

Waarom betaal ik zoveel zorgpremie?!

Koos Dirkse. Leiden

Onlangs sprak ik een jongeman, die mij de vraag stelde: “Waarom moet ik vanaf mijn achttiende jaar verplicht zorgpremie betalen, dat een groot deel van mijn inkomen bedraagt. En dit, terwijl ik nog nooit gebruik heb gemaakt van zorg!” Een terechte vraag naar mijn mening.

Voorbeeld



Marcel – zo noem ik hem maar even voor het gemak – is 23 jaar en werkt vanaf zijn achttiende. Zijn huidige netto inkomen bedraagt ongeveer € 1400 per maand. Daarvan betaalt hij circa € 110 zorgpremie plus het (eventuele) eigen risico van € 385 per jaar. Dit houdt in dat hij (buiten de eigen bijdragen) ruim 10% van zijn netto inkomen aan premie betaalt. Wat Marcel niet wist is, dat hij via zijn belastingen ook nog een fors deel betaalt aan de zorg. Gemiddeld genomen draagt iedere Nederlander (dus ook baby's en gepensioneerden) € 6.660 (2020, bron CBS) per jaar bij aan de zorg.

Basisverzekering

In 2006 is het nieuwe zorgstelsel van kracht geworden. Iedere Nederlander is verplicht een basisverzekering af te sluiten en hiervoor premie te betalen. Zie dit als het oude verplichte ziekenfonds. Daarnaast kan men een vrijwillige zorgverzekering afsluiten voor extra faciliteiten.

De premie voor de basisverzekering wordt berekend op basis van de geschatte jaarlijkse kosten, gedeeld door het aantal (verplichte) premiebetalers. Jongeren tot achttien jaar zijn vrijgesteld van premie.

Vanuit de basisverzekering wordt de belangrijkste zorg vergoed. De inhoud van dit pakket aan verzekerde zorg wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld. Hoewel het aanbod aan vergoedingen voor iedere zorgverzekering identiek is, zijn de premies onderling ver uiteenlopend en kan maandelijks wel tientallen euro's verschillen.

De hoogte van de premie voor het komende jaar wordt meestal in de maand november door de zorgverzekeraars bekend gemaakt.

Stijging zorgkosten

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft berekend, dat de zorguitgaven in 2020 ruim 116 miljard euro bedroegen. Dat is 8,9 miljard meer dan in 2019, een stijging van 8,3 procent. Zorg is de grootste kostenpost in de begroting van de overheid, zo'n kwart van de totale begroting.

De zorgkosten zullen de komende jaren blijven stijgen. Volgens het Centraal Plan Bureau (CPB) werd er in 2017 ongeveer 23% van het inkomen aan zorg besteed. Als de stijging doorzet verwacht het CPB dat er in 2040 rond de 36% van het inkomen aan zorg wordt besteed. Nu kunnen politieke partijen het eigen risico wel willen verlagen, maar de kosten moeten toch worden opgebracht. Dit houdt in, dat de premie of het belastingtarief moet worden verhoogd.

Volgens een berekening in 'Toekomstverkenning 2018' van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) zullen de zorgkosten in 2040 ongeveer € 174 miljard euro

bedragen. Dit betekent dat er een bedrag van ongeveer 10.000 euro per jaar per inwoner aan zorg zal worden betaald.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

In 2005 is het nieuwe financieringsstelsel voor de zorg, de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) door VVD minister Hoogervorst, ingevoerd. Kort gezegd wordt er hierdoor, op basis van de diagnose, een totaal behandelpakket aangeboden. Doordat ieder ziekenhuis met de zorgverzekeraars apart hiervoor afspraken maakt, kunnen de prijzen variëren. Met deze maatregelen verwachtten de beleidsvoerders marktwerking op gang te brengen.

Dit is een volledige fiasco geworden. Om geen gezichtsverlies te hebben, is er in 2012 een aanvullend systeem ingevoerd, de zogenaamde DOT ('DBC's op weg naar Transparantie'). DBC/DOT kan gezien worden als een overmatig kostbaar en zeer fraudegevoelig systeem, dat door management/beleidsvoerders is opgezet.

