

MINISTER BORST SAMEN

Gezondheidsz

"Vast & Zeker", najaar 1995
p. 18-29

De gezondheidszorg
slokt nu bijna 60 miljard
gulden per jaar op.
Iedere Nederlander
draagt gemiddeld 300
gulden per maand aan
deze uitgaven bij. Elk jaar
nemen de lasten met zo'n
2,3% toe. Dat is méér dan
de in het regeerakkoord
overeengekomen 1,3%.

Er moet iets gebeuren
aan deze zorgwekkende
ontwikkeling, vindt ook
minister Borst van VWS.

Daarom wil zij een
nieuwe opzet van het
zorgsysteem, waarin een
hoofdrol is weggelegd
voor de zorgverzekeraars.

Het zijn revolutionaire
veranderingen waarmee
wij allemaal te maken
krijgen.

TEKST: LUCAS VAN DER HOEVEN, ERWIN FEEKES
FOTOGRAFIE: TONY STONE

org wordt beter

De gezondheidszorg gaat ons allemaal aan. Zoals met alle sociale voorzieningen vindt ook de gezondheidszorg een stevig fundament in de collectiviteitsgedachte. De sterke helpt de zwakke. Tot nu toe wiegden wij ons in slaap met de wetenschap dat de overheid de sterkste is van ons allemaal en voor ons allen zorgt, maar die gedachte moet langzaam maar zeker plaatsmaken voor het besef dat iedereen een beetje meer voor zichzelf moet zorgen. Als je gezond bent en veel verdient, heb je weinig te klagen. De overheid heeft veel van zulke mensen nodig om de rekening te kunnen voldoen van al diegenen die zowel qua gezondheid als draagkracht veel minder fortuinlijk zijn.

De kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg houdt de gemoe-deren bezig. Bij het zoeken naar oplossingen zijn diverse partijen betrokken en de belangen lopen niet altijd parallel. Overheid en verzekeraars hebben elkaar op tal van punten gevonden, maar voor de aanbieders van zorg - huisartsen, specialisten, ziekenhuizen - is het flink wennen. Wat alle mensen bindt, die zich politiek, organisatorisch en anderszins beroepsmatig over de gezondheidszorg buigen, is het feit dat iedereen ook consument is. En de consument wil betaalbare en toegankelijke zorg. Maar feitelijk is de zorg nu té toegankelijk. Er wordt wel heel gemakkelijk een beroep op het systeem gedaan. Een systeem dat ook steeds meer kán, want de medisch-technische vooruitgang maakt steeds meer mogelijk op het gebied van preventie, diagnostiek, behandeling en verpleging. De vraag naar deze diensten groeit, want mensen vinden hun gezondheid belangrijk. En, in de perceptie van veel mensen is het allemaal 'gratis'. Er wordt dus flink geconsumeerd en niet zelden zonder directe aanleiding. Met de gezondheidszorg is het al bijna als met het 06-11 alarmnummer. Er wordt zo vaak onnodig een beroep op gedaan, dat het voor echte noodgevallen aan effectiviteit verliest of zelfs onbereikbaar wordt.

Het is een erkend en miljardenkos-

tend probleem dat het gevolg is van de 'indicatieverbreding' in de gezondheidszorg. Toepassen van de zogenaamde 'Trechter van Dunning' kan de gezondheidszorg doelmatiger maken. Daarbij moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan om daadwerkelijk voor collectieve zorg in aanmerking te komen:

1. Is de zorg noodzakelijk?
2. Is de zorg werkzaam?
3. Is de zorg doelmatig?
4. Kan de patiënt de zorg zelf betalen?

Een andere factor die de kosten van de gezondheidszorg explosief doet stijgen, is de vergrijzing van ons land. We worden steeds ouder en naarmate we ouder worden hebben we vaker medische zorg nodig. Dat zou nog geen probleem zijn als aan de andere kant een evenredig aantal 'sterke' jonge mensen de kas van de gezondheidszorg spekt. Maar dat is

helaas niet het geval. En dan is er nog een derde en zeer belangrijke oorzaak van de problemen in de gezondheidszorg: het is ongelooftlijk arbeidsintensief. Je kunt vrijwel alles automatiseren, maar het zorgen - verplegen - van zieken en hulpbehoevenden is mensenwerk.

