

De nieuwjaarskorting komt eraan

Nederland besteedde vorig jaar 87 miljard euro aan medische behandelingen, verpleegzorg en medicijnen. Twintig miljard meer dan in 2005. Te veel, vindt het kabinet. Wat zou er nog in het basispakket en aanvullende polissen zitten?

Door onze redacteur FREDERIEK WEEDA
AMSTERDAM. In de praktijk van diëtiste Dascha Willemsen komen mensen die 'emotioneel eten', mensen met darmklachten, mensen met verhoogde cholesterol of mensen met PCOS, een hormoonstoornis die vooral vrouwen treft: ze houden vast, worden dikker, krijgen ongewenste haargroei. Al die mensen hebben advies nodig over hun dieet. Het is nu drukker dan in voorgaande jaren in de herfst, vertelt Willemsen, ze heeft zo'n zestig patiënten. Want dieetadvies verdwijnt per 1 januari uit het basispakket. Nu vergoedt elke verzekering verplicht vier uur aan consulten; bij Willemsen kost een uur 58,20 euro. In totaal

wordt aan die vier consulten 52 miljoen euro besteed. Vanaf januari moet de patiënt dat zelf betalen. Er zijn mensen die snel nog het advies binnenhalen, zegt Willemsen, in de hoop dat ze daarna verder kunnen zonder haar.

Gisteren protesteerden 350 diëtistes in Utrecht. Zij willen dat minister Schippers (Volksgezondheid, VVD) dieetadvies in het basispakket laat. Per jaar vragen 300.000 mensen advies aan een diëtist in de 'eerste lijn' (niet in het ziekenhuis). Het advies wordt vergoed, ook als de patiënt zich niet aan het dieet houdt. Daarom vinden critici het prima dat het dieetadvies wordt geschrapt.

Maar pillen worden ook vergoed als de patiënt die niet consequent slikt, zegt Anja Evers, directeur van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. „Oefeningen die een fysiotherapeut meegeeft, volgt ook niet iedereen trouw. Maar de therapie wordt wel vergoed. De diëtist helpt de patiënt bij het moeilijke proces van eetgedrag veranderen.”

Vraag het artsen en hulpverleners: er wordt eind dit jaar wel véél uit het basispakket gehaald. Dat moet, vindt het kabinet, omdat de kosten in de gezondheidszorg de pan uit rijzen. In 2005 ging er 67 miljard euro naar de gezondheidszorg, vorig jaar was dat al met al 87 miljard euro. Dus érgens moet worden gesnood.

De bevolking vergrijst en ouderen hebben meer zorg nodig dan jongeren. Artsen kunnen steeds meer; met kostbare apparaten worden steeds meer patiënten steeds beter geholpen. Bovendien zien ze steeds meer, met echo's en tests. Een galsteen laat een arts niet graag zitten, ook al heeft de patiënt er geen last van.

En er is meer. Ziekenhuizen moeten sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2005 elke behandeling voor een vaste prijs leveren. Om de kosten te drukken. Gevolg is dat ze meer behandelingen zijn gaan bieden om toch geld te verdienen.

Wordt alles dan zomaar vergoed? De meeste zorg wel – van ziekenhuisopnames en medicijnen tot ambulanceritten en bezoeken aan de huisarts. De samenstelling van dat basispakket is een politieke keuze, zegt Erik Schut. „De zorg waarvan de overheid vindt dat die voor iedereen toegankelijk moet zijn.” Schut is hoogleraar economie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. In Nederland betalen mensen een lage eigen bijdrage en hebben ze een laag eigen risico, vergeleken met andere westerse landen.

Om de kostenstijging te remmen haalt de overheid elk jaar producten of behandelingen uit het basispakket, zoals vorig jaar de anticonceptiepil (boven 21 jaar). Komend jaar gaan onder meer dieetadvies, maagzuurremmers, stoppen-met-roken-cursussen en een aantal consulten bij de psycholoog eruit. Elk jaar veroor-

zaakt de versobering ophef.

Maar tegelijkertijd sluipt er van alles in het basispakket. Patiënten zijn mondiger dan vroeger en eisen bijvoorbeeld een second opinion – die vergoed wordt in het basispakket. Een kraampakket (kraammatras, navelklem) wordt vergoed. Zo ook een keizersnede, ook als die medisch onnodig is. Taxivervoer voor chronische patiënten. Diagnose en behandeling voor dyslectische kinderen.

Een hospice waar terminale patiënten kunnen sterven weer niet.

Het basispakket is gebaseerd op solidariteit. Iedereen betaalt maar de één maakt meer gebruik van de zorg dan de ander. „Voor het draagvlak voor solidariteit moet men daarom kijken naar welke zorg wordt vergoed en of van die zorg gepast gebruik wordt gemaakt”, zegt Schut. „Waarom zouden mensen solidair zijn als zij het gevoel krijgen dat allerlei niet-effectieve behandelingen worden vergoed?”

Neem amandelen knippen, zegt Schut. Die ingreep wordt in Nederland veel vaker wordt toegepast dan

Er verdwijnt zorg uit het basispakket. En er sluipt ook weer zorg in

in andere Europese landen, terwijl de effectiviteit omstreden is. „In de ene regio wordt men eerder aan een rughernia geopereerd dan in de andere, zonder dat dit verklaard kan worden uit gezondheidsverschillen. En ook bij veel andere ingrepen is er sprake van een onverklaarbaar grote variatie. De vraag is dus welke ingrepen gepast zijn en vergoed moeten worden.”

