

4

Zorg Verzekerd?!

- **Eindelijk de nieuwe zorgverzekeringswet!**
- **Het nieuwe verzekeringsstelsel: een zware bevalling ...**
- **Onzekere tijden bij de zorgverzekeraars**
- **Gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor huisartsen**
- **Dossier 'Diagnose Behandel Combinatie'**

Colofon

Veertiende jaargang
Nummer 4
December 2005

NOTA-ABBG

Nederlands Onafhankelijk Tijdschrift
Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Redactieraad NOTA-ABBG

Noortje Staal
Céline van Elst
Ronald Hortensius
Penny Senior
Marloes Berkers
Jeroen Havers
Maarten Veldstra

Eindredactie

Céline van Elst

Vormgeving

Ronald Hortensius

Doelstelling ABBG

De Alumnivereniging voor Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg (ABBG) is een vereniging voor
oud-studenten van de studierichting Beleid en Beheer
van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der
Gezondheidswetenschappen van de Universiteit
Maastricht.

De doelstelling van de ABBG, zoals in de statuten
vastgelegd, is het onderhouden van contacten tussen
de leden onderling en de faculteit. Zij ondersteunen
elkaar door het uitwisselen van kennis, informatie en
werkervaring via leidendagen, symposia en
interviewgroepen.

Bestuur ABBG

Jacco Aantjes, voorzitter/waarnemend secretaris
Carina Parmentier, penningmeester
Annemieke van der Meij, ledenadministratie /
algemeen bestuurslid
Brigitte van der Zanden, algemeen bestuurslid
Rosian Schoenmakers, algemeen bestuurslid
Joris Ruijters, algemeen bestuurslid/coördinator
website

ABBG on-line

e-mail: info@abbg.nl
homepage: www.abbg.nl

Uitgave

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Druk

SpectraFacility B.V.
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Kopij

Sluitingsdatum 21 februari 2006
Verschijning NOTA 1 week 11
Kopij sturen naar:
ABBG o.v.v. redactie 'NOTA'
postbus 616
6200 MD Maastricht

Advertenties

Halve pagina: € 200
Hele pagina: € 275
Jaarcontract halve pagina: € 500
Jaarcontract hele pagina: € 800
Voor meer informatie:
e-mail: info@abbg.nl

Abonnementen

Gekoppeld aan lidmaatschap ABBG.
Lidmaatschapsbijdrage € 25,00 voor leden en
buitengewoon leden en € 15,00 voor aspirant-leden.
Abonnementsgeld over te maken op gironummer
3177804 t.n.v. ABBG te Maastricht o.v.v. 'contributie'.
Opzegging van het lidmaatschap kan jaarlijks en
dient vóór 1 december plaats te vinden.

..... Inhoud

Redactioneel	3
Uit het bestuur	4
Eindelijk de nieuwe zorgverzekeringswet!	5
Het nieuwe verzekeringsstelsel: een zware bevalling ...!	7
Onzekere tijden bij de zorgverzekeraars	9
Gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor huisartsen	11
In beeld... (1)	14
In beeld... (2)	15
Online	16
Alumnis Opinio	17
Dossier 'Diagnose Behandel Combinatie'	18
Bericht uit Maastricht	21
"UM-laut"	22
Verenigingsnieuws	23
ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier	24

Redactioneel

Door Céline van Elst

Ik ben een beetje keuzemoe.

Het aanbod van mijn zorgverzekeraar viel, geheel tegen mijn verwachting in, al half november op mijn mat. De envelop heeft daarna drie dagen op tafel gelegen, nog fijn dichtgeplakt. Want ik ken mijzelf, als ik hem open maak dan roept de inhoud meestal zoveel vragen op dat ik in al mijn verzekeringspolissen ga spitten (ben ik voor zorgkosten in het buitenland niet ook al verzekerd in mijn doorlopende reisverzekering?), rekeningen vind die ik nog lang niet heb ingestuurd en zo geheel onbedoeld in 'een project' beland.

Na ongeveer twaalf verschillende reclamespots¹ over de nieuwe zorgverzekering, healthchecks voor vijftien Euro en gegarandeerde operatie binnen twee weken heeft mijn nieuwsgierigheid het deze week toch gewonnen: mijn nieuwe polis, inclusief basis, aanvullende verzekering en collectiviteitskorting voor slechts € 94,63. En natuurlijk de onvermijdelijk vragen: wat heb ik hiervoor precies. Is dat nu veel of weinig? Hoeveel ga ik erop achteruit (vooruit lijkt me op voorhand al een onwaarschijnlijk scenario)² en wil ik me nog wel aanvullend verzekeren?

Mijn nieuwe aanbod ligt ruim twintig Euro boven mijn huidige netto premie inclusief werkgeversbijdrage. Volgens www.independ.nl moet ik hetzelfde pakket elders goedkoper kunnen krijgen. Maar zou de Friesland Zorgverzekeraar³ ook zaken doen in Brabant? Het zou toch bar ongezellig zijn tijdens het bezoeken als ik onverhoopt naar het ziekenhuis in Leeuwarden moet. Of zal ik dan kiezen voor een restitutiepolis? Prima hoor, maar zou je dan ook een eventuele opname van honderden zo niet duizenden Euro's in het ziekenhuis moeten voorschieten?

Mijn project 'nieuwe zorgverzekering' heb ik voorlopig in de ijskast gezet. Ik koester de hoop dat mijn werkgever nog een kleine bijdrage gaat leveren en zie het effect bij ongewijzigd beleid wel op mijn loonstrook in januari. Tenslotte hoef ik pas voor 1 maart aan te geven op welk aanbod ik wil ingaan.

Ik ga me nu richten op mijn sint- en kerstcadeaus om me via kieskeurig, marktplaats, ebay en al het foldermateriaal uit mijn brievenbus te oriënteren op de beste deals. Ik voel weer een project aankomen!⁴

¹ Alles over de nieuwe zorgverzekeringswet lees je in deze laatste NOTA van 2005. Zie onder andere het artikel over de gevolgen van de nieuwe zorgverzekeringswet voor de zorgverzekeraars.

² Lees ook de column UM-laut met bijdrage van Hans Maarse

³ Lees ook de bijdragen 'In Beeld': Peter Visch en Hein Tacken

⁴ Natuurlijk wenst de NOTA-redactie jou een fijne feestmaand toe en alvast een onbezorgd 2006!

Uit het bestuur

*Door Jacco Aantjes,
voorzitter ABBG*

De laatste NOTA van het jaar..... Of kan ik beter zeggen, de eerste NOTA voor we allemaal een nieuwe zorgverzekering hebben. Het jaar 2005 ligt zo goed als achter ons, waarbij dit voornamelijk heeft gestaan in het voorbereiden van veel zaken. En nu het jaar op zijn einde loopt blijkt dat alleen de zorgverzekeringswet echt van kracht zal gaan worden 1 januari. Deze NOTA staat hierbij uitgebreid stil.

Voor de oplettende lezer heb ik de vorige NOTA vermeld dat ik in afwachting was van ons 1^e kind. En om een ieders nieuwsgierigheid te bevredigen, het is een meisje geworden: Hannah. Ondertussen is ze al drie maanden en heeft als grootste hobby lachen! (N.b. Even een persoonlijke noot van een apetrotse vader)

Vooruitkijkend naar 2006 hebben we weer een aantal nieuwe bestuursleden nodig. We zoeken met name iemand met affiniteit met webapplicaties, om het ontwikkelen en beheer van de website van de ABBG over te nemen.

Dus nu je tuin winterklaar is, de TV geen enkel programma kent dat het bekijken waard is, invullen van kruiswoordpuzzels niet erg aantrekkelijk klinkt en één van de leukste verenigingen je betrokkenheid goed kan gebruiken, ga je alsnog bij het bestuur van de ABBG. En anders ga je gewoon bij de NOTA redactie, minstens zo gezellig).

Rest mijn nog iedereen namens het bestuur fijne feestdagen toe te wensen. En zoals altijd: Veel plezier met het lezen van de NOTA.

Eindelijk..... de nieuwe Zorgverzekeringswet!

Door Noortje Staal

Nog maar enkele dagen te gaan en dan treedt de Zorgverzekeringswet in werking. Die nieuwe Zorgverzekeringswet voorziet in één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland. De nieuwe zorgverzekering vervangt onder meer het huidige ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering. De belangrijkste punten op een rij.

1 Verzekeren verplicht!

Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is elke AWBZ-verzekerde wettelijk verplicht om zich te verzekeren. In de huidige situatie zijn alleen werknemers, uitkeringsgerechtigden en ondernemers met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens verplicht zich te verzekeren. Mensen met een hoger inkomen hebben nu nog de keuze: wel of niet verzekerd door het leven. Twee groepen zijn niet verplicht om zich te verzekeren: militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden.

2 Standaardpakket noodzakelijke zorg

Het verzekerde pakket in de Zorgverzekeringswet biedt noodzakelijke, op genezing gerichte zorg die is getoetst aan de eisen van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Het verzekerde pakket sluit aan bij het pakket van de ziekenfondsverzekering en Wtz 1998 dat er is op het moment van invoering. Periodieke toetsing van het verzekerde pakket aan genoemde criteria is nodig om te bepalen of zorgvormen uit het pakket moeten worden verwijderd.

3 Zorgverzekeraars voeren de verzekering uit

Om de zorgverzekering uit te mogen voeren moeten zorgverzekeraars voldoen aan de voorwaarden van de Zorgverzekeringswet. De verzekeraars zijn als schadeverzekeraars onderworpen aan de verplichtingen uit de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf uit 1993. Over de uitvoering van de zorgverzekering kan winst worden gemaakt. Zowel de huidige ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars mogen de wet uitvoeren. Ook kunnen nieuwe verzekeraars toetreden.

Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet

Deze wet regelt hoofdzakelijk technische aspecten, nodig voor een zorgvuldige overgang van het oude naar het nieuwe verzekeringsstelsel. Ten eerste worden met die wet de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden ingetrokken. Ten tweede bevat de wet overgangs- en invoeringsrecht.

4 Acceptatie verplicht

De zorgverzekering is verplicht om iedereen te accepteren die binnen zijn werkgebied woont. Dit geldt voor alle door hem in die provincie aangeboden verzekeringsmodellen. De zorgverzekeraar meldt de aspirant-verzekerde welke keuzes er zijn binnen het standaard verzekerde pakket. Het gaat dan om de mogelijkheden voor eigen risico en om combinaties van gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in het gebied waar de verzekerde woont, mede in relatie tot de nominale premie. Met de informatie kan de verzekerde bewust kiezen. De zorgverzekeraar mag niemand weigeren.

5 Risicoverevening

Een systeem van risicoverevening met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria, is onmisbaar om te voorkomen dat er voor de zorgverzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico's, als gevolg van de acceptatieplicht. Het systeem van risicoverevening draagt bij aan een level playing field voor zorgverzekeraars.

Wet op de Zorgtoeslag

Tegelijk met de Zorgverzekeringswet treedt de Wet op de Zorgtoeslag in werking. Het wetsvoorstel voorziet in een zorgtoeslag, die waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan premie hoeft te betalen dan wat aanvaardbaar wordt geacht. Deze wet wordt uitgevoerd door de belastingdienst.

