

'Die grote ziekenhuizen staan steeds verder van de patiënt af'

Zorgverzekering – Interview: Aad de Groot, bestuursvoorzitter DSW

Zorgverzekeraar DSW heeft andere opinies dan veel collega-verzekeraars: tegen inperking van de vrije artskeuze, tegen schaalvergroting. 'En we moeten naar een andere manier om de ziekenhuizen te financieren.'

MICHIEL VAN DER GEEST

Maandelijks 137,50 euro, dat is de premie die klanten van zorgverzekeraar DSW in 2023 gaan betalen. Dat is 9,75 euro meer dan dit jaar, in lijn met wat het ministerie van Volksgezondheid verwachtte.

Terwijl de andere zorgverzekeraars pas begin november met hun premie komen, heeft DSW traditioneel aan een weekje rekenen na de definitieve zorgbegroting op Prinsjesdag genoeg. 'Wij kijken gewoon wat het gaat kosten, welke budgetten we krijgen, gaan uit van nul euro marge, en delen het bedrag door het aantal verwachte klanten', zegt bestuursvoorzitter Aad de Groot op het hoofdkantoor in Schiedam. 'En we trekken ons niets aan van andere zorgverzekeraars, dat scheelt ook.'

DSW (640 duizend klanten, de vijfde zorgverzekeraar van het land) is inderdaad de vreemde eend in de bijt. Zo keert DSW zich al jaren tegen het hoge eigen risico ('een ordinaire bezuiniging'), is het fel tegenstander van goedkope budgetpolissen, en zit bestuursvoorzitter De Groot niet in het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland, de branchevereniging van zorgverzekeraars. DSW ondertekende het Integraal Zorgakkoord (IZA), de basis van de zorgplannen voor de komende jaren, dan ook niet.



AAD DE GROOT, VOORZITTER VAN DE RAAD VAN BESTUUR VAN ZORGVERZEKERAR DSW. JIRI BÜLLER / DE VOLKSKRANT

'Samen met alle zorgpartijen maken we de zorg toekomstbestendig', schreef Zorgverzekeraars Nederland na ondertekening van het akkoord. Waarom bent u als enige zorgverzekeraar tegen het akkoord?

'Er zitten ook heus wel goede dingen in. De aandacht voor preventie bijvoorbeeld, of voor regionale samenwerking. Maar ik heb te veel bezwaren. Neem de concentratie van de zorg, zowel de spoedeisende zorg als de meer gangbare zorg, ik geloof daar niet in. Als je steeds meer zorg weghaalt uit een regionaal ziekenhuis, dan kunnen zij al helemaal geen vuist meer maken tegen de zorgverzekeraars. Die drukken nog verder op de tarieven, totdat een ziekenhuis het alleen niet meer redt. Daardoor krijg je steeds grotere gefuseerde ziekenhuizen die verder van de patiënt staan, maar ook minder goed samenwerken met andere partijen in de zorg zoals huisartsen en ouderenzorginstellingen. Bovendien hebben we in de coronaperiode gezien dat daarmee ook flexibiliteit wordt weggehaald uit bijvoorbeeld de ic en de opvang van patiënten op de spoedeisende hulp. Vroeger werd zo'n post zelden gesloten en nu is dit dagelijkse kost.

'Ik vind dat een verkeerde invulling van ons zorgstelsel. Als we de afgelopen twintig jaar iets geleerd hebben van concentratie van zorg, is dat het alleen maar leidt tot grotere ziekenhuizen, tot fusies, tot minder ziekenhuislocaties, tot minder toegankelijke zorg, minder persoonlijke benadering en minder contact tussen de huisarts en de specialist. Probeer als huisarts maar eens een specialist in een topklinisch ziekenhuis te pakken te krijgen. Bovendien, als je ergens een spoedeisende hulp weghaalt, betekent dat extra werk voor de huisartsen, wijkverpleegkundigen en ouderenzorg, en die zijn al overbelast.'

De kwaliteit van zorg gaat er toch juist op vooruit? Als artsen vaker een ingewikkelde ingreep doen, worden ze er beter in.

'Er is nog nergens onderzoek gedaan dat onomstotelijk vaststelt dat hogere volumennormen, die nu al bestaan voor heel specialistische ingrepen, gaan leiden tot betere kwaliteit voor de gewone reguliere zorg, ongeveer 85 procent van de ziekenhuiszorg. Maar dat is in mijn optiek wel waar het IZA heen wil. En het leidt al helemaal niet tot betere zorg als het om normen per ziekenhuislocatie gaat, en dus niet per arts, zoals nu al het geval is.

'Toen ik directeur was van een ziekenhuis wilde een chirurg een specifieke ingreep gaan doen, ze verwachtte er zeventien per jaar te kunnen doen. Maar de norm was twintig, dus dat mocht niet. Tot we fuseerden en we als ziekenhuis boven de norm uitkwamen, al kwam deze arts tot slechts 15 ingrepen. Maar dat mocht opeens wel.'

'Het beste voorbeeld is misschien wel de geboortezorg. Er zijn nu geluiden om de verloskunde uit Zoetermeer weg te halen, duizend bevallingen per jaar. Maar de ziekenhuizen in Den Haag hebben geen plek, in Delft ook niet, in Gouda ook niet. Ondertussen bouwt Den Haag 25 duizend woningen erbij, en wij zeggen altijd bij nieuwbouw: bouwvakker eruit, verloskundige erin. Wat zijn we dan aan het doen?

'Als je in Zoetermeer woont, dan moet je straks ergens tientallen kilometers verderop bevallen. We hebben de volume- en kwaliteitsnormen zo opgehoogd dat we aan het doorslaan zijn. Het probleem is dat het niet lukt om in Zoetermeer 24 uur per dag een anesthesist en een gyneacoloog op de locatie te hebben. Maar wat is nou beter? Dat zij binnen 5 minuten in het ziekenhuis zijn of dat je dat als hoogzwangere vrouw 45 minuten naar bijvoorbeeld Brabant moet rijden?'