Dit in tegenstelling tot veel landen om ons heen, die een systeem gebruiken, dat vanuit de medische praktijk is opgezet. Deze Diagnose Related Groups (DRG's) werkt uitstekend, is eenvoudiger, minder fraudegevoelig en goedkoper. Nederland wilde hiervan afwijken. Door de samenstelling van de laatste regeringen zal het declaratiesysteem ook (voorlopig) niet veranderen, omdat beleidsvoerders geen gezichtsverlies willen lijden voor een systeem, dat door partijgenoten is opgezet en daarbij komt de tunnelvisie die er heerst.

Administratiekosten

De administraties binnen de zorgkosten leiden tot circa 35% van de totale zorgkosten, ofwel een bedrag van een ruim 40 miljard euro. En dan gaat het niet over de notities die zorgverleners tijdens een behandeling maken, maar over alle bureaucratie die om dit vakgebied is heen gebouwd. Vele mensen en vooral instanties hangen aan het zorgkosteninfuus, zonder een effectieve bijdrage hieraan te leveren!

Zorggelden die door de overheid op een makkelijke manier 'verkwanseld' worden. Te denken valt hier onder meer aan:

- de invoering van het EPD, dat al in 2002 is gestart, honderden miljoenen heeft gekost en in feite nog steeds niet werkt
- het invullen van allerhande lijstjes waarom landelijke instanties, zoals zorgverzekeraars, vragen
- het aantal zorgverzekeraars met hun grote aantal medewerkers, enorme honoraria en bonussen en immens luxe gebouwen.

Mogelijke oplossingen

Iedere schakel die zich tussen de overheid en de patiënt en/of zorgverlener bevindt, maakt het extra complex en kost extra veel (zorg)geld. Bovendien is de overheid hierop het zicht verloren.

1. De overheid moet zijn verantwoordelijkheid nemen en de **uitvoering van het zorgstelsel** weer in eigen beheer nemen. Een basisverzekering, waarbij de inning van de premie wordt ondergebracht bij de belastingen. Het is tenslotte een verplichte verzekering, vergelijkbaar met de AOW. Hierdoor zal er al een daling van de kosten plaatsvinden. Het ambtenarenapparaat, dat zich nu bezighoudt met de zorgpremie en de zorgtoeslag, wordt overbodig. Komen de laagstbetaalden met hun inkomen niet uit, dan kan de belastingschijf in de laagste groep(en) worden aangepast. In veel landen om ons heen wordt de zorgpremie al geïnd via de belastingen.