NIEUWE OPZET

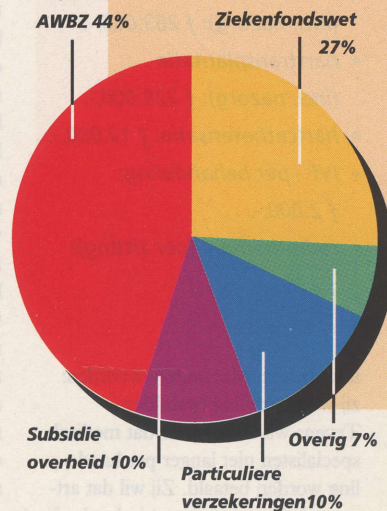
Een complete reorganisatie van de gezondheidszorg is waar minister Borst van VWS voor staat. Het doel is de gezondheidszorg betaalbaar te maken. Dit betekent niet automatisch dat de gezondheidszorg ook veel goedkoper kan. Hoewel het verhogen van de efficiëntie op alle niveaus van de zorg wel voor de nodige kostenbesparingen kan zorgen. En tegelijkertijd voor een kwaliteitsverbetering.

Realiseren de Nederlanders wel wat de minister eigenlijk voor hen in petto heeft? Minister Borst staat een

WAT KOST VOLKS-GEZONDHEID

De uitgaven op het gebied van de volksgezondheid bedragen in 1995 bijna f 60 miljard.

Dat wordt uitgegeven aan:



MAATREGELEN VAN DE MINISTER

- 1) **Per 1 jan. '95:** Tandartsenhulp voor volwassenen uit ziekenfondspakket.
- 2) **Per 1 april '95:** Tariefkorting specialisten
- 3) **Per 1 jan. '96:** Prijzenwet geneesmiddelen
- 4) **Per 1 jan. '96:** Beperking budget medische hulpmiddelen met f 200 miljoen
- 5) **Per 1 jan. '96:** Kostenverlaging topklinische zorg met 7,5%
- 6) **Per 1 jan. '96:** Fysiotherapie maximaal 9 zittingen vergoed
- 7) **Vanaf januari '96:** Budgetrisico vergroten van zorgverzekeraars. Overheveling van bepaalde zaken uit de AWBZ naar het ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Met als gevolg: lagere AWBZ-premies, maar fors hogere premies ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering.

Naast het verkleinen van het pakket wil de minister ook enige ombuigingen realiseren zoals:

- 650 openhart-operaties méér per jaar
- uitbreiding beschermd wonen, gehandicaptenopvang en -voorzieningen
- meer topklinische zorg tegen lagere kosten
- patiëntgebonden budget in de thuiszorg
- preventie intensiveren
- creëren van meer arbeidsplaatsen.

systeem voor waarbij mensen meer worden geconfronteerd met de kosten die zij werkelijk maken, dan met een inkomensgebonden premie (ziekenfonds) of een premie die wordt berekend vanuit de behoefte van het collectief (particuliere verzekering). Vaststaat dat u de komende jaren meer voor uzelf zult gaan betalen. Want naast meer efficiëntie en minder verspilling op korte termijn streeft minister Borst naar een nieuwe opzet van de zorgverzekeringen op lange termijn.

MAATREGELEN OP KORTE TERMIJN

Mevrouw Borst schreef destijds als voorzitter van de Gezondheidsraad het rapport 'Medisch handelen op een tweesprong'. Daarin staat onder meer dat er 'aanzienlijke verschillen in werkwijze tussen artsen bestaan, waarbij soms sprake is van ondoelmatig, overbodig of zinloos medisch handelen.' Bovendien maken artsen in toenemende mate gebruik van diagnostiek. Deze 'klei

VERVOLG VAN PAGINA 19

ne technologie' is uiterst kostbaar en legt op 12% ofwel 6 miljard gulden van het totale gezondheidsbudget beslag. Op grond van dit rapport en de resultaten van de commissie-Biesheuvel wil de minister vooral nadruk leggen op efficiëntie en kwa-

WAT KOST EEN OPERATIE?

