

# Hoe heeft het zover kunnen komen?

*Koos Dirkse*

*De media vermelden dagelijks informatie over de zorg. Het tekort aan handen aan bed, mantelzorg, verpleegzorg, sluiten van afdelingen van ziekenhuizen, etc. Het item dat het meest aan de orde komt zijn de kosten. De stijging van de zorgpremie, het eigen risico en de zeer snel stijgende eigen bijdragen. Het pakket wordt steeds meer uitgekleed en de patiënt moet dus steeds meer zelf gaan betalen. Mijn vraag is hoe deed men dit vroeger? Vrijwel alles werd vergoed, de premie was laag en er was geen eigen risico. Een vergelijking met de tijd toen er nog een ziekenfonds bestond, dat betaalbaar was.*

## **Historie**

Tot 2006 was een groot deel van de Nederlanders verzekerd via het ziekenfonds. Zat men boven de loongrens, dan was men aangewezen op een particuliere zorgverzekering. In 2006 gingen beide verzekeringen op in een nieuwe Zorgverzekeringswet. Deze nieuwe wet bestond uit een basisverzekering en een aanvullende verzekering. De basisverzekering is een verplichte verzekering, de aanvullende verzekering is vrijwillig. Daarnaast was men verplicht een eigen risico te dragen en moet voor sommige behandelingen en producten door de patiënt een eigen bijdrage worden betaald.

## **Het ziekenfonds**

De loongrens van het ziekenfonds bedroeg in 2005 (voor de ingang van de nieuwe zorgverzekeringswet) € 33.000 per jaar. De ziekenfondsen waren uitvoeringsorganen van een publiekrechtelijke regeling en kende twee soorten verzekeringen:

**verplicht ziekenfonds**, dit betroffen:

- loontrekkers met een inkomen onder de loongrens
- hun gezinsleden zonder eigen inkomen
- uitkeringsgerechtigden
- ondernemers met een winst uit onderneming onder de loongrens

**vrijwillig ziekenfonds**, dit betroffen:

- personen niet in loondienst, bijvoorbeeld studenten
- ambtenaren

## **Ziekenfondspremie**

De ziekenfondspremie werd in drie delen betaald:

1. **Nominale premie**, deze premies lagen tussen de €20 en de €30 per maand en was niet inkomensafhankelijk. De premie moest de verzekerde zelf betalen aan het ziekenfonds;
2. **Procentuele premie**, dat bedroeg 1,5 % van het brutoloon en was dus inkomensafhankelijk. Deze premie werd ingehouden op het loon en ging naar de centrale kas;
3. **Werkgeversdeel**, ongeveer 6,5 % van het brutoloon, dat door de werkgever werd betaald en ging naar de centrale kas.

Bij een inkomen van € 24.000 betaalde de verzekerde (gemiddeld) €25 + (1,5% van € 2.000=) €30 = €55 per maand. De laagste nominale premie in 2005 was van Anderzorg en bedroeg € 19,95 per maand!

### **Verstrekingen ziekenfonds**

Voor ziekenfondsverzekerden werd vrijwel alles vergoed. De betaling van de zorg en kunst- en hulpmiddelen werd rechtstreeks gedaan, buiten de verzekerde om. Er gold geen eigen risico en de eigen bijdrage was nihil. Alle geneesmiddelen waren voor de patiënt kosteloos. De halfjaarlijkse controles bij de tandarts en het vullen van gaatjes was gratis. Voor kronen en bruggen moest men wel een gedeelte zelf betalen. In die tijd kon je voor een laag bedrag lid worden van een kruisvereniging. Bij die instanties werden gratis hulpmiddelen gratis ter beschikking gesteld en na de bevalling kreeg men kraamhulp gedurende 10 volle dagen.

### **Nieuwe zorgverzekeringswet 2006**

Op 1 december 2006, plaatste de Volkskrant een artikel over het verloop van de zorgpremie tot de aanloop naar de nieuwe Zorgverzekeringswet en plaatste het volgende bericht:

**"Zorgpremie goudmijn van particuliere verzekeraar"**  
Particuliere verzekeraars hebben vanaf 2000 hun winsten opgevoerd door de premies voor zorgverzekeringen stapsgewijs te verhogen.  
Tussen 2000 en 2004 stegen de particuliere zorgpremies met 4,1 miljard euro naar ruim 11,5 miljard euro (64% ). Dat blijkt uit cijfers van het Centrum voor de Verzekeringsstatistiek. In 2005 stegen de premies met bijna 10 procent.

### **Uitgave zorgkosten**

Sinds de invoering van die wet zijn de kosten de pan uit gerezen. Daarnaast heeft men per 1 januari 2005 het nieuwe financieringsstelsel voor de zorg ingevoerd, de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Een discutabel stelsel, dat heel onoverzichtelijk is, duur en zeer fraudegevoelig. Dit heeft ook zwaar gedrukt op de premie. Naast de basisverzekeringspremie van rond de 100 euro per maand, betaalt de verzekerde ook nog een verplicht eigen risico, dat momenteel rond €32 per maand ligt. Veel zorghulp en verstrekkingen worden door de zorgverzekeraar niet (meer) vergoed en moet de patiënt zelf betalen. De lagere inkomens ontvangen wel een zorgtoeslag van de overheid.