2. Er dient **één basisverzekering** te komen met voor ieder dezelfde premie. Deze basisverzekering moet een brede vergoeding hebben. Voor extra behandelingen kan een aanvullende verzekering worden afgesloten bij een commerciële zorgverzekering.
3. **Afschaffen eigen risico** voor de basiszorg;
De grote winstbedragen bij de zorgverzekeraars geven aan, dat het eigen risico een onnodige kostenfactor voor de patiënt is, de zorgverzekeraars zouden geen winst moeten genereren. Heel veel mensen komen hierdoor in financiële nood en kunnen maar nauwelijks een basisverzekering betalen. Dit kan anders als de zorgverzekeraars aan meer banden worden gelegd. Duidelijk is dat marktwerking hier averechts heeft gewerkt. Een verzekeraar, die geen eigen risico laat betalen, zou de andere verzekeraars overstag kunnen helpen.
4. **Contractering** is een dure werkwijze aan beide kanten van het contract, die onder de streep weinig tot niets bijdraagt aan kostenbeheersing en kwaliteitscontrole. Het zorgt alleen maar voor een hoop extra administratief werk, dat niet ten goede komt aan de zorg voor de patiënt. Eerstelijns praktijkvoerders hebben hier heel veel werk aan, dat in feite tot niets leidt. Deze contractering dient zo spoedig mogelijk te worden afgeschaft.
5. Er dient een **(lage) eigen bijdrage** te worden ingevoerd bij bezoek aan bijvoorbeeld de huisarts van bijvoorbeeld 5 euro overdag en 10 euro tijdens het avondsprekeuur. Dit zal het 'kaf van het koren' scheiden voor onnodige bezoeken.
6. **Behandeling zonder muren.** Een patiënt dient voor behandeling naadloos te worden behandeld tussen verschillende specialismen. Nu is het zo, dat als een patiënt bij een internist loopt en deze via een scan / MRI een afwijking ziet bij bijvoorbeeld de prostaat, deze wordt doorgestuurd naar een uroloog. Dit gebeurt niet rechtstreeks, al zit deze in dezelfde gang, maar via de huisarts. Dit is niet alleen voor de patiënt zeer belastend, maar drijft ook de kosten op. Ten eerste een consult bij de huisarts voor de verwijzing, die vaak nog extra laboratoriumonderzoek laat doen. Daarnaast wordt er een nieuwe DBC geopend voor urologie dat honderden euro's kost, ook al is het bezoek slechts eenmalig!
7. Er dient veel meer aan **preventie** te worden gedaan.
 - De **mondhygiëniste** dient in het basispakket te worden opgenomen. Dit scheelt een hoop narigheid en aandoeningen in de toekomst. Nu wordt deze vaak vermeden, omdat het nut er niet van wordt ingezien en/of de kosten te hoog zijn. Er zijn uitkomsten van onderzoeken, die aangeven, dat slechte mondhygiëne, zoals ontstoken tandvlees kan leiden tot aderverkalking, infarcten, artritis, botontkalking, longontsteking en zelfs enkele vormen van kanker kan veroorzaken!
 - Onderwijs geven in **EHBO, het bedienen van de AED** en zorgverlening. Het behalen van een diploma hiervoor verplicht stellen in het onderwijs. Dit voorkomt om te laat in actie te komen bij hartfalen en er is direct hulp als er een ongeval is. Dit alles voorkomt veel problematiek en mensen zijn meer genegen om elkaar te helpen. Dit bevordert de samenleving positief. Daarnaast geeft het mensen inzicht in de zorg voor een ander, helpen van de medemens door professionals wordt anders bekeken en zal de agressie tegen ambulancepersoneel sterk verminderen.
 - **Gezond zijn en gezond blijven** in plaats van ziekte en zorg.
Gezond eten, bewegen en ontspanningsoefeningen;
 - Actief het gebruik van zorgapp's stimuleren.
 - Het uitlezen van de zorgapp's in zorgcentra faciliteren. Zorg op maat.

