

GEZONDHEID ALS HANDELSWAAR

*De Macht van Zorgverzekeraars in een
Marktgedreven Zorgsysteem*



KOOS DIRKSE

Hoofdstuk 1

Inleiding

De zorg in Nederland wordt vaak geprezen om zijn hoge kwaliteit en brede toegankelijkheid. Toch is er een groeiende bezorgdheid over de rol van zorgverzekeraars en de invloed die zij hebben op de zorg die patiënten ontvangen. Dit boek richt zich op het ontrafelen van de machtsdynamiek tussen zorgverzekeraars, de overheid en de zorgaanbieders, met als doel inzicht te bieden in hoe de zorg in Nederland is veranderd sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Het is een verhaal van hoe een aanvankelijke visie van marktwerking in de zorg, bedoeld om de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit van zorg te verbeteren, is geëvolueerd naar een systeem waar winstmaximalisatie door commerciële zorgverzekeraars steeds meer de boventoon voert.

De Zorgverzekeringswet en de Macht van Zorgverzekeraars

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd door toenmalig minister Hans Hoogervorst van de VVD. Het doel van deze wet was om de zorgsector te hervormen en de verantwoordelijkheden van de overheid te verminderen. De wet zou zorgen voor meer concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en daarmee de zorg betaalbaarder en efficiënter maken. In plaats van dat de overheid de zorg reguleerde, werden zorgverzekeraars nu de centrale spelers, die niet alleen verantwoordelijk waren voor de financiering van de zorg, maar ook voor de organisatie ervan. De invoering van de wet betekende dat zorgverzekeraars meer invloed kregen over welke zorg wordt vergoed, door wie deze zorg wordt geleverd en tegen welke prijs.

Wat echter niet in de wet was voorzien, was de mate waarin zorgverzekeraars hun commerciële belangen zouden voortzetten. Waar het idee van marktwerking in de zorg oorspronkelijk bedoeld was om de zorg te verbeteren door concurrentie en transparantie, bleek de praktijk anders. Zorgverzekeraars, als commerciële bedrijven, gingen hun strategieën steeds meer richten op het maximaliseren van winst, waarbij kostenbesparing vaak belangrijker werd dan de kwaliteit van zorg.

Wat Dit Boek Tracht te Onthullen

Dit boek onderzoekt de verborgen krachten achter zorgverzekeraars en hun invloed op het zorgsysteem. Door middel van analyse en kritische reflectie willen we de onzichtbare machtsdynamieken onthullen die het moderne zorglandschap bepalen. We laten zien hoe zorgverzekeraars, door het beheersen van financiële stromen en zorgkeuzes, niet alleen de zorg beïnvloeden, maar ook hun eigen winst vergroten.

De centrale vraag is hoe de macht die ooit bij de overheid lag, nu geconcentreerd is bij commerciële zorgverzekeraars. Hoe is het zorgsysteem veranderd, zodat de belangen van verzekeraars zwaarder wegen dan die van de patiënt? En wat zijn de gevolgen voor de zorgkwaliteit, toegankelijkheid en transparantie?

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet werd de zorgmarkt geopend, maar de beloofde voordelen van marktwerking, zoals meer keuze voor patiënten en lagere kosten, zijn vaak uitgebleven. In plaats daarvan lijkt de zorg steeds meer gericht op kostenbeheersing en winstmaximalisatie, ten koste van de patiëntenzorg.

De Gevolgen voor Patiënten

Patiënten zouden volgens de zorgverzekeringswet meer vrijheid moeten hebben in het kiezen van hun zorgaanbieder en zouden

moeten profiteren van lagere premies en betere zorg. In de praktijk blijkt echter dat de keuzes van patiënten steeds meer worden beperkt door de voorwaarden die zorgverzekeraars stellen. De zorgverzekeraars bepalen niet alleen welke zorgaanbieders contracten krijgen, maar ook welke behandelingen wel of niet vergoed worden. Als gevolg daarvan staan patiënten vaak voor de keuze om zorg, die niet wordt vergoed, volledig zelf te betalen of om zorg te accepteren die hen niet altijd optimaal ten goede komt.