Het Integraal Zorgakkoord zet ook een nieuwe stap in de langlopende discussie over wat de 'vrije artskenkeuze' is gaan heten. Kan een patiënt bij elke arts terecht of is het aan de zorgverzekeraar om de patiënt zoveel mogelijk naar een gecontracteerde zorgverlener te sturen? Nu krijgen patiënten die naar een ongecontracteerde zorgverlener gaan nog zo'n 75 procent van de rekening vergoed. Dat bedrag moet omlaag, staat in het IZA.'

U bent zelf zorgverzekeraar. U moet toch blij zijn als u meer macht krijgt om de zorgkosten te drukken?

'De praktijk zal zijn dat zorgverzekeraars gaan roepen: jij bevalt me niet, jij bent wat duurder, ik heb niet genoeg zicht op jou, dus: geen contract tenzij je tekent bij het kruisje. De machtsbalans slaat dan door naar de zorgverzekeraars, terwijl je een zeker evenwicht moet hebben.'

Met de contracten kan een zorgverzekeraar toch sturen op de kwaliteit van zorg? Dat is nou een van de bedoelingen van het stelsel.

'Wij moeten sturen op betaalbaarheid en rechtmatigheid, niet op kwaliteit. Dat is ook onzin, want dat kunnen zorgverzekeraars helemaal niet. Als ziekenhuisdirecteur had ik al nauwelijks zicht op wat er achter de deur van de spreekkamer of operatiekamer gebeurde, laat staan dat ik dat weet als zorgverzekeraardirecteur.'

'Bovendien zijn nieuwe zorgaanbieders vaak heel innovatief. Maar zonder contract kunnen die niet overleven, je haalt dus de dynamiek uit ons stelsel. En dit gaat allemaal ten koste van de keuzevrijheid van de patiënt. Alleen welgestelde patiënten kunnen het zich dan nog veroorloven een niet-gecontracteerde arts te kiezen.'

Mist u dat solidariteitsdenken bij collega-zorgverzekeraars?

'Ik heb de indruk dat een aantal van mijn collega's heel strak in de wedstrijd zitten als het gaat om kostenbesparing. Laat ik het zo zeggen: ik snap bijvoorbeeld echt niet dat sommige collega's de ggz contracteren op basis van de gemiddelde prijs per patiënt. In de ggz heb je lichte, gemiddelde en zware patiënten. Maar als je contracteert op de gemiddelde prijs, gaan de instellingen zich richten op de lichte en gemiddelde patiënten. Gevolg: afdelingen voor zware ggz-patiënten sluiten.'

'Bij DSW hebben we geen groeidoelstelling. Anders gaan je collega's van de commerciële afdeling 'slimme producten' bedenken: een hoge korting op je premie bij een hoog vrijwillig eigen risico bijvoorbeeld. Daarmee haal je allemaal jonge gezonde mensen binnen, aan wie je weinig zorgkosten hebt. Maar uiteindelijk betalen de mensen die wel zorg nodig hebben de korting van de anderen.'

Ondertussen geven we volgend jaar meer dan 100 miljard euro uit aan zorg. Dan moet de zorg toch goedkoper?

'De zorguitgaven kunnen prima blijven groeien, zolang dat maar binnen de stijgingspercentages van de economische groei is. Een ziekenhuis kent drie vormen van zorg: acute zorg, chronische zorg en planbare zorg. Dat we de acute zorg nu op basis van het aantal behandelingen betalen is onzin. De brandweer kent ook geen beloning per gebluste brand. We moeten de acute zorg dus voor de beschikbaarheid betalen.

'Chronische zorg vraagt om een ketenbenadering. Dus: een vast bedrag per patiënt, waarbij de behandelaars gezamenlijk beslissen of een behandeling het beste kan plaatsvinden in het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis bij bijvoorbeeld een fysiotherapeut. Of via digitale zorg. Of misschien is nietsdoen soms wel de beste behandeling. Dan zet je de patiënt echt centraal.

'De planbare zorg kunnen we prima per behandeling betalen, en daar is concurrentie ook helemaal geen slecht idee.'

Dat klinkt allemaal prachtig, maar ondertussen staat u buitenspel en praat niet mee.

'Nee hoor, wij maken hier in de regio een eigen zorgakkoord. Je moet het van onderaf opbouwen. Drie jaar geleden zag ik dat de grootste opgaven straks in de ouderenzorg liggen. We hebben toen alle partijen in de regio bij elkaar geroepen en gezegd: als we zo doorgaan, is de ouderenzorg over tien jaar niet meer uitvoerbaar.

'Dus hoe gaan we dat organiseren. Wat kunnen we doen aan preventie, waar zijn alternatieve woonvormen, wat doen we met het vastgoed die zorgorganisaties niet meer nodig hebben, maar over tien jaar weer wel? En waar komen de coördinatiepunten? Dat is in de regio veel makkelijker, want iedereen kent elkaar en iedereen heeft elkaar nodig.

'Maar dat kan alleen op twee voorwaarden: vertrouwen in elkaar en dat je over je eigen belang heenstapt. Ook wij krijgen een andere rol. We zijn niet meer de marktpartij die tegenover een andere zorgpartij staat om te onderhandelen over de prijs, maar wij zijn meer de organisator van zorg. Mijn doel is niet om DSW te laten voortbestaan, het doel is een goede organisatie van zorg. Als wij daarvoor een belemmering zijn, ben ik de eerste die zegt dat we de zorgverzekeraars dan beter kunnen opheffen.'