- **Longoperatie**
(incl. nazorg): f 338.000,-.
- **levertransplantatie:**
(incl. nazorg): f 263.000,-.
- **harttransplantatie**
(incl. nazorg): f 228.000,-.
- **hartcatheterisatie:** f 12.000,-.
- **IVF - per behandeling:**
f 2.000,-.
- **radiotherapie (per zitting):**
f 275,-.

liteitsbeleid. Met andere woorden: zij wil verspilling bestrijden. Tevens wil de minister dat medisch specialisten niet langer per handeling worden betaald. Zij wil dat artsen worden opgenomen in het budget van het ziekenhuis. Om dat te bereiken kortte mevrouw Borst de specialistentarieven in april 1995. De specialisten kunnen die kortingen teniet doen als zij voor 1 november 1995 afspraken maken met zorgverzekeraars en ziekenhuizen over budgetten, honorarium, volume, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

WEERBARSTIGE MATERIE

'Alhoewel dit beleid van de minister inhoudelijk correct is, zal het nog moeilijk zijn om afdoende maatregelen te nemen,' meent prof. drs. E. W. Roscam Abbing, hoogleraar sociale geneeskunde aan de universiteit van Nijmegen. 'Het is een weerbarstige materie. Mevrouw Borst moet de discipline versterken door consequenties aan de gemaakte afspraken te verbinden. Zo hebben bijvoorbeeld artsen en verzekeraars in Duitsland maximale budgetten voor het voorschrijven van medicijnen afgesproken. Als zij die overschrijden, wordt het teveel op het salaris ingehouden. Het resultaat is dat er voor 10 miljard gulden minder aan geneesmiddelen wordt verstrekt.' Ook zou de minister

moeten oppassen voor mogelijke vormen van verzet. Prof. Roscam Abbing: 'Zij zet erg zwaar in op het verbeteren van de kwaliteitssystemen. Met als gevolg dat er bijna altijd een afschuifmechanisme ontstaat in de trant van: 'in dit ziekenhuis heerst veel verspilling, maar niet op mijn eigen afdeling'. Om doelmatigheid te vergroten, zouden specialisten preciezer moeten gaan werken. De behandelingschema's worden dan geformaliseerd en toegespitst op nog veiliger procedures, zodat steeds meer oorzaken van fouten worden uitgesloten. Daardoor neemt het aantal handelingen en het gebruik van laboratoriumtesten weer toe. De bedoeling van behandelingsprotocollen is, dat ze een bezuinigend effect hebben, maar dat zou juist in het tegendeel kunnen omslaan. Vergeet niet dat het corrigeren van een collega die een patiënt slecht behandelt, al moeilijk genoeg is. Op het gebied van zuiniger werken is het corrigeren van collega's nog veel moeilijker. Onderlinge kritiek op elkaars werkwijze is dan ook nauwelijks mogelijk. Budgettering van artsen zou op termijn een oplossing kunnen bieden. Als dat in Duitsland met succes wordt toegepast, waarom dan niet in Nederland? Wel moet er een goed systeem voor worden ontwikkeld.'

MEDICIJNEN EN HULPMIDDELEN

De prijzen van medicijnen en hulpmiddelen stegen sinds 1980 met gemiddeld 7% per jaar, terwijl de kosten in de gehele zorgsector met slechts 2,3% per jaar toenamen. Al jaren tobben ministers over het geneesmiddelenbeleid. De afgelopen 15 jaar namen zij maar liefst 15 maatregelen. De Rekenkamer oordeelde zeer negatief over het gevoerde beleid. Uitzondering vormde het in 1992 ingevoerde GVS (Geneesmiddelen Vergoedings Systeem), dat gericht was op een volume- en prijsbeheersing. Ook de verleden jaar afgesproken korting van 5% leverde te weinig op. Dat komt vooral omdat de fabrikanten zelf mogen bepalen tegen welke prijs hun medicijn op de Nederlandse markt komt. In veel andere EG-landen bepalen overheden via prijzen wetten hoeveel geneesmiddelen mogen kosten. De minister van VWS is ook van plan om een prijzenwet in te voeren. Daarmee hoopt zij meer marktwerking in de sector te brengen door de vaste onderlinge tarievenstructuur tussen importeurs,