Daarnaast spelen zorgverzekeraars een grote rol in de administratieve last die zorgaanbieders moeten dragen. Zorgprofessionals, zoals huisartsen en ziekenhuizen, moeten steeds meer tijd besteden aan bureaucratie en controle om aan de eisen van verzekeraars te voldoen, wat leidt tot minder tijd voor de daadwerkelijke patiëntenzorg. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de werkomstandigheden van zorgverleners, maar ook voor de kwaliteit van zorg die patiënten ontvangen.

De premies voor zorgverzekeringen blijven stijgen en hoewel de overheid soms pogingen doet om de kosten in toom te houden, ligt de werkelijke controle bij de verzekeraars. Als zij hun kosten niet kunnen beheersen, worden de premies verhoogd, maar er is weinig transparantie over hoe deze kosten precies worden berekend en waar het geld naartoe gaat. Dit gebrek aan transparantie is een van de belangrijkste zorgen in het huidige zorgsysteem en dit boek zal deze problematiek nader onderzoeken.

Conclusie: Het Verlies van Patiëntgerichtheid

De focus van dit boek ligt op de fundamentele vraag hoe zorgverzekeraars een steeds grotere rol hebben gespeeld in het bepalen van het zorgaanbod en de toegankelijkheid van zorg, vaak

ten koste van de belangen van de patiënt. Wat ooit begon als een poging om de zorg efficiënter en goedkoper te maken, heeft geleid tot een situatie waarin commerciële belangen van zorgverzekeraars de boventoon voeren. Patiënten worden steeds meer gezien als kostenposten, die zich moeten aanpassen aan de regels en voorwaarden van de verzekeraar, in plaats van dat de zorg zich aanpast aan de behoeften van de patiënt.

Dit boek zal aantonen dat, hoewel de zorgverzekeringwet bedoeld was om de zorg te verbeteren, de praktijk van marktwerking niet altijd ten goede is gekomen aan de patiënt. In plaats van meer keuzevrijheid en betere zorg, hebben we een systeem gekregen waarin de financiële belangen van commerciële partijen bepalend zijn voor de zorg die we ontvangen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding

- Doel van het boek
- De Zorgverzekeringswet en de rol van zorgverzekeraars
- De gevolgen voor patiënten en het zorgsysteem

2. De Zorgverzekeringswet en de Machtsovername

- Invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006
- Het politieke idee en de belofte van marktwerking
- De machtsoverdracht van overheid naar zorgverzekeraars
- Gevolgen patiënten: minder keuzevrijheid, hogere kosten

3. Winstmaximalisatie en Bezuinigingen op Patiëntenzorg

- Hoe zorgverzekeraars winstmaximalisatie nastreven
- Impact kostenbeperking op zorgaanbieders en patiënten
- Verslechtering van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

4. De Financiële Structuur van Zorgverzekeraars

- Ondoorzichtige financiële stromen en kostenstructuren
- Hoge administratieve kosten, bonussen en salarissen
- Het effect van deze structuren op zorgpremies

5. Transparantie en Verantwoording: Een Gebrek aan Toezicht

- Het ontbreken van financiële transparantie
- Zorgverzekeraars zonder verantwoording
- Onvoldoende overheidscontrole en externe toezicht

6. Tarieven in de Zorg en de druk op Eerstelijnszorgverleners

- Huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgverleners
- De druk op farmacie en medicijntekorten
- Gevolgen voor zorgkwaliteit en toegankelijkheid

7. Werkelijkheid van Marktwerking: Wat Werkt en Wat Niet?

- De theorie van marktwerking versus de praktijk

- Hoe marktwerking vooral verzekeraars bevoordeelt
 - Impact op de relatie tussen zorgaanbieders en patiënten
8. **De Rol van de Patiënt in het Huidige Zorgsysteem**
 - Consumenten in een commercieel zorgmodel
 - Beperkte autonomie en keuzevrijheid
 - Toenemende financiële lasten en eigen bijdragen
 9. **De Zorg voor Ouderen: Tussen Kastje en Muur**
 - Tekorten in verpleeghuizen en thuiszorg
 - De gevolgen van bezuinigingen en bureaucratie
 - Ouderen die geen passende zorg ontvangen
 10. **De Ontwikkeling van de Zorgkosten en Patiëntenlasten van de Laatste 25 Jaar**
 - Stijgende zorgkosten en premies sinds 2000
 - Groei van het eigen risico en eigen bijdragen
 - De toenemende vraag naar betalingsregelingen
 11. **Naschrift: Wat Kan er Verbeterd Worden?**
 - Samenvatting van de bevindingen
 - Voorstel basisverzekering weer onder de Overheid
 - Premie-inning via belasting en afschaffing Zorgtoeslag
 - Zorgverzekeraars beperken tot aanvullende verzekeringen