- Educatie over gezond leven begint al in het basisonderwijs, het zou verplichte kost moeten zijn. Dit bevordert de kennis al van kinds af aan hoe gezond te leven, te eten, te sporten en te bewegen. Dit voorkomt obesitas bij jonge kinderen.
 - Er moet **meer geld voor onderzoek** naar bepaalde ziekten en behandeling en dit *niet alleen van de collectebus laten afhangen*.
 - **De voedingsindustrie** moet verantwoordelijk gedrag tonen, ook hier meer aandacht voor biologisch/ biodynamisch/ duurzame landbouw. Dit bevordert ook onze agrarische sector en er wordt meer gezonde voeding aangeboden. Door meer productie van biologisch voedsel wordt het goedkoper. Daardoor kunnen meer mensen kiezen voor gezonde voeding en bevordert het, naast de economie, de gezonde levensstijl wat weer beter is voor de mens en de zorgbehoefte vermindert. De voedingsindustrie verplichten om suiker (diabetes) en zout (bloeddruk, nieren) drastisch te verminderen!
 - De overheid moet de strijd aangaan tegen de ‘**obesitas-epidemie**’! Meer voorlichting onder meer op scholen, minder ongezonde snacks in openbare ruimten van ziekenhuizen, scholen, overheidsgebouwen. Net als bij het roken aangeven wat de gevolgen kunnen zijn!
 - De **wachttijden** moeten sterk worden gereduceerd, zeker met het vermoeden van een ernstige aandoening. Nu is het zo, dat patiënten lang moeten wachten om gedotterd te worden. Ook patiënten met kanker worden niet op korte termijn geholpen. Dit met alle risico's van dien.
- 8. Wijzig de (besmette) naam van het EPD (**Elektronisch Patiënten Dossier**), waaraan sinds 2002 wordt ontwikkeld. Het woord ‘elektronisch’ werd gebruikt voor rekenmachines in de zestiger en begin zeventiger jaren. Hoe kan men zich vasthouden aan zo een uit de tijd geraakte term! Digitaal Zorg Dossier zou al beter zijn, maar nog beter is het om het ‘PersoonsGebonden Dossier (PGD)’ te noemen. Zoals het nu gaat om, met toestemming van de patiënt, al zijn of haar gegevens te verzamelen bij alle zorgverleners en deze koppelen aan het Landelijk Schakel Punt (LSP). Dit blijkt na zestien jaar nog steeds niet goed te werken.
 - Invoering **PatiëntGebonden Dossier** (PGD). De patiënt moet eigenaar worden van zijn PGD, waarbij de huisarts als regievoerend arts optreedt. In dit systeem blijft de patiënt eigenaar, toezichthouder en bewaarder van het dossier. De patiënt moet dan de mogelijkheid hebben om van huisarts te kunnen wisselen en niet vanwege postcodebeleid vast te zitten. Dit om eigen regie waar te kunnen maken en als het niet klikt tussen arts en patiënt moet er gewisseld kunnen worden. Belangrijk is het vertrouwen tussen patiënt en arts, dat moet voorop staan. Wel moet er regelgeving zijn dat een patiënt niet kan 'arts-hoppen'. Een voorstel zou kunnen zijn, dat een patiënt in 5 jaar maximaal 2 keer mag wisselen van huisarts op gegronde redenen: zoals vertrouwen of veiligheid.

De patiënt kan rekenen op een actueel, volledig en betrouwbaar zorgdossier (PGD). Hij/Zij bepaalt zelf welke apotheker(s) en collega-zorgverleners toegang krijgen tot (onderdelen van) zijn/haar zorgdossier. Deze zorgverleners ondersteunen de patiënt en de apotheker door de benodigde informatie te verstrekken, die het veilige, effectieve en doelmatige geneesmiddelgebruik ondersteunen. Om deze informatie te vergaren werken apothekers samen met patiënten, voorschrijvers, andere zorgverleners en klinisch chemici. Wanneer deze informatie real time wordt ingeladen in het zorgdossier van de patiënt, kan de apotheker optimale medicatiebewaking uitvoeren. Ook bij bezoek van

de patiënt bij een arts of zorginstelling in het buitenland zal dit PGD sterk bevorderlijk zijn voor de behandeling.

9. Vooral de eerstelijnszorg ruimte gegeven voor **zorgondernemerschap**; Huisartsen, apothekers, logopedisten, fysiotherapeuten, tandartsen, diëtisten, orthopedagogen en psychologen worden gezien als ondernemers. De overheid moet stoppen met de verkapte en soms openlijke concurrentie met vrijgevestigden. Initiatieven als het Centrum voor Jeugd en Gezin en veel eerstelijns projecten worden door de belastingbetaler mogelijk gemaakt en zijn concurrerend met de praktijken van vrijgevestigden. In de eerstelijnszorg worden alleen professionals toegelaten en hun financiering mogelijk gemaakt, indien deze beschikken over licenties/ registraties ter zake.
10. Meer **ruimte voor ZZP-ers** in de zorg. Meer maatwerk en kleinschalige zorg ontstaan bijvoorbeeld in door de ZZP-ers zelf opgezette samenwerkingsverbanden Door samenwerken ontstaan nieuwe netwerken en betere zorg.
11. **Verminderde bureaucratie en complexiteit**. Schrappen van overlappende registratiesystemen. Stoppen met contractering, vereenvoudiging van de uniforme basisregistratie met internationale code- en classificatiestelsels, en handvatten om die werkwijzen te kunnen kiezen die de bureaucratie afbouwen.
12. Ziekenhuizen omvormen tot **super gespecialiseerde centra**. Het aantal ziekenhuizen terugbrengen tot circa 40 ziekenhuizen, maximaal één ziekenhuis per regio. Dat ziekenhuis voert de regie over een aantal satellieten, waarmee de bereikbaarheid van de (basis)zorg is gerealiseerd.