6 Zorgplicht vanuit de verzekeraar

De verzekerde heeft of recht op zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener of recht op vergoeding van gemaakte kosten met daarbij desgewenst bemiddeling van de zorgverzekeraar. Hoewel de zorgplicht op twee manieren kan worden ingevuld, krijgt de verzekerde altijd de zorg die nodig is. In het ene geval krijgt de verzekerde zorg van aanbieders waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. In het andere geval heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van de zorg en desgewenst bemiddeling door de zorgverzekeraar om die zorg te verkrijgen.

7 Verzekerde kiest zelf

De verzekerde kiest zelf bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert. De voornaamste keuze-elementen zijn: de hoogte van de nominale premie, de prestatiewijze waarop de zorgverzekeraar de verzekering uitvoert en het eigen risico. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kunnen burgers zich oriënteren op de wijze waarop zorgverzekeraars de verzekering uitvoeren, bijvoorbeeld of er specifieke contracten zijn gesloten met zorgverleners. Daarnaast is er een aantal wettelijk geregelde keuze-elementen zoals het eigen risico.

8 Zorgverzekeraar moet landelijk opereren

Alleen als een maatschappij minder dan 850.000 verzekerden heeft, mag de zorgverzekeraar het werkgebied beperken tot tenminste een hele provincie. Deze regeling verlaagt de drempel voor nieuwe zorgverzekeraars op de markt; zij kunnen beginnen in een kleiner werkgebied en dat gaandeweg uitbreiden. Tevens biedt dit zorgverzekeraars de gelegenheid om groeistrategieën uit te zetten voor de contractering van aanbieders.

Vacature NOTA redactie

De redactie van de NOTA is op zoek naar meerdere nieuwe, actieve leden van de ABBG die zich willen inzetten voor het vormgeven en vullen van de NOTA. De NOTA is hét blad van de ABBG, komt elk kwartaal uit en wordt verzonden aan alle ABBG leden en contacten op de Universiteit Maastricht. Als lid van de NOTA redactie help je mee om:

- de NOTA te vullen met boeiende artikels, interviews en columns. Dit kan door deze zelf te schrijven maar ook door anderen hiervoor te benaderen;
- de NOTA een boeiend blad te maken voor alle alumni Beleid & Beheer;
- nieuwe thema's en mogelijkheden voor de NOTA te bepalen;
- contact met de leden van de ABBG te onderhouden.

De redactie bestaat momenteel uit 7 actieve leden, variërend van recent afgestudeerd tot al ruimere tijd werkend. We zijn allemaal werkzaam in de zorg of aanverwante sectoren, maar er is grote verscheidenheid in functie, sector en ervaring. Dat maakt de redactie tot een gezellige, gemengde groep waar iedereen zijn/haar eigen inbreng heeft. Vanwege het komende vertrek van twee actieve leden (in 2006) zijn wij op zoek naar nieuw bloed!



De redactie vergadert 4 keer per jaar op een zaterdag, telkens bij iemand anders thuis. Tijdens zo'n vergadering evalueren we de laatste NOTA, bespreken we de bijdragen voor de komende NOTA en brainstormen we voor de nieuwste NOTA. Dit gebeurt altijd onder het genot van koffie, gebak en M&M's en zo af en toe een etentje.

Lijkt het je wel wat om artikels te schrijven en/of regelen voor de NOTA, vind je het leuk om contacten te onderhouden met andere alumni B&B-ers en eens verder te kijken dan je eigen werkveld, kom dan eens kijken bij de redactie. Neem vrijblijvend contact op met Penny Senior (redactielid) op 030-2679703 of 06-55884131 of via pnsenior@hotmail.com voor meer informatie of voor aanmelden. Kom de sfeer proeven op de volgende redactievergadering!

Het nieuwe verzekeringsstelsel: een zware bevalling ...!

Door Noortje Staal

Tijdens onze colleges waren begrippen als stelselherziening, compartimentenstelsel, gereguleerde marktwerking en concurrentie aan de orde van de dag. De lange bevalling die uiteindelijk tot de geboorte van een basisverzekering voor iedereen zou leiden, was ingezet. Binnenkort lijkt het langverwachte kind eindelijk ter wereld te komen met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006. Een terugblik!

Jaren zeventig: Structuurnota Gezondheidszorg (1974)

Het overheidsbeleid in de gezondheidszorg staat al sinds het begin van de jaren zeventig in het teken van kostenbeheersing. Staatssecretaris Hendriks brengt in 1974 de Structuurnota Gezondheidszorg uit. Deze nota wordt gezien als het eerste overheidsdocument dat een samenhangend beleid voor de gehele gezondheidszorg verwoordt. Het doel van deze nota is de sterk stijgende zorgkosten in de hand te houden. De nota weerspiegelt de politieke tijdgeest: door wetgeving en uitbreiding van overheidstaken dient de overheid een grotere invloed op de samenleving te krijgen ten koste van het maatschappelijke middenveld.

In zijn nota stelt Hendriks voor de gezondheidszorg te organiseren in regionale zorgstelsels met de huisarts en gezondheidscentra als zorgverlener in de eerste lijn en specialistische zorg en andere verwijshulp in de tweede lijn. Per regio mag in deze visie maar één ziekenfonds actief zijn. Dit heeft vele fusies in ziekenfondsland tot gevolg. De volksverzekering die Hendriks beoogt, haalt het niet. Wel dient hij in 1976 twee wetsontwerpen in die de overheid de instrumenten geeft om zorgvoorzieningen regionaal te plannen en de ontwikkeling van de tarieven in de hand te houden: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

1986: Wet op de Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ)

De vrijwillige Ziekenfondsverzekering en de Bejaardenverzekering kampen in toenemende mate met financiële problemen. De concurrentie met de particuliere ziektekostenverzekering pakt nadelig uit voor de vrijwillige verzekering die gebonden is aan wettelijke regels. De situatie groeit dermate scheef dat een herziening noodzakelijk is. In 1986 wordt het voorstel Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) door het parlement aanvaard. Een deel van de verzekerden komt in aanmerking voor de verplichte Ziekenfondsverzekering, de anderen stappen over naar een particuliere ziektekostenverzekering.

Om verzekerden een betaalbare toegang tot de ziektekostenverzekering te garanderen, wordt de standaard(pakket)polis in het leven geroepen. Particuliere

verzekerders zijn verplicht deze polis te voeren met een door de overheid vastgestelde maximumpremie, een standaardpakket en een acceptatieplicht. Tekorten die verzekerders bij de uitvoering van de WTZ-verzekering oplopen, worden omgeslagen over alle particulier verzekerden.

Eind jaren tachtig: Dekker en Simons

De commissie-Dekker, genoemd naar oud-Philipsstopman Wisse Dekker, komt in 1987 met een plan dat de gezondheidszorg toegankelijker, efficiënter en effectiever moet maken. Het plan is gebaseerd op de visie van een terugtrekkende overheid en grotere verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de partijen in de zorgsector zelf. Staatssecretaris Simons neemt de basisprincipes uit het plan-Dekker in 1989 in grote lijnen over. Het gaat dan om:

- Een basisverzekering voor iedereen; deels procentueel, deels nominaal gefinancierd.
- De introductie van marktwerking voor ziekenfondsen en zorgaanbieders.
- Meer keuzevrijheid voor de burger.

In het plan-Simons worden ziekenfondsen risicodragende organisaties met een budget waarmee ze uit moeten zien te komen. Om financiële tekorten af te dekken krijgen ze de mogelijkheid een nominale premie te heffen. De regionale werkgebieden worden afgeschaft, waardoor ziekenfondsen door het hele land verzekerden mogen werven.

De AWBZ fungeert als drager voor de basisverzekering. Stap voor stap worden verstrekkingen uit de ziekenfondsverzekering en ziektekostenverzekering overgebracht naar deze volksverzekering, zoals farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen e.d.

Het plan-Simons redt het niet. Het strandt uiteindelijk op een toenemend gebrek aan politiek en maatschappelijk draagvlak.

1994: De paarse visie: het compartimentenstelsel

Het eerste kabinet-Kok, dat in Nederland bekend staat als het 'eerste paarse kabinet', ziet af van nieuwe blauwdrukken. De ordening van het zorgverzekeringsstelsel gaat voortaan uit van drie compartimenten. In het eerste compartiment bevinden zich de langdurige zorg en onverzekerbare risico's, gefinancierd door de

AWBZ. In dit compartiment is geen sprake van concurrentie of marktwerking. De overheid is verantwoordelijk voor de kostenbeheersing.

Het tweede compartiment bevat de curatieve zorg. Dit is een door de overheid vastgesteld pakket aan zorg, verzekerd via ziekenfondsverzekering, WTZ-verzekering of particuliere verzekering. Voor dit compartiment geldt een beperkte marktwerking door middel van verzekeraarsbudgettering en de vrijheid van zorgverzekeraars om zorgaanbieders al dan niet te contracteren.

Het derde compartiment ten slotte bevat al die zorg die niet onder het eerste of tweede vallen. Zorgverzekeraars bieden deze zorg aan in aanvullende polissen. De kostenbeheersing en bewaking van de kwaliteit ligt bij hen zelf.

Het gemengde stelsel van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke zorgverzekeringen blijft dus in stand. Wel is 'convergentie' het motto: Ziekenfondsverzekering en (particuliere) ziektekostenverzekering moeten meer naar elkaar gaan toegroeien, qua pakket, premieheffing en tarieven. Samenwerking en fusies tussen ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars is er het gevolg van. Ook in de belangenbehartiging: op 1 januari 1995 ontstaat Zorgverzekeraars Nederland uit een fusie tussen de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ).

1998: Decker en Kohll

Op 28 april 1998 deed het Europees Hof van Justitie uitspraken in de zaken Decker en Kohll. Beide Luxemburgse ingezetenen waren verzekerd bij het Luxemburgse ziekenfonds en hadden respectievelijk een bril gekocht en een orthodontische behandeling ondergaan in een andere EU-lidstaat, zonder dat het Luxemburgse ziekenfonds toestemming voor deze hulp in het buitenland had gegeven. Het ziekenfonds weigerde daarom vergoeding (de Luxemburgse ziekenfondswet kent een restitutiesysteem). Het Hof bepaalde in beide zaken dat het vragen van toestemming voor hulp in het buitenland, het moeilijker maakt om zorg in het buitenland te halen dan in het eigen land, waar deze toestemming niet is vereist. Daarom werd het vrij verkeer van goederen en diensten belemmerd, en was het in strijd met het EU-verdrag.

De uitspraken hebben veel stof doen opwaaien, vooral omdat tot dan werd aangenomen dat nationale overheden vrij waren om hun sociaal stelsel naar eigen goeddunken vorm te geven. Dit principe is door de uitspraken niet volledig van tafel, maar duidelijk is dat er meer dan ooit rekening zal moeten worden gehouden met de verdragsprincipes - ook in de Nederlandse discussies over de herinrichting van het zorgverzekeringsstelsel.