Hoofdstuk 2

De Zorgverzekeringswet en de Machtsovername

De Zorgverzekeringswet, ingevoerd op 1 januari 2006, markeerde een radicale verschuiving in het Nederlandse zorgsysteem. De wet, voorgesteld door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Hans Hoogervorst (VVD), beoogde de zorg te hervormen en marktwerking te introduceren. Het idee achter deze wet was om de zorg efficiënter, goedkoper en toegankelijker te maken door de marktmechanismen in te zetten. Waar de overheid voorheen een sterke rol had in het organiseren en reguleren van de zorg, werd deze verantwoordelijkheid verschoven naar commerciële zorgverzekeraars. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe de invoering van de Zorgverzekeringswet niet alleen de zorgmarkt veranderde, maar ook de macht verschuift van de overheid naar zorgverzekeraars en wat de gevolgen hiervan waren voor de zorgkwaliteit, toegankelijkheid en de keuzevrijheid van patiënten.

Zorgverzekeringswet: Het Politieke Idee Achter de Wet

De Zorgverzekeringswet werd door Hans Hoogervorst gepresenteerd als een noodzakelijke hervorming van het zorgsysteem. De wet verving het oude systeem van collectieve ziektekostenverzekering door een systeem waarin marktwerking een grotere rol speelde. Het idee was om een meer efficiënte zorgmarkt te creëren, waarin verzekeraars met elkaar zouden concurreren om de beste zorg tegen de laagste kosten aan te bieden. De patiënt zou volgens deze visie profiteren van meer keuzevrijheid en lagere premies. De overheid zou zich minder bemoeien met de organisatie van de zorg, terwijl de markt, door

de concurrentie tussen zorgverzekeraars, de kwaliteit zou verhogen en de kosten zou drukken.

Het uitgangspunt was helder: door de concurrentie zou de zorg betaalbaarder worden, zorgaanbieders zouden hun diensten efficiënter aanbieden en patiënten zouden meer vrijheid krijgen in het kiezen van zorg. De overheid zou weliswaar de basisvoorwaarden blijven stellen, maar de daadwerkelijke regie over de zorg zou in handen komen van de zorgverzekeraars. Het systeem zou daardoor goedkoper zijn en de zorg beter toegankelijk maken voor iedereen, zo werd beweerd.

In de praktijk bleek echter dat de beoogde voordelen van marktwerking, zoals lagere zorgkosten en meer keuzevrijheid voor patiënten, niet altijd werden gerealiseerd. De zorgverzekeraars, die nu de financiële macht in handen kregen, waren in eerste instantie gericht op het behalen van hun commerciële doelen. In plaats van te concurreren op zorgkwaliteit, concentreerden ze zich al snel op het beperken van de kosten, door onder andere zorgaanbieders te dwingen om tegen steeds lagere tarieven te werken.

De Machtsovername: Van Overheid naar Zorgverzekeraars

De invoering van de Zorgverzekeringswet betekende een fundamentele verschuiving van de macht. Waar de overheid vroeger verantwoordelijk was voor het organiseren en financieren van de zorg, werd deze verantwoordelijkheid nu gedelegeerd aan commerciële zorgverzekeraars. In plaats van dat de overheid de zorg reguleerde, zouden zorgverzekeraars de regie krijgen over het zorgaanbod. Zij zouden bepalen welke zorgaanbieders gecontracteerd werden, welke behandelingen wel of niet vergoed werden en tegen welke prijs.

