

## 2006: BENT U ER NOG OF IS DE ZORG U DE BAAS?

**Weet u nog van vroeger? Was u ziek, dan wist u dat zelf, uw dokter bepaalde dan als professionele en beëdigde beroepsbeoefenaar wat u had en adviseerde u naar uw genezing. Bij langdurige ziekte of arbeidsongeschiktheid compenseerde de overheid met de WAO het inkomensverlies uit het door u gekozen werk.**

**Kortom, we waren een sociaal land met mensen die ‘van zessen klaar’ waren.**

Er was maar één asociaal doortje aan deze roos: je had ziekenfondspatiënten en particulieren. Deze laatsten betaalden meer en hadden daarmee soms toegang tot een bredere zorg. ‘Dit verschil moest verdwijnen’ vond de politiek en zo werd dit de (drg)reden tot een ‘stelselwijziging’. Wat de overheid als verzekeringsmaatschappij echt stak was dat zij de kosten van de WAO, waarvoor zij wel graag de premies opstreek, niet kon beheersen.

Dus heeft zij de laatste jaren uw zelfbeschikkingsrecht en dat van uw dokter stap voor stap wettelijk beperkt. Zo bepaalt sinds enkele jaren alleen een verzekeringsarts of u wel of niet weer beter bent. Toen dit weinig maatschappelijke weerstand kreeg achtte de overheid de tijd rijp voor een totaaloplossing:

Zelf nog meer belastinggeld innen en tevens de verantwoordelijkheid voor uw welzijn en voor de uitvoering van ‘de zorg’ afschuiven naar het bedrijfsleven. Verzekeringsmaatschappijen kunnen beter dan de overheid de toegang tot en de omvang van het zorgpakket afknijpen om kosten te besparen. Die hoeven immers geen enkele maatschappelijke verantwoording af te leggen en hun management wordt ook niet gekozen.

Ons kabinet, gedomineerd door het Christen Democratisch Appel, heeft dit probleem per 1 januari 2006 eindelijk opgelost; ze waren ermee ‘voor zessen klaar’.

Het CDA is hier traditioneel ook goed voor toegerust, immers al snel nadat Jezus de woekeraars de tempel uitjoeg werd het naar zichzelf toe dirigeren van geldstromen de belangrijkste aanjager van de verspreiding van ons Christendom over de wereld.

### DE GEVONDEN OPLOSSING BESTAAT UIT TWEE DELEN:

#### 1 HET VERSCHIJNSEL MENS, IN NEDERLAND AL MIN OF MEER VERBODEN, IS PER 1 JANUARI DEFINITIEF AFGESCHAFT.

De WAO voor langdurig zieken is vervangen door de WIA, binnenkort een populaire cryptogram-omschrijving voor ‘werkezel’. U bent nu nog slechts een geldverdien eenheid, waarvan de waarde wordt bepaald door uw jaarinkomen. Uw gezondheid is zo meetbaar geworden en uw genezingsproces is vereenvoudigd tot allocatie van uw verdien capaciteit.

Na afronding van de privatiseringen in de uitkeringsector bepalen verzekeringsmaatschappijen waar en waarmee theoretische verdieneenheden met soortgelijke kwalen als de uwe, in theorie nog wel geld zouden kunnen verdienen. Wel binnen Nederland uiteraard want anders zou u geen premie meer hoeven te betalen.

Staat ergens dat dat mogelijk is, dan bent u gelukkig niet meer ziek en is uw inkomensverlies in uw echte leven uw eigen schuld; had u uw verdien capaciteit maar moeten inzetten op de door de verzekeraar aangegeven manier.

#### 2 HET NIEUWE ZORGSTELSEL, DE ECHTE KROON OP DIT WERK

In één transactie heeft ons kabinet 16 miljoen mensen als lijfeigenen verkocht aan de zorgverzekeraars. In de mensenhandel is dit een record dat vermelding in het Guinness book of records waard is. Illustratief hiervoor is ook dat één verzekeraar hiervoor ‘de menz’ heeft uitgevonden, met de z van zombie.

U bent verplicht uw Nederlandse zorgverzekeraar elk jaar de door hen opgelegde premie te betalen. Voorts legt de wet legt u een afhankelijke positie op en verbiedt deze u om uzelf daarvan vrij te kopen. Wat u daarvoor krijgt is ‘zorg zoals zij dat goed voor u vinden’ vanuit hun eigen doelstellingen: geld naar zich toe regelen.

Uw dokter is nu een zorgverlenende freelancer geworden. De geneeskunst en de eed van Hyppocrates als kader voor uw geneeskundige behandeling zijn vervangen door de inhoud van zorgcontracten. Hiermee bepalen verzekeringsmaatschappijen eenzijdig wat uw dokter nog voor u mag doen en wat hij/zij u mag voorschrijven. Ten aanzien van deze contracten heeft uw dokter de keuze tussen slikken of stikken. Via benchmarking zal zijn/haar ruimte en beroepsvrijheid verder worden beperkt totdat alles minder tijd, middelen en geld kost dan uit winstoogpunt voor de verzekeraar wenselijk is.

Sommige nieuwe zorgcontracten dwingen uw dokter nu al tot inleveren van integriteit en tot loslaten van de medische beroepsethiek. Veelbetekenend is, dat de bij klantenwerving nu meest populaire zorgverzekeraar hierin voorop loopt.

