de technisch-wetenschappelijke vooruitgang blijven hun weg naar kliniek en patiënt vinden en zullen daardoor de kosten blijven opjagen.

Hoogervorst knikt. Hij weet ook wel dat de zorg nooit een normale markt wordt. 'In de zin van consumenten die de producenten binnen de bestaande concurrentieverhoudingen dwingen tot het zo goedkoop en doelmatig mogelijk fabriceren van de gewenste producten. Dure zorg kun je ook niet zomaar uit het pakket verwijderen. Dat geeft de zorgaanbieder een ongekende macht. Ik merk wel dat waar ik de vrijheid heb genomen wat zaken uit het basispakket te halen - zelfzorgmedicijnen, de jongensbesnijdenis - het meteen een stuk goedkoper werd.'

*Moet je evident dure zorg altijd vergoeden?*

De minister leunt achterover. Op bedachtzame toon: 'We moeten heel goed nadenken over wat wel en niet moet - een vraag die interessant genoeg ook door de PvdA in de Tweede Kamer is opgeworpen. Is het verantwoord 30.000 euro uit te geven aan drie maanden levenswinst,

terwijl ik ondertussen een schijntje uitgeef aan preventie? Theoretisch heb ik veel medestanders. Maar op het moment dat ik daarover besluiten zou nemen, verschijnen er ongetwijfeld een heleboel zielige gevallen in Nova. Het is een discussie die steeds weer opduikt. Dunning heeft er destijds een mooie trechter voor bedacht. Het eerste wat ik vroeg toen ik hier op het ministerie kwam was: wat vond Dunning dat er wel en niet in het pakket thuishoorde. Maar daar was geen antwoord op geformuleerd. Hij had nooit wat door die trechter laten lopen. Ik heb de Kamer beloofd een notitie te schrijven over dure medicijnen en ik denk dat mijn conclusie zal zijn dat we zeker zo'n exercitie moeten gaan ondernemen. In de tweede helft van mijn ministerschap moet ik dat in de steigers zetten. De discussie ligt overigens overal moeilijk, heb ik gemerkt. Ook internationaal heb ik weinig aanknopingspunten.' ■

Het wetsvoorstel, links en verdere informatie kunt u vinden via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).



## PRAKTIJKPERIKEL

### Vaderschap



*Klaas, een stevige 26-jarige timmerman, aarzelt nog wat met het recept voor zijn hoest-drankje in de hand.*

*'Zeg dokter, Bep en ik zijn nu al een jaar bij elkaar en er komt steeds geen kindje. Kunt u niet eens nakijken of bij mij alles... je*

*weet wel..., in orde is?'*

*Ik antwoord: 'Maar bij je vorige vriendin heb je toch een dochtertje? Dan is dat toch oké?'*

*'Ja, maar wie zegt dat dat kind van mij is?'*

*Daar had ik even niet aan gedacht. Dus krijgt hij een*

*potje mee om dat gevuld weer op het spreekuur af te geven.*

*Na een week geeft een mij onbekende jonge vrouw een potje met het kostbare vocht af aan de balie. Een korte blik door de microscoop leert dat er in ieder geval ruim voldoende spermatozoön rondzwemmen. Even heb ik het moeilijk met het beroepsgeheim, maar blijkbaar vertrouwt Klaas zijn vriendin voldoende om het potje aan haar mee te geven, dus durf ik haar te vertellen: 'Zeg maar tegen Klaas dat alles oké is!'*

*En ik denk erbij: als het tenminste van hem is. ■*

*De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).*