2006: Nieuwe Zorgverzekeringswet

Op dit moment staan we aan de vooravond van de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet: een

belangrijke mijlpaal. Per 1 januari 2006 gaat het zorgverzekeringsstelsel ingrijpend wijzigen. Ziekenfonds en particuliere verzekeringen verdwijnen in ruil voor een basisverzekering voor iedereen. Over hoe zaken in de praktijk zullen verlopen wordt veel gediscussieerd en gespeculeerd. Over een paar maanden weten we of het nieuwe verzekeringsstelsel een zorgenkinderje wordt.

Bronnen

www.zn.nl

Onzekere tijden bij de zorgverzekeraars

Door Penny Senior

Het kan toch niemand meer ontgaan dat er een nieuwe zorgverzekering aan zit te komen, hoewel veel mensen hun nieuwe aanbod nog afwachten. De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft zowel voor alle inwoners van Nederland als voor de zorgverzekeraars aanzienlijke gevolgen. Voor de verzekeraars wordt het de vraag of zij hun huidige klantenbestand aan zich weten te binden en, helemaal mooi, nog nieuwe klanten kunnen werven. Inmiddels vliegen de aanbiedingen en reclames van zorgverzekeraars je om de oren: van gratis informatieblaadjes met cadeautjes erbij, aan te vragen via internet, tot peperdure tv-commercials die van alles beloven. Gaat het ze ook lukken om dit waar te maken?

Marketingbudget verzekeraars vijf keer hoger

Je zou denken dat de verzekeraars druk bezig zijn het logistieke proces van twee totaal aparte verzekeringen in één te schuiven, de financiële en administratieve processen te stroomlijnen en de prijsbepaling van de basisverzekering en aanvullende pakketten rond te krijgen. Maar nee, de meeste verzekeraars lijken wel erg veel tijd en geld te steken in de marketing. De zorgverzekeraars hebben de advertentiebudgetten naar recordhoogten opgekrikt vanwege de invoering van het nieuwe zorgstelsel. De bruto uitgaven voor reclame op tv, radio en in de gedrukte media zijn in de eerste negen maanden van 2005 bijna vervijfvoudigd naar 33 miljoen euro⁵. En dan zijn de laatste maanden van dit jaar nog niet meegerekend. Zorgverzekeraar Menzis besteedde het meeste geld aan reclame, maar liefst 7,6 miljoen euro. Ook Agis (4 miljoen), Achmea Diensten (3,6 miljoen) en Zilveren Kruis Achmea (3,2 miljoen) voerden hun reclamebudgetten sterk op. De verzekerden moeten natuurlijk indirect de reclamekosten zelf opbrengen. De uitgaven van 33 miljoen euro bruto komen neer op ongeveer twee euro per verzekerde.

De verzekeraars zijn er klaar voor

Met al die aandacht voor de marketing vraag je je af of de verzekeraars de interne processen, die toch flink veranderen, wel op tijd gereed hebben voor de nieuwe situatie..... In september verscheen een rapport van PriceWaterhouseCoopers (PWC) over de voorbereidingen per verzekeraar van het implementatietraject⁶. De meest kritische processen met betrekking tot het implementatietraject zijn in beeld gebracht en gekoppeld aan een beoordeling met het oog op de invoering per 1 januari 2006. Het ging hierbij om de projectbeheersing, de ICT, de opleidingen en de voorlichting. Conclusie van het rapport was dat de verzekeraars er klaar voor zijn: geen enkele zorgverzekeraar vraagt

nog om uitstel tot een latere datum. Maar toch is nog niet alles koek en ei in verzekeringsland...

Achilleshiel IT-processen

De verzekeraars dienen op vele fronten wijzigingen aan te brengen in de huidige processen, opdat de invoering per 1 januari 2006 succesvol kan verlopen. De achilleshiel zit 'm volgens eerdergenoemd PWC-rapport in de IT-processen. De aanpassing van IT-systemen voor nagenoeg alle bedrijfsprocessen van de zorgverzekeraar is een zeer complex en risicovol traject. Het gaat hier om een combinatie van ITapplicaties - software - die onderling gekoppeld zijn, soms vele tientallen. Bij de Zvw worden namelijk nieuwe wetgevings- en uitvoeringsvoorschriften, nieuwe werkprocessen, nieuwe IT-systemen en een nieuwe IT-infrastructuur gecombineerd. Zoveel nieuws leidt tot een zeer instabiele werkomgeving. In het eerder genoemde rapport wordt per verzekeraar gekomen tot een weging van de haalbaarheid van de invoering op IT-gebied per 1 januari 2006. Voor 64% van de verzekeraars wordt aangegeven dat tijdige invoering haalbaar is "mits de nauwgezette interne monitoring wordt voortgezet en snelle acties op opkomende issues georganiseerd worden": codering oranje. Van ruim 18% van de verzekeraars wordt aangegeven dat "tijdige invoering alleen haalbaar is indien geïdentificeerde aandachtspunten door betrokkenen worden opgepakt en enige risico's worden geaccepteerd": codering rood. De resterende 18% van de verzekeraars heeft groen licht "de tijdige invoering is haalbaar in de zin dat adequate maatregelen getroffen zijn".

Meer concurrentie

Maar wat is nou het doel van de Zorgverzekeringswet? De Zvw wil de concurrentie bevorderen tussen de verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Verzekeraars kunnen met elkaar concurreren op de hoogte van de nominale premie. Ook kunnen ze onderling concurreren op de wijze van vergoeden, dienstverlening, kwaliteit van de zorg, de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Naast de verwachting dat de Zvw meer concur-

⁵ De Volkskrant 17-10-2005

⁶ Monitoring invoering van de Zorgverzekeringswet, eindrapport PriceWaterhouseCoopers 15 september 2005

rentie tussen verzekeraars zal geven, is een andere verwachting dat de *kwaliteit* van de concurrentie zal verbeteren. Klanten die "te duur" zijn of dreigen te worden, mogen niet meer worden geweigerd (verbod risicoselectie). Hierdoor zullen zorgverzekeraars zich moeten gaan onderscheiden door goede zorg tegen een scherpe prijs (verzekeringspremie) aan te bieden. De zorgverzekeraar kan in zijn nieuwe rol zorgaanbieders meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen, in het belang van de zorgconsumenten. De verzekeraar zal stevig met de zorgaanbieders over de prijs en inhoud van de zorg gaan onderhandelen om de cliënt goede zorg tegen een scherpe prijs te kunnen bieden.

Toezicht op concurrentie

Er komt geleidelijk aan op een aantal zorgmarkten meer marktwerking, zoals ziekenhuizen en fysiotherapie. Voor de overheid blijft natuurlijk de mogelijkheid om in te grijpen bij ongewenste ontwikkelingen. Tevens worden eerlijke concurrentie en marktcondities goed in de gaten gehouden. De Zorgautoriteit (nu nog in oprichting) volgt de effecten van het invoeren van marktwerking. In 2006 gaat de zorgautoriteit echt van start. Zij krijgt dan meer wettelijke bevoegdheden om zowel concurrentie in de zorg te bevorderen als waar nodig in te grijpen.

Weblog van verzekeraars geeft kijkje in de keuken

Chaossenario in plaats van marktwerking

Allemaal mooie verhalen, maar gaat dit ook werken? Volgens een publicatie van IG&H Consultants is het zeer onzeker of op langere termijn de in het nieuwe zorgstelsel beoogde marktwerking in de zorg gaat slagen⁷. Dat concludeert IG&H Management Consultants na onderzoek en interviews met ruim dertig bestuurders van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en belangenorganisaties. 'Bepalend is of de overheid zijn rug recht houdt en de in gang gezette marktwerking ook écht doorzet en of de verzekeraars de regie gaan pakken', aldus IG&H. 'Als dit niet gebeurt is de kans groot dat de zorgkosten explosief stijgen en de zorgsector in een chaossenario terecht komt. Marktwerking heeft alleen kans van slagen als verzekeraars de regie in handen nemen. Vanwege de binding van de verzekerde met de huisarts en specialist is het voor zorgverzekeraars echter nauwelijks mogelijk hen te verplichten om naar een gecontracteerde aanbieder te gaan. Maar verzekeraars kunnen wel op zachte wijze sturen door de echte klantvoordelen te communiceren en transparante kwaliteitsinformatie te verstrekken over zorgaanbieders. Ook kunnen zij het doorverwijsgedrag van de eerste lijn beïnvloeden via werkgevers collectiviteiten en het inzetten van bedrijvenpoli's of bedrijfsartsen. En tenslotte kunnen ze sturen via 'di-

sease management' zoals bijvoorbeeld preventieve check-ups of het volgen van het ziekteverloop'.

Stijgende kosten

In een recent artikel in *Zorgvisie* wordt de theorie dat de kosten van de zorgverzekeringen in de komende jaren flink zullen stijgen beaamd⁸. Volgens Wynand van de Ven, hoogleraar sociale ziektekostenverzekering in Rotterdam, gaan veel zorgverzekeraars met de prijs van hun basispakket onder de kostprijs zitten. Op die manier proberen ze marktaandeel te veroveren. "Gemiddeld kost een verzekerde zo'n 970 euro. De overhead van de verzekeraar bedraagt tussen 80 en 120 euro per verzekerde. Dat betekent dat veel verzekeraars de basisverzekering zes à zeven procent onder de kostprijs aanbieden." Maar op een gegeven moment, als alle verzekerden weer 'vastzitten' bij hun zorgverzekeraar, zullen de prijzen toch omhoog moeten om dit verlies te compenseren. Gevolg is dan een explosieve stijging van de premies.

Weblog

Dat de verzekeraars de hele Zvw tevens zien als één grote PR- en marketingkans, blijkt wel uit de weblog van de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (VRZ)⁹. Om de consument een kijkje in de keuken van de verzekeraars te geven is een weblog in het leven geroepen <http://www.vrz.nl/weblog/>. Op dit internet dagboek geven directeuren en leden van de Raad van Bestuur inzicht in de wijze waarop zij werken aan de invoering het nieuwe zorgstelsel. De weblog 'Werken aan een nieuw zorgstelsel' bevat dag-tot-dag werkzaamheden, ervaringen en opvallende momenten waarmee vanuit de dagelijkse praktijk van een regionale zorgverzekeraar wordt beschreven hoe gewerkt wordt aan de praktische realisatie van het nieuwe zorgstelsel. Een leuk initiatief, hoewel wat op de weblog staat nou niet heel verrassend is.

Tot slot

Veel verzekeraars geven aan dat het informeren van verzekerden over pakketten en premies een jaarlijks terugkerende routine is. Wel is duidelijk geworden dat dit jaar uniek is: de concurrentie is toegenomen, de partijen volgen elkaar nauwlettend, men zal de premie zo laat mogelijk bekend maken, eindejaarsaanbiedingen zullen extra aandacht krijgen en marketing en promotie zullen belangrijke middelen zijn om zoveel mogelijk verzekerden te behouden cq te winnen. Mocht je bij verschijnen van deze NOTA nog geen bericht van je verzekeraar hebben gehad: geen stress, het hoort allemaal bij het nieuwe spel van marktwerking!