De overheid heeft zich tot een lachende derde gemaakt, die niet meer aanspreekbaar is als uw zorg 'verkeerd uitpakt'. Wel gaat het bedrijfsleven door de verhoging van het werkgeversdeel van de 'zorgpremie' en de rompslomp die eraan vast zit ongeveer 1,5 miljard euro meer belasting betalen. Dit werkgeversdeel is voor u als werknemer ook niet langer fiscaal aftrekbaar. Maar wees gerust, alleen mensen die veel ziektekosten hebben krijgen hier een financiële knauw van en het beperken van ziekte is immers een beleidsprioriteit.

De echte kosten van deze operatie zullen nooit op tafel komen want de belastingdienst moet de ergste gevolgen ervan voor werknemers en uitkeringsgerechtigden liefdevol verzachten. Door de plotselinge en overhaaste opeenstapeling van deze extra taken (huursubsidie, zorgtoeslag) is deze dienst echter zo overbelast dat zelfs aangiftdossiers waarvan hij weet dat er voor tonnen euro's 'fouten' in zitten, nu moeten worden 'weggestempeld'.

#### EN DAN DE TOEKOMST

Om u te lokken wordt de verplichte basisverzekering dit jaar zwaar onder de kostprijs in de markt gezet want alleen dit jaar mag bijna iedereen vrij overstappen zonder acceptatievoorwaarden vooraf. Hoe meer 'klanten' hoe meer macht voor de verzekeraar. Gaat u bij uw keuze voor geld, bedenk dan dat de gemiddeld nodige premieverhoging in 2007 nu al is berekend op 17%. En volgend jaar zit u door uw ziektekosten of uw aanvullende verzekeringen vaak wel vast aan uw huidige of gekozen verzekeraar, met name als de verzekering u nu meer geld oplevert dan de premiekosten. Er is dan geen absolute acceptatieplicht meer.

De door de wetgever gecreëerde almacht van de verzekeraar is heel groot. U kunt heel gemakkelijk voor een periode van vijf jaar onverzekerd raken. Alle verzekeraars mogen u weigeren voor de basisverzekering als u tot vijf jaar eerder een zorgverzekering is opgezegd wegens 'opzettelijke misleiding' of 'niet betalen van de premie' (te specificeren door de verzekeraar). Soms is daarvoor het indienen van een declaratie met foute (roepnaam)voorletters of een bankprobleem tijdens uw lange buitenlandse reis, al voldoende.

Nu al wordt door deze wet een verdrievoudiging van het aantal onverzekerden tot 6% van de premieplichtigen verwacht. Financieel afgeknepen ziekenhuizen regelen nu al dat onverzekerden, als zij geen geld hebben, op de stoep mogen crepepen, tenzij een 'niet arts' (geen eed van Hippocrates!) hen toch toelaat.

En dat terwijl u zonder artsdiploma zelfs nog geen slijmvlies van een ander mag aanraken als uw bedoeling daarbij is die te helpen naar genezing! Wat een pracht ingang voor een nieuw soort omkoping, intimidatie en een nieuw zwart circuit.

Is u ook opgevallen dat u meestal in een naturaverzekering wordt geschoven als in het nieuwe ziekenfonds voor iedereen? U betaalt uw premie en ontvangt zorg van de door uw verzekeraar gecontracteerde zorgverleners. U hoeft zich verder nergens druk om te maken want zoals uw folder juicht, ze hebben contracten met bijna alle zorgverleners in Nederland. Maar niet heus. Het venijn zit aan de achterkant die u als klant niet ziet. Ter illustratie een voorbeeld:

Verzekeraar Achmea beperkt in zijn zorgcontracten met fysiotherapeuten het aantal te geven behandelingen voor chronische patiënten nu al tot maximaal 15 per jaar. Daarna moet uw therapeut u zeggen: u bent klaar, u moet ermee leren leven of u moet het nu zelf betalen.

Ik ken al goede zorgverleners die geen contracten willen afsluiten met één, een paar of zelfs alle zorgverzekeraars, omdat zij de opgelegde beperkingen in zorgverlening en praktijkuitvoering daarin medisch niet ethisch en/of onverantwoord vinden. Over een paar jaar zal 'de zorg' voor houders van een naturapolis eenvoudiger en schaarser worden. Dit zal uw verzekeraar dan uiteraard een winstgevende zorg zijn.

De politiek roept nog steeds dat het een goede operatie is geweest: het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere **patiënten** is opgeheven; iedereen heeft nu eenzelfde basisverzekering, dus missie uitgevoerd.

Maar helaas, we zijn nu natura- en restitutieklienten, waarvoor de verschillen in beschikbare verzekerde zorg ook in natura zullen zijn te merken.

Het echte verschil is dat wij in de zorgsector zijn verworpen van burger en patiënt met rechten, tot verzekeringsklant met de bijbehorende contractueel en wettelijk afgedwongen afhankelijkheid, verplichtingen en beperkingen. Vanuit de kiezer gezien is dit een dure manier van achteruit boeren.

U heeft nog tot 1 maart de tijd om hieraan deels te ontsnappen: Neem een restitutiepolis, waarmee u zelf uw zorgverleners mag kiezen. Dan hoeft u in de toekomst niet in de rij of in de kou te staan op de stoep van het ziekenhuis. Dan kunt u ook na 2006 (weer) gewoon particulier patiënt zijn bij een echte dokter.

Hans Dalhuijsen, 9 januari 2006