

Nationaal Zorg-Fonds maakt ook artsen enthousiast

Het plan om de zorgverzekeraars af te schaffen kan ook bij sommige artsen op steun rekenen: 'Het moet afgelopen zijn met verspilling en bureaucratie.' Wat het beoogde Nationaal Zorg-Fonds precies zal brengen, is ongewis, maar 'erger dan nu kan het niet worden'.



‘**E**r moet een eind komen aan de dwingelandij van de zorgverzekeraars.’ Voor Cobie Groenendijk, psychiater in Amsterdam, is dát de motivatie om zich sterk te maken voor een grondige herziening van het zorgstelsel. ‘De wet moet zó worden veranderd dat de zorgverzekeraars van hun taak worden ontheven.’ Want hun invloed reikt tot ver in de spreekkamer,ervaart Groenendijk: ‘Zij bemoeien zich met de diagnose, stellen eisen aan de duur en zelfs de aard van de behandeling. Dat is ridicuul!’ Maar ook het eigen risico (‘Meer en meer patiënten stoppen met hun therapie of beginnen er zelfs niet aan.’) en het jaarlijkse ‘contracteringscircus’ eisen hun tol. ‘Door steeds weer andere contracten en polissen staat de continuïteit onder druk. Patiënten weten niet of zij volgend jaar nog wel bij hun vertrouwde zorgverlener terecht kunnen.’ Het moet uit zijn met al die verspilling en bureaucratie, vindt Groenendijk. ‘We moeten toe naar een solidair stelsel, met minder verschillen in gezondheid en méér continuïteit. De komende verkiezingen moeten een referendum over de zorg worden.’

Een woud aan polissen

Zorgverzekeraars, zo wil het plan, maken plaats voor een Nationaal ZorgFonds (NZF), dat slechts één polis zal hebben; wat nu nog in de aanvullende verzekering zit – fysiotherapie, tandzorg en behandeling van aanpassingsstoornissen –, wordt voortaan vergoed in het basispakket, het eigen risico wordt afgeschaft en patiënten hebben volledig vrije artsenkeuze (zie *kader*). Over de precieze taken en ook de uitvoeringskosten van dat NZF is nog veel onduidelijk – initiatiefnemer SP belooft dit najaar met enkele ‘scenario’s’ te komen die dan ‘hopelijk’ worden doorgerekend door het Centraal Planbureau. Maar net als Groenendijk is ook Lewi Vogelpoel, radioloog in Purmerend, nu al blij met de plannen. Zij heeft immers de ‘belofte’ gedaan om alle patiënten goede zorg te verlenen, maar een woud aan polissen maakt haar dat onmogelijk: ‘Onder mijn handen

verandert soms de diagnose, of ik vind een bijbevinding waarvan ik niet zeker weet of de behandeling in mijn ziekenhuis wordt vergoed. Of een huisarts belt om te vragen hoe het zit met de vergoeding van een MRI bij ons. Dat is allemaal heel onhandig en het belemmert de continuïteit van zorg.'

Countervailing power

Voormalig hoofdinspecteur Wim Schellekens uitte begin dit jaar in Medisch Contact scherpe kritiek op de zorgverzekeraars (MC 01/2016: 18). Toch zag hij geen reden om terug te keren naar het oude stelsel, maar alleen als – onder meer – professionals binnen de grenzen van een kwaliteitssysteem de ruimte krijgen en mogen samenwerken, en patiënten actief bij de zorg worden

betrokken. Gaat het de goede kant op? Schellekens is 'niet heel optimistisch', maar een nationaal fonds steunt hij zeker niet: 'In het huidige stelsel zijn de zorgverzekeraars de *countervailing power* van de zorgverleners. Via hun contractering moeten zij positieve invloed op kwaliteit en kosten hebben. In een nationaal fonds is die tegenmacht verdwenen. Dan is het: alle remmen los! En we weten nu al dat de zaak dan uit de hand loopt.'

Volgens de initiatiefnemers is een zorgstelsel duurder naarmate een hoger percentage van de zorg uit private verzekeringen wordt betaald. Zorg-econoom Wim Groot noemt dat onzin: 'Er is geen enkele relatie tussen een verzekeringsstelsel en het niveau en de groei van de uitgaven. In Engeland zijn de kosten

lager dan hier, maar dat komt alleen omdat de zorg er slechter is.' Groot vreest dat de zorg hier juist duurder – én slechter – wordt 'als iedereen zomaar overal heen mag'. Ook de verwachting dat het beoogde NZF tot minder bureaucratie zal leiden, vindt hij op grond van ervaringen elders ongegrond: 'Een van de klachten over de National Health Service is nu juist dat die een bureaucratisch apparaat met zich meebrengt. Nee, ik zie alleen maar negatieve dingen.'