Specifieke behandelingen worden over de regio heen georganiseerd:

- **centralisatie** van kennis, kunde en ervaring
- **borging van de kwaliteit**. Denk bijvoorbeeld aan oncologische zorg.
- Groot deel poliklinieken overhevelen naar **Diagnose Behandel Centra**.
In iedere gemeente bevinden zich zeer veel vrijgevestigde praktijken binnen de eerstelijnszorg. Naast de eigen praktijk, doet de huisarts bovendien dienst in de HAP (Huisartsen Post). De tarieven binnen de HAP's liggen vele malen hoger dan bij de huisarts zelf. Steeds meer patiënten gaan gebruikmaken van de HAP, omdat dit makkelijker is na werktijd. De patiënt let niet op de kosten. Bovendien raken de HAP's overvol.
Daarnaast verwijst de huisarts voor een röntgenfoto, echo of scan de patiënt door naar een ziekenhuis. De vestiging van disciplines in een DBC is daarom een noodzaak om bereikbaarheid van zorg te stimuleren en de kosten te beteugelen. De industrie zou het stuk 'beeldvorming' en dergelijke voor zijn rekening kunnen nemen.
- Verpleegzorg/hotel faciliteiten onderbrengen bij **zorghotels**. Onderzoek heeft aangetoond dat de opgenomen patiënt het zeer belangrijk vindt dat het 'belletje', het noodsignaal voor de verpleegkundige, altijd onder handbereik is. Duidelijker kan onzekerheid en angst bij de patiënt niet worden aangetoond. Dat is te vertalen als een kreet om veiligheid en geborgenheid. Een kille ziekenhuiskamer, tijdgebonden professionals en gemis aan bekenden zijn niet de oplossing.
Het moment komt dat de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Onder druk van prestatie-indicatoren en de zorgverzekeraars houdt het ziekenhuis de verpleegduur zo kort mogelijk. Patiënten, die door omstandigheden nog niet naar huis kunnen, zouden in een zorghotel langer kunnen verblijven. De tijd die het herstel gaat duren is afhankelijk van de diagnose en behandeling. Dan is het 'Hotel met Zorg' een uitkomst voor het eerste of het volledig herstel met

professionele hulp. De patiënt is niet langer de gebroken heup, maar meneer Janssen.

Niet vreemd: gastvriendelijkheid is in de bedrijfscultuur geworteld. De klant centraal is geen loze kreet maar realiteit. Bovendien is een verpleegdag in een zorghotel **minstens de helft goedkoper** dan in een ziekenhuis.

- De **medische industrie zorgt**. Naast de regiocentratie, zorg op de centrale plaats, worden de gesprekken met de medische industrie geopend tot het overnemen van specifieke functies met specifieke apparatuur. Concreet betekent het dat een deel van het zorgproces, met name het onderzoeksproces, met personeel, overgenomen wordt door de medische industrie. - Vergelijk het met de automotieve industrie, waar op het terrein van de autobouwer de toeleverancier de onderdelen bouwt. -
- Functies als **productieapotheek en laboratorium** moeten over de regio's heen gecentraliseerd worden, in verband met de verregaande automatisering van het proces. De rol van het ziekenhuis en van de specialist verandert drastisch van zorgleverancier naar zorgdienstenleverancier, waarvoor ze ingeschakeld worden.

De voorzieningen staan ook ter beschikking van de eerstelijnszorg, denk onder meer aan: one-day-diagnostic. Indien dat nodig is, zal het zorgtraject (deels) door het ziekenhuis worden uitgevoerd/gecoördineerd.