groothandel en openbare apothekers te doorbreken. De prijzenwet zal bepalen dat geneesmiddelen niet duurder mogen zijn dan elders in Europa. Opvallend is, dat de minister niet streeft naar het verminderen van het aantal geneesmiddelen op de markt, terwijl dat toch de kosten beperkt. Zo bestaan er geneesmiddelenformulieren, zowel in ziekenhuizen als in de eerstelijns van de zorg. Het zijn beperkte medicijnlijsten met een rationele keuze uit de 1800 preparaten die tot de Nederlandse markt zijn toegelaten. Veel medicijnen lijken namelijk sterk op elkaar. Zo zijn er maar liefst 30 betablokkers tegen hartziekten beschikbaar. Het aantal artsenijmiddelen kan dus sterk worden teruggebracht. Het Nijmeegs eerstelijnsformulierum bevat bijvoorbeeld slechts 226 middelen in 443 toedieningsvormen (= 5% van alle medicijnen die in Nederland verkrijgbaar zijn). Door dergelijke lijsten doen artsen méér ervaring op met een beperkt aantal middelen. Hun kennis en alertheid neemt toe, terwijl de kans op gevaarlijke interacties van verschillende geneesmiddelen afneemt. Als gevolg van verkeerd medicijngebruik overlijden naar schatting per jaar 600 mensen en moeten 10.000 mensen in een ziekenhuis worden opgenomen. Beperking van het aantal voorschrijf-, aflever- en innamefouten voorkomt onnodig lijden van veel patiënten en werkt tevens kostenbesparend. Voor medische hulpmiddelen (incontinentiematerialen, schoeisel, gehoorapparaten, enz.) geldt vrijwel hetzelfde.

FYSIOTHERAPIE

Patiënten doen te vaak een beroep op fysiotherapeuten, vindt

de minister. In veel gevallen is onduidelijk of een groter aantal behandelingen wel tot een beter resultaat leidt. Naar het effect van fysiotherapeutische behandelingen is te weinig onderzoek gedaan. Daarom meent de minister dat het aantal behandelingen dat wordt vergoed, tot maximaal negen moet worden teruggebracht. Als meer behandelingen nodig zijn, moet de patiënt deze zelf gaan betalen. Dit geldt overigens niet voor chronisch zieken: voor hen blijft de vergoeding onbeperkt. Deze maatregel zal vanaf 1 januari 1996 haar beslag krijgen.

EIGEN RISICO

Er is nog een reden waarom het beroep op de zorg zo groot is: de ziekenfonds-patiënten, 60% van alle verzekerden, hoeven niet direct uit eigen portemonnee te betalen. Via inhouding op hun salaris of uitkering betalen zij wel degelijk mee aan de kosten van de zorg, maar individueel ervaren zij geen voor- of nadeel als zij minder of meer consumeren. Particulier verzekerden hebben meer kennis over de kosten van de zorg. Zij moeten jaarlijks een premie betalen met of zonder een eigen risico. Zij ontvangen de rekeningen thuis en moeten die zelf bij hun zorgverzekeraar declareren. Mede daarom consumeren zij minder zorg. Om die reden wil mevrouw Borst voor alle patiënten een eigen risico van 200 gulden invoeren vanaf januari 1997. Dat brengt haar in een lastig parket. Want een dergelijke maatregel betekent een koopkrachtverlies van 1% voor de minima. Om dat te voorkomen zou zij liever een 1% eigen risico afhankelijk van het inkomen willen heffen.

