

ZN-voorzitter André Rouvoet wil af van gepolariseerde sfeer in zorgdebat

‘Onze winst is goed voor premiebetaler’

Henk Maassen en
Hans van Santen

Beeld: Nout Steenkamp

De ouderenzorg hoort, anders dan het kabinet wil, in zijn geheel in de Zorgverzekeringswet, vindt ZN-voorzitter André Rouvoet. Restitutiepolissen blijven en praktijkvariatie is nooit helemaal uit te bannen. ‘De professionaliteit van de arts bepaalt dat niet iedereen in dezelfde mal moet.’

Op de kop af een jaar geleden werd hij voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN): André Rouvoet, oud-fractieleader van de ChristenUnie, en oud-minister voor Jeugd en Gezin. Het eerste onderwerp dat we aansnijden in zijn werkkamer bij ZN in Zeist – het vernieuwde elektronisch patiëntendossier (epd) – blijkt een paar uur later nog steeds tot commotie te leiden: in de regio Amsterdam en Almere verwerpen huisartsen het Landelijk Schakelpunt (LSP). Ze hebben twijfels over de veiligheid van het systeem. Eerder vreesden artsen dat zorgverzekeraars hen zouden dwingen om aan het LSP mee te doen, via de contracten die zij jaarlijks met verzekeraars moeten sluiten of via de beroepsnormen waaraan zij moeten voldoen en waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houdt.

Rouvoet zegt daarover: ‘Het LSP is van de zorgaanbieders, niet van ons. Het kan ook zonder digitale gegevensopslag: de arts kan terug naar zijn kaartenbak. Maar snelle uitwisseling van informatie met andere behandelaars komt dan op de tocht te staan. Dat is niet in het belang van de patiënt. Wij geven daarom financiële steun: 75 miljoen euro voor de komende drie jaar. Maar verder blijven we weg van de invulling. Met de overgang naar het Landelijk Schakelpunt – en dat is echt wat anders dan het epd – is hardnekkig blijven rondzingen dat informatie in een centrale bak komt. Dat is niet zo, maar dat krijgen we er niet uit. En ik benadruk nogmaals: wij hebben geen toegang, wij krijgen

geen toegang en wij willen geen toegang. En er is geen sprake van verplichte aansluiting.’

Pikant detail

Zakelijk, to the point, snel en soms diplomatiek beantwoordt André Rouvoet binnen het uur vragen over nog een handvol heikele kwesties. De ouderenzorg is er één van. Vorig jaar zei Rouvoet dat de zorgverzekeraars de ouderenzorg zelf ter hand zouden moeten nemen en dat die dus niet moest worden overgeheveld van de AWBZ naar de gemeenten, maar naar de Zorgverzekeringswet. Volgens hem konden verzekeraars dat beter, efficiënter en goedkoper. Hij vindt dat nog steeds: ‘Ja, ouderenzorg moet je houden in de sfeer van verzekerde aanspraken en niet aan de gemeenten overlaten, die toch al geweldige budgettaire problemen zullen krijgen. Wij kiezen voor integrale ouderenzorg en wij staan daarin niet alleen. Ik herinner eraan dat veertien partijen in de zorg – aanbieders, patiënten, cliënten, verzekeraars – op die lijn zitten en dit hebben vastgelegd in de ‘Agenda voor de zorg’. Onder – pikant detail – de bezielende leiding van de huidige staatssecretaris Martin van Rijn adviseerden zij op zorginhoudelijke gronden voordat het regeerakkoord een feit was om de ouderenzorg niet op te splitsen. Je kan dan ook veel beter sturen op kwaliteit.’

Zoals het er nu naar uitziet wordt intramurale zorg een landelijke voorziening (AWBZ), gaat extramurale zorg naar de gemeenten en de extra-



André Rouvoet, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland: 'Kostenbeheersing bereik je door onnodige zorg en overbehandeling te voorkomen.'

'Ouderenzorg moet je niet aan gemeenten overlaten'

murale verpleging naar de zorgverzekeraars. Zal er dan geen druk ontstaan op die intramurale zorg?

'Als de verantwoordelijkheid voor patiënten met zzp 1 tot en met 4 (zzp staat voor zorgzwaartepakket, red.) straks bij de gemeenten ligt, en patiënten met zzp 5 komen in de landelijke voorziening, kan er opwaartse druk ontstaan: de verleiding om patiënten in een hogere zzp in te delen. We moeten voorkomen dat er een grijs gebied ontstaat, want de Nederlandse Zorgautoriteit tikt mijn leden op de vingers als ze zorg vergoeden die niet binnen de aanspraken valt. De

vraag is: kun je dat grijze gebied voorkomen als je gaat knippen tussen verpleging en verzorging of binnen de verzorging?'

Zegt u eigenlijk: dat kan niet?

'Dat hangt van de staatssecretaris af. Hij moet zeer goed en duidelijk afbakenen wat binnen en wat buiten het verzekerde pakket valt. Dat moet echt voor de volle 100 procent helder zijn.

Maar het is zonder twijfel het beste om de hele verpleging en verzorging onder te brengen in de Zorgverzekeringswet.'