⁷ Research Paper 'Gaat marktwerking in de zorg slagen?' IG&H Consultants, www.igh.nl

⁸ *Zorgvisie* 17 november 2005

⁹ Huidige leden van VRZ zijn Azivo, De Friesland Zorgverzekeraar, Salland Verzekeringen en Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid

Gevolgen van de Zorgverzekeringswet voor huisartsen

Door Maarten Veldstra

Per 1 januari 2006 komt er voor alle Nederlanders één wettelijk verzekeringsregime voor de curatieve gezondheidszorg: de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW). In dit artikel wordt ingegaan wat hiervan de consequenties voor de huisartsen zijn. Want er is, naast het feit dat ook zij één basisverzekering krijgen en moeten gaan kiezen of ze overstappen naar een andere zorgverzekeraar, voor deze beroepsgroep meer aan de hand. Zij krijgen namelijk als enige beroepsgroep binnen de gezondheidszorg te maken met een nieuwe bekostigingsstructuur als gevolg van de overgang naar de nieuwe Zvw.

Nadelen huidig bekostigingssysteem huisartsenzorg

De overgang naar de nieuwe Zvw, waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds (gefinancierd op abonnementsbasis) en particulier verzekerden (gefinancierd op consultbasis) verdwijnt, biedt VWS de mogelijkheid om een aantal nadelen van het huidige bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg aan te pakken. Deze nadelen zijn:

- het huidige systeem komt onvoldoende tegemoet aan de verschillen in praktijken onderling en de verschillen in zorgvraag van patiënten;
- het huidige systeem biedt onvoldoende financiering voor praktijken die een grotere zorgvraag hebben dan gemiddeld zoals praktijken in achterstandsgebieden, praktijken met veel ouderen en praktijken met chronisch zieken (of een combinatie van deze drie);
- in het huidige systeem worden afspraken over tarieven en modules op landelijk niveau gemaakt. Het nadeel hiervan is dat er weinig rekening gehouden wordt met de lokale verschillen en de financiering van initiatieven die voorzien in lokale of regionale zorgvragen;
- het vaste abonnementstarief levert nauwelijks 'loon naar werken' op;
- doordat het systeem in de loop der jaren steeds is aangepast aan veranderende omstandigheden is de opbouw van de tarieven minder overzichtelijk geworden.

Ondertekening "Vogelaar-akkoord"

Op 11 oktober jl. hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het "Vogelaar-akkoord" officieel ondertekend. Het akkoord, vernoemd naar de onafhankelijke voorzitter Ella Vogelaar, is het resultaat van onderhandelingen tussen de LHV, ZN en VWS over een beleidsagenda op hoofdlijnen en een nieuwe financieringsstructuur van de huisartsenzorg

per 1 januari 2006. Dit akkoord maakte op 7 juli 2005 een einde aan maandenlange acties van huisartsen.

Beleidsagenda

De LHV, VWS en ZN zijn een beleidsagenda op hoofdlijnen overeengekomen voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met de totale eerstelijns zorg. Belangrijkste punten uit deze beleidsagenda ten aanzien van modernisering en innovatie zijn:

- samenwerking van huisartsen (onderling) en met andere eerstelijns zorgaanbieders is van groot belang om de veranderende zorgvraag te kunnen beantwoorden en een oplossing te bieden voor het drie-
- gende tekort aan huisartsen in sommige regio's;
- programma's voor begeleiding en behandeling van chronische aandoeningen in de eerste lijn moeten versterkt worden;
- substitutie van zorg van de 2e naar de 1e lijn, waar mogelijk, moet gestimuleerd worden;
- kwaliteitsbevordering en toetsing via onder meer accreditatie van huisartsenpraktijken moet gestimuleerd worden;
- stimuleren van samenwerkingsverbanden: door de inzet van praktijkondersteuners, gespecialiseerde verpleegkundigen, managers/ coördinatoren en ICT-voorzieningen kan de huisarts meer tijd besteden aan het verlenen van zorg.

Nieuw bekostigingssysteem

In het nieuwe bekostigingssysteem is gezocht naar een balans tussen inkomenszekerheid, loon naar werken en het stimuleren van innovatie en lokaal maatwerk:

- een inschrijftarief van ca. € 52,- voor alle patiënten die op naam staan ingeschreven bij de huisarts (niet alleen de huidige ziekenfondsverzekerden): per 1 januari kunnen huisartsen de inschrijfvergoeding voor het komende kalenderjaar van

huisartsen als enige beroepsgroep nieuwe bekostigingsstructuur

alle bij hen ingeschreven patiënten bij zorgverzekeraars declareren;

- een consulttarief van ca. € 9,- voor alle verzekerden (niet alleen de huidige particulier verzekerden): de hoogte van dit consulttarief wordt gedifferentieerd naar consult, consult langer dan 20 minuten, visite, visite langer dan 20 minuten, telefonisch consult en herhaalrecept;
- een passantentarieff van € 24,80: het passantentarieff is bedoeld voor incidentele en acute zorg (voor declaratie van een passantentarieff moeten huisartsen beschikken over een contract met hun dominante zorgverzekeraar);
- een module voor praktijkondersteuning huisartsen (POH);
- een module voor populatiegebonden vergoedingen;
- een module modernisering & innovatie.

Het bedrag dat voor dit tariefsysteem beschikbaar is, bedraagt net zo veel als nu uitgegeven wordt (ca. € 1,4 mld.), aangevuld met extra middelen voor praktijkondersteuning (raming € 20 mln.) en aangevuld met extra middelen door de zorgverzekeraars. De module variabele vergoedingen kan groeien, bijvoorbeeld door substitutie van zorg in de tweede lijn naar de huisartsenzorg. Zo kan er, binnen de totale zorguitgaven, meer geld voor huisartsenzorg beschikbaar komen.

Module praktijkondersteuning huisartsen

Vanaf 2006 is € 49 mln. geraamd voor praktijkondersteuning huisartsen (POH). Dit is het bestaande budget (ca. € 29 mln.) en € 20 mln. extra toegevoegd aan het huisartsenkader. Het gaat hier om een open-einderegeling. Dit betekent dat wanneer meer huisartsen een aanvraag doen die voldoet aan de gestelde criteria, zij ook voor POH vergoed worden.

Uitkering van de module POH is alleen mogelijk indien er sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts. Indien huisartsen er geen aanspraak op maken omdat ze geen contracten met zorgverzekeraars afsluiten, zetten zorgverzekeraars dit budget in voor de module modernisering en innovatie ten behoeve van de huisartsenzorg.

Module populatiegebonden vergoedingen

Ook in 2006 is € 25 mln. beschikbaar voor de module populatiegebonden vergoedingen. Deze module biedt een toeslag aan huisartsen die een praktijk hebben in een achterstandswijk en/of met veel oudere patiënten en daardoor meer dan gemiddelde zorg bieden en/of meer tijd kwijt zijn per consult. De omvang van het beschikbare budget is gerelateerd aan de omvang van de volumegroei in het huisartsenkader, waarin reke-

ning wordt gehouden met demografische ontwikkelingen en vergrijzing.

Ook hier is uitkering van de module populatiegebonden vergoedingen alleen mogelijk indien er sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts. Indien huisartsen er geen aanspraak op maken omdat ze geen contract met zorgverzekeraars afsluiten, zetten zorgverzekeraars dit budget in voor de module modernisering en innovatie ten behoeve van de huisartsenzorg.

Module modernisering & innovatie

In 2006 is ten minste ca. € 75 mln. beschikbaar voor het budget modernisering en innovatie. De middelen worden ondermeer ingezet voor het realiseren van de genoemde beleidsagenda (zie hierboven) op basis van af te sluiten contracten tussen zorgverzekeraars en (samenwerkende) huisartsen op decentraal niveau.

Zorgverzekeraars en huisartsen moeten op lokaal en regionaal niveau afspraken maken over de besteding van de module modernisering en innovatie. Voorwaarde voor toekenning is dat de te financieren initiatieven passen binnen de op landelijk niveau geformuleerde beleidsagenda ten aanzien van modernisering en innovatie van huisartsenzorg. Het beschikbare budget kan alleen worden ingezet voor het realiseren van de overeengekomen beleidsagenda.

Contractbesprekingen met zorgverzekeraar

De LHV, ZN en VWS hebben zich tot doel gesteld te komen tot gelijkwaardige posities bij contractbesprekingen en om de contractering met zorgverzekeraars zo eenvoudig mogelijk te organiseren, zodat de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven. Uitgangspunt is dat

onderhandelen met de dominante zorgverzekeraar in een regio

onderhandeld kan worden met de dominante zorgverzekeraar in een regio. Het contract dat op basis daarvan tot stand komt, wordt door de huisarts vervolgens aangeboden aan de andere zorgverzekeraars. ZN stimuleert dat zorgverzekeraars op basis hiervan tot het sluiten van contracten komen. Partijen zullen met de NMa, de Zorgautoriteit en het ministerie van Economische Zaken overleg voeren om de mogelijkheid te bevorderen dat collectiviteiten van huisartsen kunnen onderhandelen met de dominante zorgverzekeraar.

Extra administratieve lasten

Zoals al eerder aangegeven krijgen de huisartsen als enige beroepsgroep in de gezondheidszorg ten gevolge van de overgang naar de nieuwe Zvw te maken met de nieuwe bekostigingsstructuur. Daaruit gaan extra lasten voortvloeien. De partijen wensen de administratieve lasten, die gemoeid gaan met de introductie van het nieuwe bekostigingssysteem (contract-

ten, ICT) zo goed mogelijk te beheersen. VWS voegt daarom op jaarbasis € 10 mln. toe aan het huisartsenkader om huisartsen te faciliteren ten behoeve van de werkzaamheden die voortvloeien uit de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de nieuwe bekostigingssystematiek. Daarnaast kan digitalisering van het declaratieverkeer een bijdrage leveren aan het verminderen van de administratieve lasten. Zorgverzekeraars zullen huisartsen stimuleren tot het digitaal aanleveren van declaraties volgens een uniforme standaard. Zij ontvangen een nog nader vast te stellen bedrag per declaratieregel. Huisartsen die niet gedigitaliseerd aanleveren, ontvangen die vergoeding niet. Zorgverzekeraars stellen hiervoor buiten het huisartsenkader jaarlijks maximaal € 15 mln. beschikbaar.

Inkomen huisarts

Eén van de redenen van de stakingen door huisartsen begin dit jaar had te maken met het feit dat huisartsen van mening waren er financieel op achteruit te gaan in het nieuwe systeem. Volgens VWS is dit niet waar. Ongetwijfeld zullen een aantal huisartsen minder verdienen, maar andere huisartsen gaan er waarschijnlijk op vooruit. In het nieuwe systeem kunnen de middelen immers veel meer 'op maat' worden verdeeld. Dat betekent dat een huisarts bij een gemiddelde werkbelasting (in aantal consulten) zijn volledig norminkomen ontvangt. Net als in de huidige situatie wordt in de nieuwe systematiek rekening gehouden met praktijkvariabelen zoals ouderen en patiënten uit achterstandswijken. In de oude situatie kreeg de huisarts echter alleen een dergelijke vergoeding voor ziekenfondspatiënten. In de nieuwe zorgverzekering krijgt hij deze vergoeding voor alle patiënten die op naam staan ingeschreven, mits er sprake is van een overeenkomst met zorgverzekeraars. Het totaal van het inschrijftarief, het consulttarief en de modulevergoedingen zal er volgens het ministerie van VWS toe leiden dat de huisarts zowel zijn norminkomen als een reële kostenvergoeding ontvangt. Daarnaast wordt het mogelijk om een aanvullende financiering voor innovatie, bijzonder aanbod of anderszins te ontvangen.