Die vragen zullen volgens Schut steeds pregnanter worden naarmate de zorg verbetert. Een nieuw op te richten Kwaliteitsinstituut moet zich vanaf 2013 over die grotere vragen buigen.

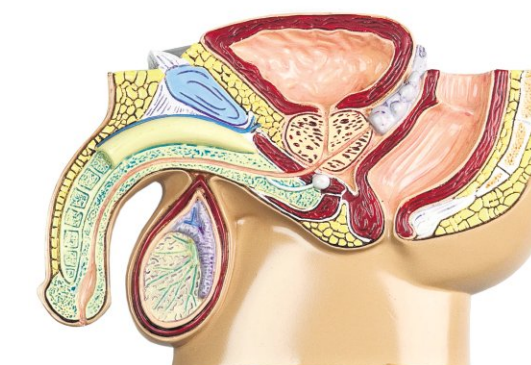
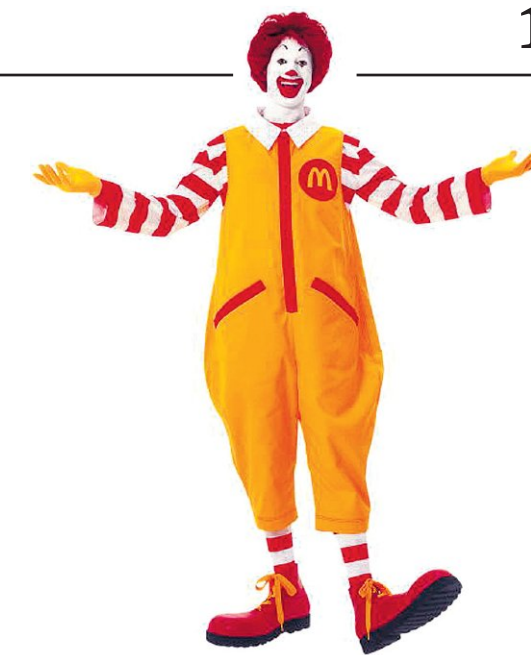
En dan zijn er de 'aanvullende' pakketten, die onder de vrije markt vallen. De klant betaalt per maand extra premie en krijgt de kosten voor meer behandelingen vergoed. 86 procent van de Nederlanders heeft een aanvullende verzekering. Elk jaar, in december, mag iedereen overstappen naar een andere verzekeraar; 9 procent van de verzekerden overweegt volgens diverse enquêtes dat volgende maand te doen.

Verzekeraars mogen niemand weigeren voor het basispakket, hoe krakkemikkig hij ook is. Voor het aanvullende pakket mogen ze mensen wel weigeren.

Met aanvullende pakketten probeert de verzekeraar te concurreren. Er zijn 'gezinspakketten', 'ouderpakketten' en 'toppakketten' voor mensen die alles gedekt willen hebben, zelfs het verblijf in een Zwitsers kuuroord. „Verzekeringen zijn een lastig product om te verkopen”, zegt jurist Marc Hendrikse van de afdeling business studies van de Universiteit van Amsterdam. „De meeste mensen hebben geen zin om erover na te denken. Dus als je weet dat mensen graag een acupuncturist bezoeken, gooi je de vergoeding daarvan in de strijd.”

Aanvullende pakketten zijn een welkome bron van inkomsten voor verzekeraars: daar maken ze gemiddeld 8 procent winst op. Op vergoeding van het basispakket maken ze gemiddeld 1 procent winst.

Verzekeraar Agis (van Achmea) heeft vorige week als eerste aangekondigd dieetadvies per 1 januari ook uit de meeste aanvullende pakketten te halen. Alleen mensen met het allerduurste pakket krijgen nog geld voor de diëtiste. Andere verzekeraars zullen dat voorbeeld volgen, verwacht Anja Evers van de beroepsvereniging. „Voor de armste 14 procent van de mensen is het een strop omdat die alleen het basispakket hebben. Maar ook mensen met een aanvullende verzekering zullen zelf voor dieetadvies moeten gaan betalen.”



De uitgaven in de zorg

De totale uitgaven aan zorg bedroegen vorig jaar 87,6 miljard euro. Dat is 14,8 procent van het bruto binnenlands product, net als in 2009. En het is 3,6 procent meer dan in 2009 werd besteed aan zorg. De uitgaven per hoofd van de bevolking: 5.272 euro.

- Ruim 25 procent (22 miljard) van de zorguitgaven ging naar ziekenhuizen en specialisten.
- Ruim 18 procent (15,9 miljard) ging naar ouderenzorg.
- Ruim 9 procent (7,9 miljard) ging naar gehandicaptenzorg.
- Ruim 7 procent (6,3 miljard) ging op aan geneesmiddelen.
- Ruim 6 procent (5,4 miljard) ging naar geestelijke gezondheidszorg.
- Ruim 3,3 procent (2,9 miljard) ging naar tandartsenzorg.
- Bijna drie procent (2,5 miljard) ging naar de huisartsenzorg.
- Ruim twee procent (1,9 miljard) ging naar de paramedici, zoals verloskundigen en fysiotherapeuten.
- Twee procent ging naar jeugdzorg (1,8 miljard).

Bron:
Centraal Bureau voor de Statistiek

Foto's Bas Czerwinski, stock.xchng, AP, Peter de Krom