Staatssecretaris Van Rijn heeft eind november vorig jaar overleg gevoerd met een groot aantal zorgpartijen, waaronder de zorgverzekeraars, over de hervorming van de langdurige zorg. Er is afgesproken om tot een gezamenlijke visie te komen. Wanneer is die er?

'We hebben bijna iedere week overleg. Van Rijn staat op het punt een ei te leggen. De vraag is of we daarmee tevreden zullen zijn. Ik put wat dat betreft enige hoop uit de brief van de minister en de staatssecretaris aan de Tweede Kamer waarin ze met zoveel woorden zeggen dat het ook anders kan dan in het regeerakkoord is afgesproken. Als de financiële doelstellingen maar worden gehaald. Daar zit dus ruimte. Van Rijn weet van mij dat de zorgverzekeraars willen meewerken aan een goede ordening van de langdurige zorg. Maar goed, als straks de conclusie is dat we het regeerakkoord moeten uitvoeren, dan doen we dat, alleen is er dan dus geen gezamenlijke, inhoudelijke visie. Ik wil absoluut wegblijven van territoriumdrift. Dat is hier niet aan de orde. De zorgverzekeraars zeggen niet: hoe meer we krijgen, hoe beter. Voorbeeld: we krijgen weliswaar de gehele ggz, maar daar waren we niet op uit.'

Maar wel met een knip in de jeugd-ggz, want die gaat met rest van de jeugdzorg naar de gemeenten.

'Ik was zelf als minister in 2010 verantwoordelijk voor de overgang van de jeugdzorg van provincie naar gemeente. Maar daar zat de jeugd-ggz toen niet bij. Bewust niet, want die is anders dan de jeugdzorg: in de jeugd-ggz gaat het ook over medicatie en over de zorg voor de suïcidale 16-jarige die in het ziekenhuis terecht komt. In 2008 is de jeugd-ggz met de kortdurende, curatieve ggz naar de zorgverzekeraars gegaan en daar hoort die nog steeds, vind ik. Daar komt bij, als deze jongeren 18 worden komen ze in de volwassenen-ggz en dus toch weer in de zorgverzekeringswet. Ook daarom is deze knip nodeloos ingewikkeld en onlogisch.'

Ander onderwerp: zorgverzekeraars moeten onderhand over een behoorlijke hoeveelheid spiegelinformatie beschikken waarmee ze inzicht kunnen krijgen in praktijk- en zorgvariatie.

'Ja, we staan nog maar aan het begin van het ontsluiten van die goudmijn. Kostenbeheersing bereik je niet door snoeien in het basispakket, en ook niet door eigen betalingen, maar door



'Zorgverzekeraars maken geen winst ten koste van maar ten gunste van premiebetalers.'

onnodige zorg en overbehandeling te voorkomen. Dat die bestaan, valt niet te ontkennen. Upcoding (het invullen van een duurdere dbc waar een goedkopere volstaat, red.) komt soms voor. We weten ook dat artsen wel eens bezwijken voor de druk van hun patiënten. Ab Klink kwam in een recent rapport uit op een bedrag van vier tot acht miljard overbodige zorg. Of dat een juiste schatting is, weet ik niet. Hoe dan ook, om bij te sturen is informatie over praktijkvariatie cruciaal. Zorgverzekeraars gaan daar steeds meer hun inkoopbeleid op afstemmen, individueel en waar het mag van de Nederlandse Mededingingsautoriteit ook gezamenlijk. Als we variatie vinden, bijvoorbeeld in de ligduur bij een bepaalde aandoening, dan gaan we het gesprek aan met een ziekenhuis. We zeggen niet op voorhand "zo moet het". En pas op: wie denkt dat praktijkvariatie helemaal is uit te bannen, heeft het fout. De professionaliteit van de arts bepaalt dat niet iedereen in dezelfde mal moet.'

SEH-concentratie

Rouvoet kondigt aan dat ZN over een paar weken met het langverwachte rapport over spreiding en concentratie van de spoedeisende zorg komt. Daarin worden onder meer inhoudelijke criteria gedefinieerd voor complexe acute zorg. Het is de intentie van de zorgverzekeraars om met behulp van dit 'kwaliteitskader' regionaal SEH-zorg in te kopen. Rouvoet: 'Het debat over hoeveel ziekenhuizen of hoeveel SEH's minder vind ik niet interessant. Wij kiezen

een inhoudelijke benadering. Ik gebruik graag het voorbeeld van de patiënt die in Limburg ernstige brandwonden oploopt. Die gaat naar Beverwijk. Dat vindt niemand een probleem: daar krijg je namelijk topzorg. Zo moeten we ook gaan kijken naar de complexe acute zorg.'

We moeten van volumegestuurde naar outcome financiering – dat is althans een breed gedragen voornemen. Geld moet de zorg volgen, en dan vooral de uitkomsten van zorg, heet het. Hoe ziet u dat?

'Dat is een kwestie van lange adem. Het ingewikkelde is: iedereen zegt weliswaar dat we daar naar toe moeten, maar niemand kan definiëren wat gerealiseerde gezondheidswinst nu eigenlijk is.'