Democratische controle

Groenendijk laat zich door dergelijke kritiek niet uit het veld slaan. 'Erger dan nu kan het niet worden', zegt zij, wijzend op de 'verspilling en bureaucratie die de zorg nu kent'. Bovendien kunnen kwaliteit en kosten wel degelijk worden bewaakt. Voor het eerste ziet zij een rol weggelegd voor bestaande instanties als de beroepsorganisaties (die moeten zorgen voor goede visitaties), patiëntenverenigingen, Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de tuchtcolleges. Groenendijk: 'En kostenbeheersing is een zaak van democratische controle. Er zal een centraal budget zijn, dat regionaal wordt verdeeld, al naar gelang de demografische samenstelling van die regio.' Ook Vogelpoel toont zich optimistisch: 'Zorgverleners moeten net als nu een erkenning krijgen. En er komt een lijst waarop staat welke zorg tot de basiszorg behoort. Bezoekt een patiënt een erkend zorgverlener voor een behandeling op die lijst, dan wordt die zorg dus gewoon vergoed.' De uitkerende instantie – welke vorm die ook krijgt – heeft het ook eenvoudig: 'Die hoeft alleen te bekijken of voldaan is aan de eisen voor een vergoeding. Zo ja, dan betalen ze uit.' Volgens haar neemt het bestaan van één enkele polis straks bij iedereen veel onrust weg: 'De tijd en energie die wij nu nog aan het hele circus kwijt zijn, kunnen we dan aan iets anders besteden. Namelijk aan goede zorg.' ■

web

Meer informatie over het Nationaal ZorgFonds is te vinden onder dit artikel op medischcontact.nl.

PLANNEN EN KOSTEN

Het Nationaal ZorgFonds is een initiatief van de SP, gesteund door onder meer FNV Zorg & Welzijn, Omroep Max en politieke partij 50Plus. Meer dan honderdduizend mensen zijn inmiddels 'vriend', zo meldt de organisatie. Met het fonds wordt het eigen risico afgeschaft en het basispakket verbreed.

Voor dat eerste is 3,2 miljard euro nodig, stellen de initiatiefnemers. Dat bedrag wordt gezocht in drie besparingen: afschaffen van de zorgverzekeraars (1,5 miljard, namelijk 1 miljard aan huidige winst, plus 0,5 miljard aan uitvoeringskosten en reclame), aanpakken van de winst van farmaceutische bedrijven (750 miljoen) en het schrappen van onnodige regels en bureaucratie (1,3 miljard).

Om fysiotherapie, tandzorg en de behandeling van aanpassingsstoornissen in het basispakket onder te brengen, is 2,5 miljard euro nodig. Financiering is langs verschillende wegen mogelijk, waaronder: hogere belastingen voor banken en grote bedrijven (3,4 miljard), het invoeren van een miljonairsbelasting (4,2 miljard) of een vergroening van het belastingstelsel (2,5 miljard). Maar verzekerden betalen nu 1,8 miljard voor de aanvullende verzekering, dus de feitelijke extra kosten zijn 700 miljoen, zo wordt berekend.

De notitie 'Op naar een Nationaal ZorgFonds' (zie: nationaalzorgfonds.nl) bevat geen enkele onderbouwing van de cijfers. Uitleg is wel te vinden in de antwoorden op kritische vragen van derden, gepubliceerd op dezelfde website. Tweede Kamerlid Renske Leijten (SP) laat desgevraagd weten dat alle cijfers afkomstig zijn van de zorgverzekeraars, het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) of het Centraal Planbureau (CPB). Overigens, volgens dat CPB kost de overgang van het ene stelsel naar het andere de eerste acht jaar 660 miljoen per jaar, in totaal bijna 5,3 miljard euro. Leijten: 'Wij willen zorgverzekeraars in het NZF laten opgaan op voorwaarde dat ze de kosten voor de transitie meenemen. Dat geld kan uit de reserves komen. Die bedragen nu al bijna 11 miljard.'