Bronnen

<http://lhv.artsennet.nl/>

<http://www.minvws.nl/>

Gevolgen nieuwe bekostigingssysteem huisartsenzorg voor patiënt

Op dit moment staat een meerderheid van de verzekerden in Nederland ingeschreven bij een huisarts (100% ziekenfonds, ca. 95 % particulier). De verwachting is niet dat dit zal wijzigen. In de nieuwe situatie valt de financiering van de huisartsenzorg niet onder de no-claim teruggave regeling. Het inschrijftarief en de modules vallen niet onder het (vrijwillig) eigen risico. Er is dus geen belemmering voor de verzekerde om zich bij een huisarts in te schrijven. Het consulttarief valt wel onder het eigen risico. Dit betekent dat de huisartsen het consult in rekening brengen, wanneer verzekerden gebruik maken van de diensten van de huisarts.

Met inschrijving bewerkstelligt de verzekerde dat de huisarts daadwerkelijk beschikbaar zal zijn. Tevens wordt met inschrijving bij een huisarts gewaarborgd dat het medisch dossier adequaat wordt bijgehouden. Vanwege het grote belang van de inschrijving op naam voor de huisartsenzorg, zullen alle partijen de inschrijving op naam bevorderen: de huisarts mag patiënten 'werven', de verzekeraar zal inschrijving op naam via de polis stimuleren. De verwachting is dat het gros van de verzekerden kiest voor inschrijving op naam, zoals ook in de huidige situatie het geval is.

Wanneer verzekerden zich niet inschrijven bij een huisarts, zullen zij bij het eerste bezoek aan de huisarts het inschrijftarief plus consult moeten betalen. Verwacht wordt dat op deze wijze slechts voor een zeer beperkt aantal verzekerden het inschrijftarief niet zal worden vergoed.

In Beeld ... (1)

Manager zorg bij de Friesland Zorgverzekeraar economisch medewerker Zorg en Zekerheid

Door Peter Visch, afgestudeerd in 1992

Tja, de nieuwe zorgverzekeringswet.....
1 januari aanstaande is 'ie er dan eindelijk. Een zegen of een ramp, dat zal het komende jaar gaan blijken. Feit is wel dat we er lang op hebben moeten wachten. Al tijdens mijn studietijd (1988 - 1992) kregen we daar het nodige over mee, maar daarna is het even echt hard gegaan met de plannen van staatssecretaris Hans Simons van Volksgezondheid. Vervolgens leek het erg stil te worden, maar schijn bedriegt.

Na mijn studie ben ik in 1993 begonnen bij de KNMG (de koepelorganisatie van artsen) in Utrecht. Een erg leuke baan als journalist bij het weekblad 'Medisch Contact'. Vanuit de kant van de zorgaanbieders kon toen al worden vastgesteld dat het onderwerp 'stelselwijziging' enorm leefde. Er werd soms al druk geëxperimenteerd en duidelijk was dat de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden waren verdwenen. Leuke onderwerpen om over te schrijven.

In 1995 heb ik de overstap gemaakt naar de ziekenhuiszorg en ben gaan werken in het ziekenhuis in Hoorn. De medische staf daar was als een van de eersten in Nederland gestart met een lokaal initiatief van harmonisatie van inkomens en daar had men advies bij nodig. Daarna heb ik van 1997 tot 1999 gewerkt in het Medisch Centrum Leeuwarden als directiesecretaris. Vooral onderhandelen met de zorgverzekeraars was leuk en dat leidde er toe dat ik in 1999 de overstap heb gemaakt naar de andere kant van de onderhandelingstafel. Ik ben gaan werken bij De Friesland Zorgverzekeraar.

Eerst twee jaar als accountmanager ziekenhuiszorg en daarna vanaf eind 2001 gepromoveerd tot manager van de gehele sector zorg (de eerste en tweedelijnszorg). Zorginkoop gaat om erg veel geld, is direct bepalend voor de premie en blijkt publicitair zeer gevoelig. Hectisch dus en leuk.

De hele sector is op dit moment geweldig in beweging. De omslag die bij zorgverzekeraars al een tijdje gaande is, zal steeds verder doorzetten naar een meer en meer commerciële en zakelijke benadering van zorgaanbieders. Met name in ziekenhuizen wordt dit volgens mij nog steeds enorm onderschat, maar ook de individuele zorgaanbieders denken nog te vaak in beperkingen. Daarnaast richt men zich vaak nog op veel te korte termijn en snel geld maken onder het mom van marktwerking. Ik denk echter dat dit als een boemerang zal terugkomen. Er wordt gewoon nog steeds niet echt klantgericht gedacht in de zorg en dat besef zie ik ook nog niet doorbreken. Er lekt ook veel energie weg met gemopper op de minister. Dat lucht misschien wel lekker op, maar helpt niet echt.

De minister gaat gewoon door en alhoewel het eigenlijk veel te snel wordt doorgezet, valt het te prijzen dat iemand het heeft aangedurfd om een stelsel aan te pakken dat al lang niet meer deugde. Feit is dat het razend spannend wordt als alles begin 2006 moet draaien. En hoe het komt? De zorg wordt zeker beter, maar ook duurder. Ach, wellicht volgens goed Hollands gebruik een parlementaire enquête in 2008. Bij de zorgverzekeraar zal ik er dan niet meer bij zijn. Ik stap over naar de GGZ en dus terug naar de zorg. Een boeiende sector die de hele overgang naar de zorgverzekeringswet nog moet gaan maken. Leuk! Heb ik ervaring mee!

In Beeld ... (2)

Economisch medewerker Zorg en Zekerheid

Door Hein Tacken, afgestudeerd in 1998



Na mijn studie te hebben afgerond ben ik in Heerlen en later in Leiderdorp in het ziekenhuis als kwaliteitscoördinator gaan werken. Toeval eigenlijk, want tot dan had ik steeds een baan bij een koepel of overheid in gedachte gehad. Mijn interesse voor 'het macroniveau' droop ook uit mijn keuzevakken en afstudeerscriptie. De keuze voor het ziekenhuis was dan ook een uitprobeersel. Uiteindelijk bleek die keuze zeer leerzaam. Voor mijn persoonlijke ontwikkeling. Zie maar eens al die professionals, waar wij tijdens de studie al een gezond wantrouwen over kregen bijgebracht, mee te krijgen in die goedbedoelde veranderingstrajecten. Maar ook inhoudelijk. Later bleek het handig om te weten hoe een ziekenhuis werkt.

Het kwaliteitsmanagement bleek geen roeping en na twee jaar schoof ik toch op richting het macroniveau. Ik ging huisartsenzorg inkopen bij Zorg en Zekerheid, een regionale zorgverzekeraar zonder winstoogmerk tussen Amsterdam en Den Haag. Sinds een half jaar ben ik toch weer een beetje terug in de ziekenhuiswereld, alleen nu vanuit de kant van de zorgverzekeraar. Ik koop dus ziekenhuiszorg in voor onze verzekerden. Het zal niemand ontgaan zijn dat daar op dit moment een aantal uitdagingen ligt. Ik doel dan op de ontwikkeling van de DBC-systematiek en de invoering van de zorgverzekeringswet. Beide ontwikkelingen hebben als kern dat we meer vertrouwen moeten hebben in marktwerking. Uiteraard neemt de hoeveelheid overheidsregulering niet af, dus kunnen we spreken van een klassieke vorm van geregleerde marktwerking. En dat is ook prima. Voor een solidaire en toegankelijke gezondheidszorg zijn regels nodig om bepaalde perverse prikkels uit de markt (bijvoorbeeld risicoselectie) te dempen. De principes van marktwerking kunnen echter wel helpen om de zorg efficiënter te kunnen organiseren.

De invoering van de DBC-systematiek is hier een voorbeeld van. Transparantie in de producten die het ziekenhuis biedt, samen met meer onderhandelingsvrijheid, dwingt ziekenhuizen om zichzelf niet uit de markt te prijzen en om te laten zien welke kwaliteit geboden wordt. Zorgverzekeraars zullen vanuit de Zorgverzekeringswet namelijk steeds meer belang hebben om 'scherpe' afspraken te maken voor hun verzekerden. Deze afspraken hebben betrekking op prijzen, maar steeds meer ook op de geboden kwaliteit.

Het maken van dergelijke afspraken is nu mijn dagelijks werk. We voeren gesprekken met ziekenhuizen over hoeveel knieën en heupen (bijvoorbeeld) wij in willen kopen, welke kwaliteit hierbij verwacht mag worden en wat dat dan gaat kosten. Dit mag werkelijk marktwerking heten. Nu al zie je dat wij vanuit een bepaalde inkoopstrategie verschuivingen kunnen bewerkstelligen in volumes tussen ziekenhuizen. Als een ziekenhuis te duur is of te weinig kwaliteit laat zien, zullen we daar minder zorg afnemen. Volgens mij gaat dat voor de verzekerden of de patiënten de goede kant op. Eindelijk waar voor je geld!

Per 1 januari gaat de Zorgverzekeringswet in. Ook wij zijn natuurlijk nieuwsgierig wat dit betekent voor onze verzekerdenpopulatie. Verzekerden hebben een soort evaluatiemoment. Is die verzekeraar waar ik nu bij ben wel de beste of de goedkoopste? Ik hoop (en denk) dat onze verzekerden die vraag positief beantwoorden. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en kosten van ingekochte zorg zal ik daar mijn steentje aan bijdragen.

Online

Door Maarten Veldstra

Op de volgende internetpagina's is informatie te vinden omtrent de nieuwe Zorgverzekeringswet:

Op www.denieuwezorgverzekering.nl (een internetpagina van het ministerie van VWS) is een samenvatting van de nieuwe wet te vinden. Daarnaast staat op deze pagina welke zaken er in het basispakket zitten, welke keuzemogelijkheden inwoners van Nederland hebben, wordt informatie omtrent premie en bijdrage in de nieuwe verzekering aangeboden en staat informatie over de aanvullende verzekering. Bovendien is op deze website een kalender opgenomen op welk moment tussen nu en 1 januari 2006 burgers iets moeten doen. Tot slot staan op deze site veelgestelde vragen over de nieuwe zorgverzekering en kunnen internetters een indicatie van de financiële gevolgen die de nieuwe zorgverzekering heeft voor hen bekijken.

Vanaf 1 december is op www.kiesbeter.nl een overzicht van alle zorgverzekeraars in Nederland en hun kwaliteit, service en premies opgenomen. Op deze



website wil de overheid een betrouwbaar en over-

zichtelijk beeld van de verschillende zorgverzekeraars en hun keuzemogelijkheden geven. Bezoekers van de website kunnen op deze site zorgverzekeraars met elkaar vergelijken en zo een keuze maken voor de verzekeraar die het beste past.