De totale zorgkosten vanaf 1990 geven de volgende bedragen aan in miljarden euro's (bron CBS):

1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2019	2020	2021
26,7	35,1	45,4	65,4	85,8	92,3	97,1	107,4	116,0	124,8

Bron: CBS

### **Tot slot**

U leest het dagelijks, de zorgkosten rijzen de pan uit! De oorzaak wordt vaak gezocht bij 'de vergrijzing'. Dit is waanzin, vanaf begin jaren vijftig wist men al dat zich er een geboortegolf heeft voorgedaan na de Tweede Wereldoorlog. Daarop heeft men bijna 70 jaar kunnen anticiperen! Regeren is toch vooruit zien of evalueren?! Er valt zeker goed te bezuinigen op de zorgkosten, maar dan moet er wel een ander beleid worden gevoerd. Om maar een paar onderwerpen te noemen:

1. Breng de **bureaucratie** sterk terug en laat de zorgverleners patiëntenzorg doen in plaats van lijstjes invullen!
2. Kijk bij de jaarlijkse uitgaven aan zorg eens naar **de uitgaven** in plaats van de totale kosten!
3. Doe meer aan **preventie**. Laat zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden om sport te bedrijven door hoge kortingen op sportscholen!
4. Huur niet voor het minste of geringste externe **managers, consultants** en onderzoeksbureaus in!
5. Breng het aantal **nutteloze organisaties** terug dat aan het zorgkosteninfuus hangt!
6. Reorganiseer het **ministerie van VWS** tot een ministerie van Gezondheid, Welzijn en Wonen, zodat er stappen kunnen worden gemaakt met huisvesting voor ouderen, GGZ-patiënten, verpleeghuizen, etc etc! Wonen is, net als zorg: welzijn!
7. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet 2006 is overgedragen aan **commerciële verzekeraars**. Een zeer dure oplossing! Laat de overheid de verplichte basisverzekering weer uitvoeren en de (vrijwillige) aanvullende verzekering bij commerciële instanties!
8. De premie voor de basisverzekering is een **verplichte sociale premie**. Laat deze innen door de belastingdienst, net als de AOW. Komen laagstbetaalden niet uit, dan doet men iets aan het belastingtarief. Scheelt duizenden ambtenaren, die nu de zorgtoeslag moeten berekenen en een hoop incassobureaus!
9. Stap af van de **onoverzichtelijke dure DBC** en voer, net als onze omringende landen de DRG (Diagnose Relatie Groep) in. Efficiënter, vergelijkbaar en veel goedkoper! In dat systeem zijn de tarieven berekend en niet door het management bepaald!
10. Voer wederom het '**intercollegiaal consult**' in, zodat de patiënt niet van de ene specialist via de huisarts naar de andere gestuurd wordt en er weer een nieuwe (dure) DBC moet worden geopend. Ook al zit deze aan de overkant van de gang!
11. Kies voor één **persoonsgebonden dossier** in plaats van het 'Electronisch Patienten Dossier, waar al 20 jaar aan wordt gewerkt, honderden miljoenen heeft gekost en nog niet functioneert!
12. Voer weer **woon-zorgcentra in voor ouderen**, waar deze goed verzorgd worden en stop met die flauwekul door alles thuis te laten doen door mantelzorgers (lekker goedkoop). Veel ouderen wonen in ruime woningen en willen graag over, mits de verzorging goed is. Dat maakt bovendien weer een hoop woningen vrij voor mensen die nu voor een woning op de wachtlijst staan.
13. Veel patiënten worden door de huisarts rechtstreeks doorverwezen naar het ziekenhuis. Vaak is dit voor een eenmalig bezoek bij een polikliniek. Voor dit bezoek wordt een dure DBC geopend. Om de kosten te drukken zou er een tussenlaag moeten worden ingesteld tussen de eerste lijn (huisarts) en het ziekenhuis (tweedelij), de zogenaamde anderhalve lijn. Een **Multidisciplinair Diagnose, Preventie en Behandel Centrum** zou hiervoor de oplossing zijn, waar holistische visie en preventie hoog in het vaandel staan.
14. Voer, net als in België een **eigen bijdrage** in van vijf euro voor bezoek aan de huisarts, zodat niet om het minst geringste deze wordt bezocht!
15. **Ontmantel ziekenhuizen** door veel poliklinieken en behandelafdelingen over te hevelen naar deze zogenaamde 'anderhalvelijns zorg'. Laat de hotelfunctie over aan zorghotels (meer dan de helft goedkoper en betere zorg) en waardeer het ziekenhuis op tot super gespecialiseerde centra met ieder hun eigen specialiteiten. Hierdoor wordt kennis geconcentreerd.
16. Zet de **juiste persoon op de juiste plaats**. Een ziekenhuis is een zorginstelling, dus het is logisch dat een arts aan het hoofd staat en geen cijfertuurder, die door vriendjes,

vanwege 'een nieuwe uitdaging' een carrière­stap wil maken! Want door een tablet van een manager is nog geen patiënt beter geworden!

Er zijn nog tientallen punten op te noemen om de zorg efficiënter en kostenbeperkender te maken, maar hier laat ik het even bij! Je kunt uiteindelijk wel concluderen dat het onbegrijpelijk is dat 25 jaar geleden de zorgpremie een kwart was van het huidige bedrag en vrijwel alles werd vergoed, zonder eigen risico en eigen bijdrage. Hiervoor kun je toch maar één schuldige aanwijzen: het rege­rings­beleid!