ANDERE MAATREGELEN

Minister Borst is van plan om de positie van huisartsen als poortwachters te versterken en om de samenwerking op het gebied van de thuiszorg tussen ziekenhuizen en eerstelijns te vergroten. Bovendien wil zij dat de 9.000 medisch specialisten in het ziekenhuis worden geïntegreerd door hen op te nemen in het ziekenhuisbudget. Tot heden werden zij per verrichting betaald. In de toekomst wil minister Borst dat zij met ziekenhuisdirecties contracten sluiten. Ook wil zij het aantal ziekenhuisbedden reduceren van 3,4 tot 2,8 per 1.000 inwoners. In tien jaar tijd zullen er maar liefst 9.000 bedden verdwijnen, zo'n 20 middelgrote ziekenhuizen. De verminde-

INDIVIDUEEL AF TE SLUITEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Sinds 1 januari 1995: tand- artskosten voor volwassenen;
Per 1 januari 1996: tandarts- kosten vanaf 17 jaar;
fysiotherapie: alleen eerste 9 zittingen vergoed via ziekte- kostenverzekeringen - voor nabehandeling aanvullend verzekeren.
Per 1 januari 1997: invoering eigen bijdragen: f 200,-.

ring van het aantal bedden is overigens al een tijd aan de gang: in 1983 waren er nog 64.000, terwijl er nu nog maar 55.300 beschikbaar zijn. Zo'n bezuiniging is in het voordeel van de patiënten. Door betere medische technieken, bijvoorbeeld 'kijk-operaties', verblijven zij steeds korter in het ziekenhuis. Bovendien kunnen steeds meer ingrepen poliklinisch worden uitgevoerd, zoals sterilisaties en staaroperaties.

MAATREGELEN OP LANGE TERMIJN

Minister Borst streeft op langere termijn naar een nieuwe opzet van de zorgverzekeringen. Zij wil een nieuwe structuur ontwerpen, die uit drie onderdelen zal gaan bestaan:

1. De AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten);
2. De particuliere ziektekosten- of ziekenfonds verzekering (basis verzekering);
3. De individuele aanvullende verzekeringen.

1. De AWBZ was oorspronkelijk bedoeld voor moeilijk te verzekeren kosten en langdurige zorg (gehandicapten en ouderen in een verpleeghuis). In 1992 bracht staatssecretaris Simons van Volksgezondheid een aantal uitgaven ter waarde van 5,5 miljard gulden onder dit regime als voorbereiding op een algemene ziektekostenverzekering. In zijn visie zou die verzekering 95% van het ziekenfondspakket omvatten en voor elke Nederlander beschikbaar komen. De huidige bewindsvrouw ziet van dat plan af. Zij stelt voor om de genees- en hulpmiddelen, de revalidatie en de ambulante geestelijke volksgezondheidszorg uit de AWBZ te halen en deze wederom bij het ziekenfonds en de particuliere verzekering onder te brengen. De AWBZ-premies zullen daardoor dalen, maar premies voor ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen zullen fors stijgen. De AWBZ wordt dus weer de paraplu waaronder de zwaksten van onze samenleving kunnen schuilen. Met de overheid aan het roer.

2. Een verplicht basispakket, een uitgebreide ziekenfondspolis, die iedereen verzekert van hulp door huisarts, specialist en ziekenhuis. Bovendien wil minister Borst hierin een verplicht eigen risico van 200 gulden instellen voor iedere Nederlander vanaf 1997. Zij verwacht dat daardoor de vraag naar allerlei medische hulp vermindert en dat 900 miljoen gulden kan worden

bezuinigd. Tegelijkertijd wil zij dat particuliere en ziekenfondsverzekeringen naar elkaar toegroeien (convergentie), zodat kosten kunnen worden gemiddeld tussen goedkope particulier verzekerden en de duurdere ziekenfondspatiënten.

3. Een vrije markt waar verzekeraars hun polissen aanbieden die de kosten dekken van bijvoorbeeld tandheelkundige hulp, fysiotherapie, homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. De consument kan zich hier tegen van alles en nog wat verzekeren. Hij betaalt zelf de premies hiervoor. De zorgverzekeraar koopt de zorg in, waarbij deze zal letten op kwaliteit en prijs van aanbieders (ziekenhuizen, specialisten enz.). De verzekeraar krijgt dus een sturende rol in dit marktmechanisme toebedeeld.