Op de website van Independer (www.independer.nl) worden gegevens verstrekt over producten en diensten van financiële instellingen en zorgaanbieders in Nederlands en worden deze gegevens vergeleken op diverse aspecten. Ten aanzien van de gegevens op het gebied van de gezondheidszorg geeft Independer aan dat er nog veel moet gebeuren. Gezien het grote belang voor de consument echter heeft Independer besloten de reeds beschikbare informatie, hoewel soms nog incompleet en voor verbetering vatbaar, toch alvast toegankelijk te maken voor haar bezoekers. Op de site kunnen o.a. ziekenhuizen & klinieken vergeleken worden en huisartsen in de buurt gevonden worden. Daarnaast kan een 'second opinion basisverzekering' uitgevoerd worden.



Op www.toeslagen.nl (site van de Belastingdienst) staat informatie in welke gevallen de overheid bijdraagt in de kosten van zorg, huur en kinderopvang. Deze bijdrage wordt een toeslag genoemd. De Belastingdienst zorgt ervoor dat zorgtoeslag, huurtoeslag en kinderopvangtoeslag terechtkomen bij de mensen die daar recht op hebben. Op de site kan een proefberekening gemaakt worden of u in aanmerking komt voor huurtoeslag, zorgtoeslag of kinderopvangtoeslag. In de berekening wordt naar het inkomen en dat van een eventuele toeslagpartner gevraagd. De uitkomst van de proefberekening is een antwoord op de vraag of men wel of niet in aanmerking komt voor de toeslag. Gelijk kan gezien worden hoeveel toeslag men krijgt. Omdat het een proefberekening is, is de uitkomst of het bedrag niet 100% zeker. Bij aanvraag van een toeslag, wordt bij het bepalen van de hoogte van de toeslag wel uitgegaan van de juiste bedragen.

Alumnis Opinio

"Ik gedraag mij als echte consument op de zorgmarkt en vergelijk dit jaar nog meerdere offertes van zorgverzekeraars om de voor mij meest gunstige zorgverzekering te kiezen."

Door Penny Senior

In NOTA 2 van dit jaar introduceerden wij een nieuwe column: Alumnis Opinio! In deze vaste column beantwoorden alumni een vraag die betrekking heeft op het onderwerp van de betreffende NOTA. Het is dus een bladzijde voor de gedachten van onze leden en hun vaak zeer uitgesproken mening. In deze NOTA reageren enkele alumni op de bovenstaande vraag.

Jacco Aantjes, voorzitter ABBG
Afgestudeerd in 1995

In mijn geval uitermate simpel; nee. Mijn werkgever vergoedt al mijn ziektekosten, maar dan dien ik wel gebruik te maken van het collectieve contract dat hij afsluit met een verzekeraar. Dus geen enkele andere offerte is scherper, want 0 euro daar is niet tegen op te bieden.

De echte vraag is, hoe gaat de markt zich gedragen. Wordt het een kopie van de telecom markt en gaat men voornamelijk op prijs concurreren. Hierbij is gebleken dat klanten ook massaal van provider zijn gewisseld, en dat men vervolgens snel van contracten wisselt wanneer dit mogelijk blijkt. In principe is hier sprake van duidelijke vrije markt principes, waarin aanbieder en klant zich vrij bewegen. Daarentegen is recentelijk ook de energiemarkt vrijgegeven. Daar is juist gebleken dat consumenten weinig tot geen beweging vertonen. Men blijft bij de bekende (en vertrouwde) aanbieder. Belangrijke oorzaak is dat de markt voor de gemiddelde consument onoverzichtelijk is en het product in essentie te onduidelijk gespecificeerd om een weloverwogen keuze te maken.

Persoonlijk denk ik dat de echte concurrentie op de verzekeringsmarkt zal plaatsvinden met betrekking tot de collectieve contracten. De verzekeraars zullen met name geïnteresseerd zijn in het afsluiten van mantelcontracten, waarin specifieke kortingen zijn bedongen voor bepaalde groepen. Op deze wijze kan men natuurlijk een bepaalde mate van markt veroveren, zonder een veelheid aan consumenten direct te moeten benaderen.

Kortweg: in de kerstvakantie zal menigeen best wel de sites afgaan en verschillende premies berekenen, maar wanneer de verschillen in prijs klein blijven, zal de eigen vertrouwde verzekeraar gewoon opnieuw een contract krijgen.

Joris Ruijters, algemeen bestuurslid ABBG
Afgestudeerd in 2000

De meest gunstige zorgverzekering is voor mij de goedkoopste. Maar, veel hangt af van je persoonlijke situaties. Ikzelf heb geen behoefte aan een aanvullende verzekering en verwacht met dekking van huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en medicijnen voldoende verzekerd te zijn. Ook de komende jaren verwacht ik hiermee uit te komen. Die inschatting is van groot belang, want dit jaar word ik overal geaccepteerd maar volgend jaar zal dat anders zijn. Wat dat betreft is het verstandig om niet voor het korte termijnvoordeel te gaan maar je keuze te baseren op een lange periode. Een zorgverzekeraar die zich de afgelopen jaren goed heeft gepresenteerd zal dan mijn voorkeur hebben.

Zoals verschillende zorgverzekeraars zelf aangeven, wordt er op dit moment veel gestunt met prijzen. 2006 wordt een relatief goedkoop jaar, maar daarna zullen de prijzen zeker stijgen. Daarom gaat mijn keuze naar een zorgverzekeraar die nu misschien wat hoger in de prijs zit, maar op lange termijn stabiel is. Ik zou nu een hoop reclame voor een bepaalde regionale zorgverzekeraar kunnen maken, maar laten we het er op houden dat ik kies voor goede zorg en voor voldoen.

Dossier 'Diagnose Behandel Combinatie'

Over spooknota's en marktwerking

Door Céline van Elst en Ronald Hortensius

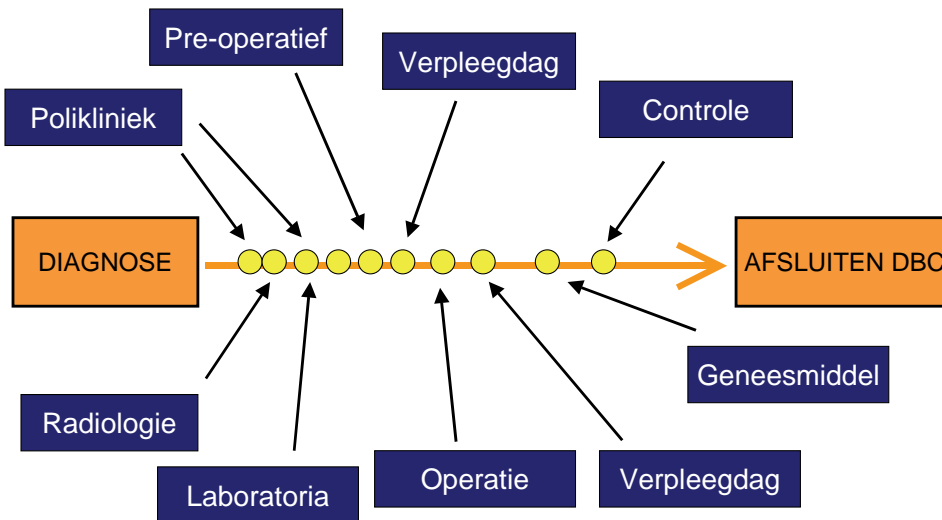
Terwijl alles in de media op dit moment draait om de invoering van de zorgverzekeringswet lijkt een andere ontwikkeling op de achtergrond te zijn geraakt: de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra per 1 januari van dit jaar. Welke praktische gevolgen heeft deze invoering met zich meegebracht? De ervaringen na een jaar DBC's.

Even opfrissen
Een DBC typeert de zorgvraag van een patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag doorloopt, van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste controle (Figuur 1).
Om de prijs van een DBC te bepalen, wordt aan de activiteiten of verrichtingen in het zorgproces zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis, als de werklast van de medisch specialist (honorarium) gekoppeld. In totaliteit bepalen deze activiteiten en verrichtingen en de daarvoor geldende kosten, de totale kosten van een DBC.

marktwerking. Hiermee wordt een betere aansluiting op de vraag naar zorg van patiënten beoogd en een heldere relatie tussenkosten en opbrengsten.

De voordelen van de DBC-systematiek op een rij:

- Meer inzicht in de zorgvraag en de behoefte aan zorg, waardoor de zorgcapaciteit beter op de zorgvraag kan worden afgestemd
- Een efficiëntere praktijkvoering van ziekenhuizen en specialisten, zowel voor doorlooptijden van behandelingen, als voor kosten
- Consistentie in het zorgaanbod van verschillende ziekenhuizen en specialisten, waardoor zij onderling vergelijkbaar worden
 - Meer prijsbewustzijn van ziekenhuizen en specialisten
 - Meer inzicht in de kosten van een behandeling
 - Meer managementinformatie. Zorgaanbieders kunnen veranderingen in de zorgvraag snel en
 - Een rechtvaardigere honorering van specialisten en realistische begrotingen van ziekenhuizen



Figuur 1: De activiteiten en verrichtingen zijn gekoppeld aan een zorgtraject.

De DBC-systematiek vervangt de functiegerichte budgetteringssystematiek op basis van opnamen, verpleegdagen, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken waarin nauwelijks nog een relatie bestaat tussen de tarieven en de werkelijke kosten. Dit systeem heeft geleid tot suboptimale prikkels en te weinig doelmatigheid en vernieuwing in de zorg.
Doelstellingen van de invoering van DBC's zijn dan ook transparantie in het zorgaanbod en geregelde

Spooknota

Vanaf 1 januari 2005 factureren de ziekenhuizen niet langer de oude verrichtingen, maar DBC's. Dit leidde tot behoorlijke commotie bij een groot aantal patiënten toen zij hun ziekenhuisrekening onder ogen kregen. 'Op mijn factuur staat een bedrag voor een specialist die ik helemaal niet heb gezien. Klopt dat wel?' Ja, dat klopt. Om op voorhand duidelijk te maken hoeveel een bepaalde behandeling gaat kosten wordt gewerkt met een gemiddelde integrale kostprijs. Als bij een behandeling gewoonlijk zes van de tien patiënten een röntgenonderzoek krijgen, komt er op elke rekening 0,6 röntgenonderzoek te staan. De vier mensen die geen röntgenonderzoek hebben gehad zullen menen met een zogenaamde 'spooknota' van doen te hebben. Dit komt doordat in tegenstelling

tot vroeger nu alle posten gespecificeerd op de rekening staan. Volgens F.B.M. Sanders, radioloog in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist in Medisch Contact van 18 november: 'zoals ik bij het afrekenen van een pak melk ook betaal voor één miljoenste directeur van de zuivel-fabriek, die ik nooit gesproken heb.'

Mag ik u even herinneren aan...

Specialisten zijn niet onverdeeld gelukkig met de DBC-systematiek. 'Onwerkbaar systeem', en 'bedacht door ambtenaren' is bij velen een eerste associatie. De praktijk is voor medisch specialisten ook behoorlijk bewerkelijk, maar de complexiteit van het systeem is zeker niet bedacht of opgelegd door overheid, verzekeraars of ziekenhuizen. Nee, het waren de wetenschappelijke verenigingen van de specialismen die lijsten ontwikkelden met tientallen, honderden of zelfs duizenden DBC's per specialisme. Dit alles om maximale zekerheden in te bouwen en achteraf alle denkbare verschillen tussen specialismen te kunnen verklaren. Volgens Sanders 'begrijpelijk, maar niet erg functioneel'.