13. De **ICT op schaal brengen**. De veranderingen pleiten voor één centraal medisch dossier in de zorg. Het is eenvoudigweg te omschrijven als een ringleiding waarop de zorgverleners de medische informatie plaatsen en afnemen. Naast het gebruik van tekst wordt de verleende zorg gestructureerd vastgelegd met internationale referentiesystemen.

Hiermee wordt onder meer 'best practices' inzichtelijk gemaakt, de benodigde informatie voor de declaratie afgeleid, de output van de geleverde zorg gemonitord, alsmede de kwaliteit van de zorg in beeld gebracht middels indicatoren.

- Meer gebruikmaken van **koppelingen van systemen** om kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren;
Er zijn heel veel systemen die voor en rond de patiënt worden gebruikt, waarvan er veel langs elkaar heen lopen. Door deze systemen aan elkaar te koppelen komt er een hoop informatie vrij.
- Ruimte creëren voor **innovatieve projecten**. Nu worden burgers en zorgverleners aangemoedigd initiatieven te ontplooiën, die vervolgens vastlopen. Diverse zorggroepen als fysiotherapeuten (Dutch YPA, Vereniging Fysiotherapie & Wetenschap) en andere, die met subsidie veel initiatieven en onderzoeken willen ontplooiën. En innovatie zorgt voor kwaliteit.
- **Hergebruik van zorgdata** voor verbetering (best practices) en financieren van zorg;
Door (centraal) verzamelde zorgdata (anoniem) tegen vergoeding ter beschikking te stellen aan de wetenschap en industrie voor wetenschappelijke en onderzoeksdoeleinden. Op het gebied van de fysiotherapie is hier al een plan voor om deze informatie te delen met een departement binnen het NIVEL voor de wetenschap.

14. Een einde maken aan de **bureaucratische nachtmerrie van DBC's** (Diagnose Behandel Combinatie)

Onmiddellijke afschaffing van het DBC-systeem, waarin Nederland wereldkampioen is met een kosmisch aantal van 44.000 codes, volgens het programma Radar.

Per 1 januari 2005 is de DBC ingevoerd. DBC staat voor Diagnose Behandel

Combinatie. De DBC biedt een totaalpakket voor een behandeling, gekoppeld aan een diagnose. De invoering van deze revolutionaire nieuwe manier van registreren heeft heel wat voeten in de aarde gehad en is sterk omstreken. De DBC-systematiek leidde al gauw tot een ondoorzichtig geheel aan codes, dat heeft geleid tot de invoering per 1 januari van DOT (DBC's Opweg naar Transparantie). Bovendien is gebleken, dat de DBC-systematiek zeer fraudegevoelig is en de zorgkosten op een enorme manier opdrijft. Daarbij zijn de tarieven, in tegenstelling tot andere internationale systemen, die aan een DBC gekoppeld zijn, **niet berekend, maar door het management bepaald**.

Het kan gebeuren dat een handeling bij de huisarts gratis is (bijvoorbeeld het verwijderen van een teek), terwijl dezelfde handeling, dat via een DBC wordt gedeclareerd, meer dan 1000 euro kost. Met de afschaffing van het DBC systeem moet het behandelingsplafond van het ziekenhuis worden afgeschaft. We moeten weer uitgaan van vertrouwen in de poortwachter van de zorg, die om geen andere dan een medisch inhoudelijke, dus een kwalitatieve, reden binnen de perceptie van de patiënt een verwijzing zal doen.