Met de wet in werking werd de zorgverzekering verplicht voor iedereen. Dit betekende dat elke Nederlander een zorgverzekering moest afsluiten, waarbij de overheid een basispakket van zorg garandeerde. Zorgverzekeraars konden echter het aanbod in hun pakketten naar eigen inzicht vormgeven en dit bracht hen veel macht. Ze konden besluiten om bepaalde behandelingen of medicijnen niet te vergoeden en zo indirect de zorgkeuzes van patiënten beïnvloeden. Hierdoor kwamen zorgverzekeraars in een positie waarin ze niet alleen het financiële aspect van de zorg controleerden, maar ook de inhoudelijke keuzes bepaalden.

In plaats van dat de overheid zorgde voor een gedetailleerde regie over de zorg, gaven de politici deze macht dus in handen van commerciële partijen die geen publieke verantwoordelijkheid hadden. De vraag rijst of dit de zorg daadwerkelijk efficiënter heeft gemaakt, of dat het de belangen van de verzekeraars meer diende dan die van de patiënten.

Minder Keuzevrijheid, meer Kostenbeperkingen Patiënten

Een van de grote beloftes van de Zorgverzekeringswet was dat het systeem meer keuzevrijheid voor de patiënt zou opleveren. Patiënten zouden zelf hun zorgverzekeraar kunnen kiezen en hun zorgaanbieder vrij kunnen selecteren. De werkelijkheid bleek echter anders. De zorgverzekeraars begonnen steeds meer controle uit te oefenen over het zorgaanbod, waardoor de keuzevrijheid voor patiënten beperkt werd.

Zorgverzekeraars sloten contracten met zorgaanbieders en alleen zorg die geleverd werd door deze gecontracteerde zorgverleners werd vergoed. Patiënten die ervoor kozen om zorg te ontvangen van zorgaanbieders buiten dit netwerk moesten de kosten zelf dragen of kregen slechts een gedeeltelijke vergoeding.

Dit leidde ertoe dat patiënten zich steeds meer moesten aanpassen aan de regels van hun zorgverzekeraar, in plaats van zelf te kunnen kiezen welke zorg ze het beste achtten. De keuzevrijheid werd dus in de praktijk flink ingeperkt.

Tegelijkertijd begon de focus van zorgverzekeraars te verschuiven naar kostenbesparing, in plaats van zorgverbetering. Waar de verzekeraars eerst beloofden dat de concurrentie de zorg zou verbeteren, zagen we dat het vooral leidde tot lagere betalingen aan zorgaanbieders en bezuinigingen op bepaalde behandelingen en medicijnen. Dit gebeurde onder het mom van kostenbeheersing, maar in werkelijkheid werden deze bezuinigingen vaak niet in het belang van de patiënt genomen.

De premies voor de zorgverzekeringen bleven stijgen, terwijl de vergoedingen voor bepaalde zorg verlaagd werden. Zorgverzekeraars gaven aan dat ze de premies moesten verhogen vanwege de stijgende zorgkosten, maar een belangrijke vraag bleef onbeantwoord: hoeveel van deze stijgende kosten gingen naar de zorg zelf en hoeveel naar de operationele kosten van de verzekeraars, zoals administratie, marketing en hogere salarissen voor topfunctionarissen? Dit gebrek aan transparantie maakte het moeilijk voor patiënten om inzicht te krijgen in waar hun geld naartoe ging.

Conclusie: De Onvoltooide Belofte van Marktwerking

De invoering van de Zorgverzekeringswet had verregaande gevolgen voor de zorg in Nederland. Wat aanvankelijk werd gepresenteerd als een manier om de zorg efficiënter, goedkoper en toegankelijker te maken, leidde in de praktijk tot een verschuiving van de macht naar commerciële zorgverzekeraars. Zij kregen niet alleen de controle over de financiering van de zorg,

maar bepaalden ook de inhoud ervan, wat de keuzevrijheid van patiënten aanzienlijk beperkte.

In plaats van de zorg te verbeteren door concurrentie, zoals beloofd werd, zagen we dat de focus steeds meer kwam te liggen op kostenbesparing en winstmaximalisatie. Patiënten werden geconfronteerd met hogere premies, beperkte keuze in zorgaanbieders en lagere vergoedingen voor bepaalde behandelingen. De marktkrachten die de zorgverzekeraars in hun voordeel gebruiken, hebben niet geleid tot de beloofde voordelen voor de patiënt. In plaats daarvan is de zorg steeds meer een product geworden dat onderhevig is aan commerciële belangen, waarbij de patiënt steeds meer als consument wordt gezien.