CONVERGENTIE

Verzekeraars en minister Borst zijn het erover eens geworden dat particuliere en ziekenfondsverzekeringen op den duur in elkaar moeten opgaan. Dit proces wordt 'convergentie' genoemd. Kostenbeheersing is het motief van deze maatregel. De kosten van ziekenfondsverzekeringen worden nu jaarlijks via een omslagstelsel verhaald op de werknemers. Zo worden de lopende uitgaven achteraf door de premiehoogte gedekt. Zo'n systeem van open-eind financiering kent nauwelijks enige kostenbeheersing. Bij particuliere verzekeringen moeten de klanten een jaarlijkse premie betalen, die tegelijkertijd kostendekkend en concurrerend moet zijn. Daardoor zijn deze laatste verzekeringen kostenbesparend. Door fusies tussen beide typen ziektekostenverzekeringen kunnen de hogere kosten van de ziekenfondspolissen ten dele worden doorberekend aan de particulier verzekerden. Om verzekeraars tot meer doelmatigheid te prikkelen, zullen budgetoverschrijdingen in de toekomst niet meer worden toegestaan. De voorkeur van verzekeraars gaat uit naar een kleiner basispakket aan voorzieningen dan nu omschreven wordt, terwijl voor het aanvullende pakket extra verzekeringen moeten worden afgesloten. Daarom zijn zij het met de bewindsvrouw eens dat particuliere ziektekosten- en ziekenfondsverzekeringen op den duur in elkaar moeten opgaan en te komen tot één basisverzekering, die naar behoefte kan worden uitgebreid. ◀

PARTICULIER OF ZIEKENFONDS: ALTIJD GOED BIJ OHRA

OHRA is op het gebied van particuliere ziektekostenverzekeringen natuurlijk al 70 jaar de specialist. Maar OHRA is ook de eerste verzekeraar die - direct nadat de overheid toestemming verleende - een landelijk ziekenfonds oprichtte: OHRA Zorgverzekeringen. Ziektenfondsvergoedingen zijn weliswaar overal hetzelfde, maar bij OHRA profiteert een ziekenfondsverzekerde óók van de vele uitstekende service-diensten die OHRA al haar particulier verzekerden biedt. Bent u thans ziekenfondsverzekerde vraag dan snel meer informatie aan over OHRA's Ziekenfonds. Naast de vele speciale OHRA-voordelen is het handig als u naar een particuliere verzekering moet overstappen. In dat geval kun u gewoon bij OHRA verzekerd blijven.

Van ziekenfonds naar particulier?

De OHRA Ziektekostenpolis is dan dé ideale verzekering voor u. Tegen een aantrekkelijke premie bent u uitstekend verzekerd. Bovendien heeft u ook nog de keuze uit de Luxe Variant en de Voordeel-Variant. Voor als u meer of minder vergoedingen wenst. Op die manier bepaalt u zelf in welke mate u verzekerd wilt zijn én - heel belangrijk natuurlijk - wat u betaalt!

Steeds betere service

OHRA streeft voortdurend naar een zo hoog mogelijk serviceniveau. Zo werd

recent de periode waarbinnen de declaraties voor ziektekosten afgehandeld worden, verkort van 6 naar 5 dagen. Inclusief de postale verwerking!

Hele gezin bij OHRA

Bent u zelf particulier verzekerd en uw gezinsleden 'ziekenfonds'? Ook dan is het ideaal uw hele gezin bij OHRA te verzekeren. Ongeacht wie er particulier of ziekenfondsverzekerde is: het is gewoon extra gemakkelijk om alles onder één dak te hebben.

Vraag vandaag nog informatie aan

Bent u geïnteresseerd? Vraag snel meer informatie aan met de **Algemene Infokaart (nr. 1) bij de pagina 16/17**. Of bel: **085-249249**. U kunt dan direct gratis en vrijblijvend een offerte voor de OHRA Ziektekostenpolis aanvragen.

Onderzoek Ziektekostenverzekeringen 1994 door Verstraete Marketing Research B.V.

Sterke OHRA-punten:

- snelle afhandeling declaraties
- goede prijs-kwaliteit verhouding
- rechtstreekse betaling o.a. apothekersnota's
- 98% OHRA-klanten (zeer) tevreden over ziektekostenverzekering
- toename gebruik andere verzekeringsmogelijkheden (meer verzekeringen bij OHRA).