Rouvoet ziet 'valkuilen en perverse prikkels'. Neem de patiënt die redelijk gezond binnen komt en nog gezonder weggaat. Die boekt gezondheidswinst, maar dat is een andere winst dan die van de patiënt die erg ziek binnenkwam. Toch dragen beiden bij aan de gezondheidswinst van een populatie.

Momenteel kent Nederland negen zorgverzekeraars, waaronder vier grote. Mag je nog wel van concurrentie spreken, nu elke regio een eigen dominante zorgverzekeraar heeft?

'Van Henk Don (lid raad van bestuur NMa, red.) wel, en die gaat erover. Maar het is waar: ZN heeft negen leden en vier daarvan hebben samen het grootste deel van de markt. Toch constateer ik dat de mensen echt wat te kiezen

hebben. De overstapcijfers stijgen; dit jaar naar 7,5 procent. Dat zijn 1,2 miljoen mensen die van polis wisselen. Ik maak me geen illusies: het motief zal vaak vooral de hoogte van de premie zijn. Maar ik merk ook dat selectieve inkoop en contractering aan betekenis winnen bij de keuze voor een verzekeraar.'

Selectiever contracteren betekent ook dat de basisverzekering wordt beperkt tot naturapolissen; de restitutiepolis gaat naar de aanvullende verzekering. Merkwaardig: aan de ene kant beloven de verzekeraars klantvriendelijkheid en keuzevrijheid, aan de andere kant leggen ze die vrijheid aan banden juist door hun aandacht voor kwaliteit en kosten. Is dat niet in tegenspraak met elkaar?

'Ja, ik ben er persoonlijk dan ook niet voor, en mijn voorspelling is dat het niet gaat gebeuren. Omdat het niet zal mogen van Brussel. Als uitsluitend naturapolissen zijn toegestaan, dan maakt een buitenlandse zorgverzekeraar namelijk geen schijn van kans op de Nederlandse markt. Die moet wel via restitutie werken. Zorgverzekeraars zouden het lef moeten hebben om zich scherper van elkaar te onderscheiden door de hoogte van de vergoeding die een restitutiepolis oplevert. Bij de één krijg je bijvoorbeeld 70 procent vergoed, bij de ander maar 30 procent. Zo valt er wat te kiezen.'

'Zorgverzekeraars maken dikke winsten terwijl er overal in de zorg bezuinigd moeten worden.' Wat zegt u tegen bijvoorbeeld politici die dat beweren?

'Ze voeden daarmee het wantrouwen, soms zelfs tegen beter weten in. We maken geen winst ten koste maar ten gunste van de premiebetaler. Als we een positief resultaat boeken dan merken de mensen dat vroeg of laat in lagere premies, of ze zien dat we investeren in innovatie en kwaliteit. De Nederland-

sche Bank rekent het ieder jaar keurig voor ons uit: 95 tot 96 cent van iedere euro premie gaat naar de zorg, 3 tot 4 cent gaat naar overhead van de zorgverzekeraars, en ongeveer 1 cent is winst en verplichte reservevorming. Wie doet ons dat na?'

U zit hier nu een jaar. Bevalt het?

'Ik ben dertien jaar Kamerlid geweest en was zorgwoordvoerder voor mijn partij. Dus ik zat redelijk in de materie. Ik werk nu in een omgeving die heel goed bij mij past: op het snijvlak van privaat en publiek. De politiek

stelt de randvoorwaarden, maar de bal ligt bij ons: kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing moet de zorgsector zelf tot stand brengen. Als regisseur kunnen de zorgverzekeraars niet slagen als dat in een voortdurende gepolariseerde sfeer gebeurt. Vandaar mijn ambitie om voortdurend contact te zoeken met al mijn collega-koepelvoorzitters. We kunnen deze kabinetsperiode een heel eind komen: door niet meer te sleutelen aan het stelsel van curatieve zorg en door de langdurige zorg te hervormen. Het kabinet moet ruimte en vertrouwen aan de zorgpartijen geven om dat te doen.'

En het moet de rit uitzitten.

'Ja. Het zou voor de zorg niet goed zijn als we over twee jaar weer verkiezingen hebben, en er misschien weer andere plannen voor de care zouden komen.'



André Rouvoet

André Rouvoet (1962) is sinds 1 februari 2012 voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hij was tussen 1989 en 1994 directeur van de Marnix van Sint Aldegondse Stichting, het wetenschappelijk bureau van de RPF (Reformatorische Politieke Federatie). Sinds 1994 zat hij voor deze partij in de Tweede Kamer, sinds 2001 voor de ChristenUnie, waarin de RPF was opgegaan. Van februari 2007 tot oktober 2010 was Rouvoet minister voor Jeugd en Gezin en vicepremier in het kabinet Balkenende IV. Ook was hij van november 2002 tot februari 2007 en van oktober 2010 tot mei 2011 fractievoorzitter van de ChristenUnie in de Tweede Kamer.

André Rouvoet is getrouwd en heeft vijf kinderen.

'Ik werk nu op het snijvlak van privaat en publiek. Dat past bij me.'