Het is duidelijk dat de introductie van de Zorgverzekeringswet de zorgmarkt niet in de gewenste richting heeft gestuurd. In plaats van een systeem dat de patiënt centraal stelt, lijkt de zorg steeds meer te draaien om het genereren van winst voor de zorgverzekeraars, zonder dat de patiënt daarbij de voordelen ervaart die oorspronkelijk werden beloofd.

Hoofdstuk 3

Winstmaximalisatie en Bezuinigingen op Patiëntenzorg

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 hebben zorgverzekeraars een steeds grotere rol gekregen in het bepalen van het zorgaanbod in Nederland. Oorspronkelijk werd aangenomen dat deze verandering zou leiden tot lagere kosten en betere zorg, maar in plaats daarvan zien we een trend waarin de nadruk ligt op winstmaximalisatie. Zorgverzekeraars, die tegenwoordig als commerciële bedrijven opereren, zijn in de eerste plaats gericht op het genereren van winst voor hun aandeelhouders. Dit heeft geleid tot een situatie waarin de kostenbesparing ten koste gaat van de patiëntenzorg. In dit hoofdstuk onderzoeken we hoe zorgverzekeraars hun winst maximaliseren, de gevolgen van deze bezuinigingen op de zorgaanbieders en de patiënt en wat de bredere implicaties zijn voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in Nederland.

Winst Maximaliseren ten Koste van Patiëntenzorg

Zorgverzekeraars zijn commerciële instanties, die hun winst moeten optimaliseren, net als elk ander bedrijf in de particuliere sector. Deze winst wordt in veel gevallen behaald door het minimaliseren van uitgaven aan zorg, zo laag mogelijke inkoop, het verhogen van de premies en door administratieve efficiëntie. Waar de overheid in het oude systeem verantwoordelijk was voor het uitgeven van zorgbudgetten, hebben zorgverzekeraars nu de verantwoordelijkheid om het zorggeld efficiënt in te zetten. Dit betekent echter niet dat de zorg daadwerkelijk beter of goedkoper wordt voor de patiënt.

Een belangrijke manier waarop zorgverzekeraars hun winst maximaliseren, is door de zorgkosten te beperken. Dit gebeurt door lagere tarieven aan zorgaanbieders te bieden. Dit wordt bijvoorbeeld bereikt door zorgaanbieders te dwingen om tegen lagere vergoedingen te werken, of door contracten aan te bieden die ongunstig zijn voor zorgverleners. Zorgverzekeraars onderhandelen met ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgaanbieders over tarieven, waarbij ze proberen de prijzen laag te houden. Deze onderhandelingsmacht van de verzekeraars stelt hen in staat om aanzienlijke kortingen te bedingen, wat hen helpt de kosten te drukken.

De zorgaanbieders, van huisartsen tot ziekenhuizen, hebben weinig keuze: ze moeten akkoord gaan met de tarieven die de verzekeraars hen bieden, of ze lopen het risico geen contracten te krijgen en daardoor buiten het netwerk van de verzekeraar te vallen. Dit heeft directe gevolgen voor de financiële situatie van zorgaanbieders, die steeds minder ruimte hebben om kwaliteitszorg te bieden tegen een eerlijke prijs.

Zorgaanbieders worden vaak geconfronteerd met een gestage toename van administratieve eisen en documenten die ze moeten aanleveren om vergoed te krijgen voor hun werk. Dit leidt tot hogere administratieve kosten voor zorgverleners, waardoor ze meer tijd kwijt zijn aan papierwerk dan aan daadwerkelijke patiëntenzorg.

Beperken Zorgkosten door Lagere Tarieven Zorgaanbieders

Het beperken van zorgkosten is een van de belangrijkste prioriteiten voor zorgverzekeraars. Door de zorgaanbieders onder druk te zetten om tegen lagere tarieven te werken, kunnen verzekeraars hun kosten in de hand houden en hun winst maximaliseren. Dit proces begint vaak met het onderhandelen

over contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In deze onderhandelingen zijn zorgverzekeraars vaak de dominante partij, gezien het aantal klanten dat zij vertegenwoordigen. Zorgaanbieders kunnen wel proberen hogere tarieven te bedingen, maar ze lopen het risico geen contracten te krijgen, waardoor ze hun patiënten niet via de verzekeraar kunnen behandelen.