Productie valt uiteen in A- en B-segment

Waar alle zorg in DBC's gefactureerd wordt, geldt voor de afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars een mix tussen oude budgettering en de nieuwe systematiek. Dit

valt uiteen in het zogenaamde A-segment – dit is het deel van de productie dat op basis van een door het CTG voor elk ziekenhuis uniforme vastgestelde prijs wordt gefactureerd, maar waarvoor met de zorgverzekeraars nog budgetafspraken zijn gemaakt in termen van opnamen, eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken – en het B-segment. Het B-segment is een van de eerste stappen in het invoeren van de gereguleerde marktwerking, die is ingegaan op 1 februari 2005. Het B-segment behelst ca. 10% van de productie (o.a. liesbreuken, spataderen, incontinentie, suikerziekte, knie- en heupslijtage) in ziekenhuizen waarvoor het ziekenhuis geen budget meer krijgt en de contracteerplicht¹⁰ is vervallen. In het ene ziekenhuis kost een behandeling voor een liesbreuk bijvoorbeeld € 1.950, in het andere ziekenhuis € 2.250 en in weer een ander ziekenhuis € 2.400. Aan de hand van kostprijzen en zorgprofielen (welke activiteiten en verrichtingen zitten in het betreffende ziekenhuis in de DBC) moet het ziekenhuis onderhandelen met de zorgverzekeraar over onder andere prijs, volume en kwaliteit.

In september heeft CTG-ZAio een monitor uitgevoerd om inzicht te geven in de mate waarin de marktwerking in het B-segment de publieke belangen, kwaliteit,

toegankelijkheid en betaalbaarheid, borgt. De belangrijkste bevindingen uit deze monitor zijn:

- Ziekenhuizen lijken vooralsnog een iets betere onderhandelingspositie dan zorgverzekeraars te hebben.
- Bijna het volledige B-segment lijkt te zijn gecontracteerd.
- Aan afspraken over zorgprofiel en kwaliteit zijn meestal geen financiële consequenties verbonden.
- Prijs was het dominante thema in de onderhandelingen.
- Op grond van een eerste ruwe schatting liggen de prijzen nominaal gemiddeld ruim 5% hoger dan voorheen was begroot. Bij een gelijkblijvend volume betekent dit een geschatte macrokostenstijging van ongeveer 60 miljoen.

Het B-segment moet in de komende jaren steeds verder worden uitgebreid, waardoor de marktwerking gefaseerd zal toenemen.

De balans

Het DBC-systeem kent voor zowel patiënt, medisch specialist, ziekenhuis en zorgverzekeraar nog een groot aantal onvolkomenheden. De spelregels zijn niet

altijd duidelijk. De stekker eruit trekken lijkt na miljoenen investerin-

gen in de opzet van het systeem geen optie. Volgens dr. A.S.M. Dofferhoff in Medisch Contact van 7 oktober jl. moeten een verdere vereenvoudiging van het systeem, het wegnemen van onvolkomenheden en het naar de patiënt toe wegwerken van de zogenaamde 'spookrekeningen' de hoogste prioriteit krijgen. Wordt vervolgd.

Bronnen:

- www.ctg-zaio.nl
- www.dbconderhoud.nl
- www.medischcontact.nl

.... prijs was het dominante thema in de onderhandelingen over het B-segment....

¹⁰ Een zorgverzekeraar is niet langer verplicht om afspraken te maken met het ziekenhuis voor deze DBC's.

Van producttypering naar DBC's, een korte historische schets

*De discussie over marktwerking wordt in Nederland al geruime tijd gevoerd. Eind jaren tachtig werden de begrippen marktwerking en vraagsturing in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Er leek destijds, zowel binnen de zorgsector zelf als binnen de politiek, consensus te bestaan over de wenselijkheid van meer marktwerking en deregulering. Dit idee werd in 1987 uitgewerkt door de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker) in een rapport met de titel *Bereidheid tot Verandering*. Het rapport hield als hoofdzaak in dat er één basisverzekering voor alle Nederlanders zou komen met een verzekerd basispakket dat 85 procent van de bestaande voorzieningen zou omvatten. Het voorstel van de commissie Dekker beoogde solidariteit in ziekterisico en premiebetaling naar inkomen, maar wilde ook beperking van regelgeving door de overheid en waar mogelijk marktwerking bij aanbieders en verzekeraars van zorg.*

In 1992 nam de toenmalige staatssecretaris Simons een aantal elementen van het rapport Dekker over in zijn voorstellen over de stelselhervorming van de zorg. Het plan Simons bleek echter in politieke zin een brug te ver waardoor het uiteindelijk sneuvelde. Op 25 juni 1992 debatteerde de Tweede Kamer over de voortgang van het plan-Simons. De staatssecretaris overleefde een motie van afkeuring van de VVD, maar dreigde niettemin af te treden als het CDA later dat jaar zijn plannen niet zou steunen. Hij bleef uiteindelijk aan als staatssecretaris, maar zijn plan werd niet verder uitgewerkt.

In 1994 trad het eerste paarse kabinet aan waarin PvdA en VVD geheel strijdige opvattingen hadden over het gezondheidsbeleid. Men besloot de status quo te aanvaarden en geen beleid te formuleren waar de partijen het onderling oneens over waren

Na het uitbrengen van het rapport "Gedeelde zorg: Betere zorg" van de commissie Biesheuvel worden de eerste initiatieven genomen om te komen tot een marktconforme organisatie en financiering van de ziekenhuiszorg en de medisch specialistische hulp. De Commissie Biesheuvel concludeerde in 1994 dat het bestaande budgetsysteem een rem zette op de behandeling van patiënten. Daarom moest er een systeem van prestatiebekostiging komen. Vervolgens werd het Platform Modernisering Curatieve Zorg in het leven geroepen, waarin alle partijen uit het veld vertegenwoordigd waren, om te gaan verkennen wat de mogelijkheden waren om tot overeenstemming te komen. De activiteiten van het platform leidden tot een rapportage waarin wordt gesteld dat gestreefd dient te worden naar een geïntegreerde organisatie van de medisch specialistische hulp in het ziekenhuis en dat een honorerings- en bekostigingssysteem dient te worden ontwikkeld dat voor ziekenhuizen en specialisten gelijkgericht werkt. Daarbij werd gedacht aan een systeem van producttypering voor medisch specialistische zorg met de bijbehorende prijzen voor ziekenhuis en specialist. Het Platform koos ervoor niet het internationaal veelvuldig gehanteerde DRG-systeem (Diagnosis Related Groups) te importeren, maar een eigen systeem te ontwikkelen, gebaseerd op diagnose-behandeling combinaties. Anders dan in het buitenland wordt namelijk vrijwel de gehele poliklinische zorg vanuit ziekenhuizen aangeboden en het was nadrukkelijk de bedoeling dat de honorering van medisch specialisten onderdeel zou uitmaken van de productprijs.

Het idee resulteerde in 1994 in het project "Producttypering medisch specialistische ziekenhuiszorg". Hieraan namen zes pilot-ziekenhuizen deel. Het project had naast kwaliteitsverbetering en capaciteitsplanning met name de intentie de budgetsystematiek van de ziekenhuizen vanaf 1997 te vervangen door een stelsel van producttypering en -prijzen. Ietswat al te ambitieus gepland zou later blijken. In november 1998 werd door de Orde van Medisch Specialisten (OMS), De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) besloten tot de landelijke introductie van het systeem van producttypering.

In augustus 2000 heeft toenmalig minister Borst het initiatief genomen om producttypering in de curatieve zorg op een professionele en integrale wijze aan te pakken en de partijen te binden aan een vaste invoeringsdatum (2003). Hiertoe werd de Stuurgroep DBC 2003 ingesteld waarin ZN, de NVZ, de OMS, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) en het ministerie van VWS participeerden. Als waarnemers nemen ook het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College voor Zorgverzekering (CVZ) deel.

Met ingang van januari 2003 heeft het kabinet Balkenende I het mogelijk gemaakt om met 17 ingrepen (beter bekend als de Bomhoff-DBC's) te experimenteren met vrije prijsvorming op basis van DBC's. De evaluatie van dit experiment 'Ruimte voor Resultaat' is benut bij de beantwoording van de vraag op welke wijze een volgende fase van de DBC-systematiek kan worden ingevoerd. In april 2003 is geconcludeerd dat het wenselijk is voorbereidingen te treffen voor een zo integraal mogelijke invoering van de DBC's per 1 januari 2004.

Ondanks grote inspanningen in het veld bleek een zorgvuldige en verantwoorde invoering per 1 juli 2004 niet haalbaar. In maart 2004 zijn minister Hoogervorst en de bestuurlijke vertegenwoordigers van verschillende partijen het eens geworden over een model waarin de volledige invoering van de DBC-systematiek uiteindelijk per 1 januari 2005 heeft plaatsgevonden.

Bericht uit Maastricht

Door Ronald Hortensius

Alumnibox

Afgestudeerden en oud-medewerkers van de UM krijgen binnenkort een eigen groeps-mailbox bij de UM. Dat heeft het college van bestuur tijdens de jongste vergadering van de universiteitsraad laten weten. Voor de alumni zit er overigens nog meer in het vat op IT gebied. Naast de mailbox wordt een toegang tot Eleum geconstrueerd waar vervolgens in speciale 'alumni-communities' onderling gecommuniceerd kan worden. Ook krijgt men, zo kondigde het college aan, toegang tot het 'Alumninet' waar afgestudeerden elkaar kunnen zoeken, hun cv kunnen plaatsen en bijwerken en zich voor bijeenkomsten kunnen opgeven. Deze laatste voorziening echter is minder nieuw dan het college suggereert: het Alumninet in deze vorm bestaat al vier jaar. (bron: Observant)

Maastricht biedt beste onderwijs

Maastricht biedt het beste onderwijs, Nijmegen levert de beste onderzoeksprestaties. Delft is slecht in onderwijs en goed in onderzoek. Rechten in Leiden is de slechtste rechtenstudie van het land. Dat is te concluderen uit de tweede editie van 'Kenniss in Kaart', een vergelijkend onderzoek van het ministerie van OCW naar prestaties van hogescholen en universiteiten. De kwaliteitsoordelen over opleidingen zijn ontleend aan visitaties door deskundigen in de periode 2002-2005. De Universiteit Maastricht, opgericht in 1976, biedt minder opleidingen dan veel andere universiteiten. Bij vier van de zes Maastrichtse studies staat de universiteit bovenaan: economie, geneeskunde, kunstmatige intelligentie en algemene gezondheidswetenschappen. Alleen bij rechten en bedrijfswetenschappen staan respectievelijk de Rijksuniversiteit Groningen en de Erasmus Universiteit Rotterdam op de eerste, en Maastricht op de tweede plaats. Ook wat studierendement betreft is Maastricht de beste: 62 procent van de studenten studeert binnen twee jaar na de cursusduur af. Aan de TU Delft lukt dat slechts 32 procent van de studenten. Koploper bij onderzoek is Nijmegen, met 88,5 procent onderzoek in deze hoogste categorie. De nummers twee en drie zijn de Vrije Universiteit in Amsterdam en de Universiteit Leiden.