- **Invoering DRG's** (Diagnosis-Related Groups). Invoering nieuwe declaratiestructuur op basis van internationaal toegepaste declaratiesystematiek DRG's. Medische specialisten en andere zorgverleners hebben hiervoor grote bijdragen geleverd om dit systeem tot stand te brengen. De tarieven zijn berekend. DRG's worden wereldwijd in veel landen gebruikt. Door ook in Nederland DRG's in te voeren is vergelijking in behandeling met andere landen mogelijk. Nu moeten er constant conversietabellen worden aangemaakt tussen DBC's en DRG's, wat bakken met geld kost!
- Bekostigingssystematiek **opsplitsen in DAM** (Diagnose, Activiteiten, Medicatie). Hierdoor kan er per proces - van diagnose-therapie-medicatie-herstel-begeleiding - eenvoudig worden gecontroleerd, waardoor de kostenstijging in de zorg wordt veroorzaakt en kan hierdoor eenvoudig worden bijgestuurd.

15. **Verkleinen macht van de toezichthouders.** De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) heeft nu meer het belang van ministerie en zorgverzekeraar centraal gesteld. De geheimhoudingsplicht wordt nu overtreden als een zorgverlener uit angst voor zijn contract alle informatie vrijgeeft.

16. **Centrale Inkoop Zorg- en Geneesmiddelen.** De kosten van medicijnen/geneesmiddelen maken een groot deel uit van de zorgkosten. Met name de vergrijzing en het beschikbaar komen op de markt van dure nieuwe geneesmiddelen verklaart het grootste deel van de stijging.

In brede zin wordt er in de zorg vaak niet gekeken naar collectief inkopen en onderhandelen. Het wordt immers toch wel vergoed, dus bij wie ligt nu de prikkel om te komen tot lagere kosten? Maatschappelijk gezien zijn we er allang van overtuigd dat de zorgkosten niet eindeloos kunnen doorstijgen. Tegelijkertijd willen we wel graag alle mogelijke middelen kunnen aanwenden voor genezing. Tijd voor ingrijpende maatregelen.

Het is de moeite waard om een inkoopbureau aan het werk te laten gaan namens alle ziekenhuizen met als doel de kosten naar beneden te brengen. Het oprichten van een centrale inkooporganisatie en het gezamenlijk afdwingen van stevige kortingen verdient een serieuze kans! Als alle ziekenhuizen de inkoopgegevens en de leverancierslijsten bij elkaar voegen kunnen er zonder twijfel resultaten worden geboekt.

Voorbeeld: Als een medicijn in Portugal 35% van de Nederlandse prijs kost, kopen we

via Portugal in. Helemaal als er voor producten en leveranciers meerdere mogelijkheden zijn, dan liggen de voordelen voor het oprapen. Een onafhankelijk bureau dat puur op de korting wordt afgerekend, zoals in de dentale markt, werkt super effectief. Bovendien kunnen door centrale facturatie en het overslaan van tussenpersonen nog meer voordelen geboekt worden. Prijsdaling in plaats van prijsstijging moet nu het motto worden.

Tot slot

Al jaren wordt er gesteggeld over de toenemende zorgkosten. Maatregel op maatregel wordt genomen. Dit heeft tot weinig succes geleid. Wil men de zorgkosten daadwerkelijk in de hand (blijven) houden dan dienen er drastische maatregelen te worden genomen en geen lapmiddelen te worden toegepast, zoals de laatste jaren het geval was. Zolang dit niet gebeurt, zullen de kosten hard blijven stijgen. Hierdoor zullen zeer veel mensen in grote problemen gaan komen. Berekeningen hebben al uitgewezen, dat dit over vijftien jaar wel eens kan leiden tot 40% van het inkomen bij de laagst betaalden. Zoals het er nu (maart 2021) naar uit ziet, verwacht ik dat de zorgpremie volgend jaar gemiddeld € 120 per maand zal bedragen, het basispakket nog meer wordt versoberd en de eigen bijdragen fors zullen toenemen.

Om de kosten daadwerkelijk te beteugelen moet de regering in eerste instantie eens naar de uitgaven binnen het zorgstelsel gaan kijken en niet alleen naar de totale jaarlijkse kosten!

Mijn stichting, de Healthy Community Foundation heeft een zorg(verbeter)plan geschreven. De aanbevelingspunten hierboven zijn eruit overgenomen. Dit zorgplan is te vinden op: www.pdfarchief.com/Zorgplan.pdf.