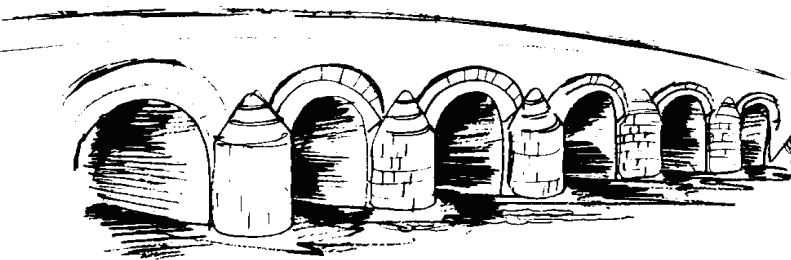
'Kenniss in Kaart' is een omstreden initiatief van staatssecretaris Mark Rutte. De eerste editie leidde vorig jaar tot veel protest, met name van Leiden. Volgens de universiteiten is het onmogelijk om instellingen te vergelijken, gebruikte OCW verouderde gegevens en keek men ten onrechte alleen naar onderwijs. Deze bezwaren zijn nu gehonoreerd. Bij visitaties beoordelen deskundigen een aantal aspecten van een opleiding, variërend van onderhoud van de gebouwen tot inhoud van het on-

derwijsprogramma. Deze oordelen zijn door OCW per opleiding en per instelling verdeeld in drie categorieën: onvoldoende, voldoende en excellent. Zo ontstaat een informele ranglijst. (bron: NRC Handelsblad)

Maastricht meest asociale stad van Nederland

De hoofdstad van Limburg, waar CDA-burgemeester Gerd Leers - die in 2003 het nummer "Fetsoen moot 't Doen" de hitparade in zong - de scepter zwaait, is de meest asociale stad van Nederland. Tot die conclusie komt het Algemeen Dagblad (AD) na een onderzoek in acht grote steden.

Het AD bekeek in de steden steekproefsgewijs onder meer hoeveel mensen in de bus opstaan voor een gehandicapte, hoeveel automobilisten stoppen bij een zebepad en hoe vaak mensen helpen wanneer iemand een gevulde boodschappentas op de grond laat vallen. Daaruit bleek dat de inwoners van Maastricht het slechtst scoren qua hulpvaardigheid en fatsoen. De Limburgse stad aan de Maas kwam zelfs slechter uit de bus dan het toch vaak als asociaal geziene Amsterdam. Van de acht onderzochte steden kwam Groningen als minst hufferige stad uit de bus. (bron: Algemeen Dagblad)



" UM-laut "

In elke editie van de NOTA vult een medewerk(st)er van de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg deze column. Ditmaal Hans Maarse over de nieuwe zorgverzekeringswet.

Eindelijk is het zover....

1 januari 2006 zal een historische datum zijn in de geschiedenis van de ziektekostenverzekering in Nederland. Op die datum treedt immers de Wet op de Zorgverzekering in werking waarmee een einde komt aan de traditionele tweedeling tussen ziekenfonds en particuliere verzekering. De nieuwe wet brengt de concurrentie tussen de zorgverzekeraars echt op gang en we mogen er gerust vanuit gaan, dat de verzekeringsbazen momenteel knap nerveus zijn. 'Zullen we marktaandeel winnen? Of gaat de concurrent met onze verzekerden aan de haal?'

Het is boeiend om te zien hoe de invoering van zo'n stelselwijziging in haar werk gaat. Aan de vooravond van de nieuwe wet weet een groot deel van de bevolking nog steeds niet wat er allemaal staat te gebeuren. Wellicht hebben velen nu de klok horen luiden, maar waar de klepel hangt.... Vermoedelijk verklaart deze onwetendheid ook dat het vertrouwen van de burgers in de gezondheidszorg de afgelopen maanden flink teruggelopen is. Ook hier geldt kennelijk weer dat onbekend onbemind maakt. In ieder geval is deze daling een flink zorgenkind voor Hoogervorst die ongetwijfeld hoopt dat in het verkiezingsjaar 2007 de politieke bui weer goeddeels is overgewaaid.

Wat ook opvalt is dat niemand het lijkt te hebben over wat we met de nieuwe zorgverzekering willen bereiken. Niemand is echt in die doeleinden geïnteresseerd. In plaats daarvan wordt het publiek debat versimpeld tot ik-vragen zoals 'Hoeveel ga ik er op achteruit?' (niemand gelooft dat hij/zij erop vooruitgaat), 'Mag ik bij mijn huisarts blijven?', 'Kan ik nog naar mijn eigen ziekenhuis?' en 'Krijg ik mijn medicijnen nog wel vergoed?'. Dat zijn ook de vragen die in TV- en radioprogramma's centraal staan.

Het nieuwe stelsel moet meer marktwerking in de zorg brengen. Als de huidige beleidsoperatie echter één ding duidelijk maakt, dan is het wel dat niets zo moeilijk is als het op gang brengen en in goede banen leiden van marktwerking in de gezondheidszorg. Men staat versteld van de vele regelgeving die daarvoor nodig blijkt. Enerzijds komt dat natuurlijk omdat de gezondheidszorg heel ingewikkeld in elkaar steekt en er allerlei structuren bestaan die bijna haaks staan op de beoogde marktwerking. Anderzijds heeft de complexiteit van de marktwerking ook alles te maken met het feit dat de zorg een vitale plaats in het maatschappelijk leven inneemt waar voor veel mensen veel van af hangt. De overheid wil marktwerking, maar die marktwerking mag natuurlijk niet ten koste gaan van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Ook de daadwerkelijke invoering van de marktwerking zal een hele klus blijken. Zij zal het uiterste vergen van allerlei partijen, niet in de laatste plaats ook van de overheid. In de afgelopen jaren is steeds uitgedragen dat de overheid de zorg meer op afstand wil besturen. Maar zal dat ook gebeuren? Dagelijks lezen we in de krant dat de politiek bovenop de gezondheidszorg zit. Elk incident wordt breed worden in de media en vergt een nieuwe gang van de Minister naar de Kamer. Hoe zo terugtreden?

Hoe zal het allemaal uitpakken? Niemand, maar dan ook niemand die dat weet, ook de Minister niet. Het zou boeiend zijn als hij ons eens iets zou vertellen over het 'worst case scenario' dat hem uit de slaap houdt. Ik weet er wel een. De marktwerking blijkt niet te werken en er is allerlei regelgeving nodig om de kwalijke kanten ervan tegen te gaan. Niet alleen de overheid komt met regels, al dan niet onder heftige druk vanuit de Kamer, maar ook de toezichthouders in de zorg laten zich niet onbetuigd. Het einde van het verhaal is dan dat we met nog meer verstikkende bureaucratie zitten dan nu al het geval is. Over een paar jaar zullen we dan moeten concluderen dat de hele operatie kan worden bijgezet in het museum van de grote mislukte beleidsoperaties van de overheid zoals de Betuwelijn, het VMBO en niet te vergeten het Studiehuis.

Hans Maarse

Verenigingsnieuws

AFGESTUDEERDEN

Naam	Titel	Telefoon (privé)
<i>September 2005</i>		
E. Klein Lankhorst	Innovations in health care: a comparative study between the Netherlands and the United States of America concerning substitution of care	0488-482200
<i>Oktober 2005</i>		
D. Niessink	Het zorgtraject voor liesbreukpatiënten	06-14442857
H. Sonneveld	De behandelingspraktijk bij fibromyalgie: status quo?	06-17840415
G. Vanstreels	De integratie van volksgezondheid in het voedsel- en landbouwbeleid van de Europese Unie	06-414558960
<i>November 2005</i>		
E. de Koning	Certificering in de gezondheidszorg	06-52331015
B. Thomissen	Identiteit versus imago	06-10240673

NIEUWE LEDEN

Naam	Functie	Telefoon (werk)
Dianne van den Berg	Centrum Indicatiestelling Zorg: teamleider	0412-479420
Susan van Schijndel	MEE Eindhoven en de Kempen: projectmedewerker Praktische Thuishulp	040-2133606
Linda Sloesen	VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg: projectsecretaris	077-3206511
Elle Toonen van den Berg	Gemeente Someren: beleidsmedewerker	0493-494850
Mari van der Ven	Ziekenhuis Bernhoven: Leidinggevende afdeling SEH	0413-381456

WIJZIGING FUNCTIE

Naam	Functie	Telefoon (werk)
Marco Jansen	Double IT Healthcare: business consultant	06-616098887
Jolanda van Leeuwen	Stichting Rhijnhuysen: junior organisatieadviseur	?
Sanne Misset	Achmea Sociale Zekerheid: adviseur gezondheidsmanagement	?
Sacha Simons	Havenziekenhuis: manager cluster Beschouwend	010-4043825

ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier

Naam : _____ Voorletters : _____
 Studentnr. : _____

Betreft: Aanmelding Wijziging privé-adres Wijziging Functie

Vul onderstaande gegevens alléén in als deze gewijzigd of nog niet bij ons bekend zijn!!!

PERSONALIA

Naam : _____ Geboortedatum : _____
 Adres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ E-mail adres : _____
 Bank-/Gironr. : _____ Afstudeerjaar : _____

WIL ACTIEF ZIJN BINNEN DE ABBG

Ja : _____ Nee : _____

WERKGEGEVENS

Werkgever : _____
 Afdeling : _____
 Functie : _____
 Kerntaken : _____
 Postadres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ Faxnummer : _____
 E-mail adres : _____

Geef aan bij welke functie- en instellingscode u ingedeeld wenst te worden. Deze codes worden gebruikt bij de diverse sorteringen in het ledenboek.

FUNCTIECODE (Maximaal twee)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ondernemer | <input type="radio"/> Marketing/commercieel | <input type="radio"/> Financiën/economisch |
| <input type="radio"/> Personeel en Organisatie | <input type="radio"/> Logistiek | <input type="radio"/> Kwaliteit |
| <input type="radio"/> Onderzoek | <input type="radio"/> Algemeen management | <input type="radio"/> Automatisering/Informatievoorz. |
| <input type="radio"/> Organisatie-advies | <input type="radio"/> Algemeen beleid | <input type="radio"/> Opleidingen |
| <input type="radio"/> Overig | | |

INSTELLINGSCODE (Maximaal één)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ziekenhuis | <input type="radio"/> Verpleeghuis | <input type="radio"/> Verzorgingshuis |
| <input type="radio"/> Thuiszorg/Kruiswerk | <input type="radio"/> Universiteit | <input type="radio"/> Verzekeraar |
| <input type="radio"/> Overheid | <input type="radio"/> Adviesbureau | <input type="radio"/> Maatschappelijk dienstverlener |
| <input type="radio"/> Onderzoeksgaan | <input type="radio"/> Farmacie | <input type="radio"/> Eerstelijnszorg |
| <input type="radio"/> Gehandicaptenzorg | <input type="radio"/> Geestelijke gezondheidszorg | <input type="radio"/> Automatisering |
| <input type="radio"/> Overig | | |

Stuur het ingevulde formulier aan ABBG, Postbus 616, 6200 MD MAASTRICHT.
 (of vul dit formulier in op de website www.abbg.nl, onder lidmaatschap)

Handtekening : _____ Datum : _____