De lagere tarieven hebben invloed op de zorg die zorgverleners kunnen bieden. Wanneer zorgaanbieders voor minder geld moeten werken, kunnen ze niet altijd de zorg van de gewenste kwaliteit bieden. Ze worden gedwongen om met beperkte middelen te werken, wat kan leiden tot langere wachttijden, minder tijd voor elke patiënt en zelfs de noodzaak om bepaalde behandelingen of diensten te beperken. Huisartsen, bijvoorbeeld, kunnen niet meer de tijd nemen die nodig is om een patiënt grondig te onderzoeken en te behandelen, omdat ze te maken krijgen met strikte tijdslimieten en onrealistisch lage tarieven voor hun werk.

Deze druk om kosten te besparen wordt ook weerspiegeld in het feit dat zorgverzekeraars voortdurend zoeken naar manieren om de vergoedingen voor zorg te verminderen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het beperken van de vergoeding voor bepaalde medicijnen of behandelingen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door medicijnen op de zogenaamde "negatieve lijst" te plaatsen, wat betekent dat de verzekeraar geen vergoeding biedt voor die specifieke medicijnen. Dit leidt ertoe dat patiënten mogelijk niet de beste behandeling krijgen, omdat de verzekeraar geen vergoedingen biedt voor alternatieven die mogelijk effectiever zijn.

Het Effect van Winstmaximalisatie op de Kwaliteit van Zorg

De focus op kostenbeheersing en winstmaximalisatie heeft diepgaande gevolgen voor zowel de kwaliteit van zorg als de toegankelijkheid ervan. Hoewel zorgverzekeraars claimen dat hun strategieën gericht zijn op het verbeteren van de zorg, blijkt uit de praktijk vaak het tegenovergestelde. De druk om kosten te verlagen leidt tot verslechtering van de zorg, niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn. De bezuinigingen kunnen de werkdruk voor zorgverleners verhogen, wat leidt tot verminderde tijd en aandacht voor patiënten. Dit vermindert de kwaliteit van zorg, aangezien zorgprofessionals minder tijd kunnen besteden aan het stellen van diagnoses, het uitvoeren van behandelingen en het bieden van zorg op maat.

Daarnaast heeft de nadruk op kostenbesparing invloed op de toegankelijkheid van zorg voor patiënten. Het steeds beperkter worden van het zorgaanbod kan ervoor zorgen dat patiënten minder toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben. Dit wordt nog versterkt door de manier waarop zorgverzekeraars bepalen welke zorg wel en niet wordt vergoed. Veel patiënten worden geconfronteerd met hoge eigen bijdragen, co-payments of het feit dat bepaalde behandelingen niet meer worden vergoed. Het maakt zorg minder toegankelijk voor de kwetsbaarste groepen in de samenleving, zoals ouderen, mensen met een laag inkomen of chronisch zieken.

Wat verder problematisch is, is dat de meeste verzekeraars weinig transparantie bieden over hun keuzes en prioriteiten. Patiënten krijgen vaak niet te horen waarom bepaalde zorg wel of niet wordt vergoed en er is weinig ruimte voor hen om invloed uit te oefenen op het beleid van de verzekeraar.

De Gevolgen voor Patiënten: Focus op Winst in Plaats van Zorg

Uiteindelijk zijn het de patiënten die het meest lijden onder het winstmaximalisatiemodel van zorgverzekeraars.

De bezuinigingen op zorg, de lage vergoedingen voor zorgaanbieders en de druk op de kwaliteit van zorg hebben een directe invloed op de patiëntenzorg. Patiënten krijgen mogelijk minder tijd met hun zorgverleners, moeten langer wachten op noodzakelijke behandelingen en worden geconfronteerd met hogere kosten voor zorg, die niet altijd naar hun verwachtingen voldoet.

Door de focus op winst in plaats van zorg, verliezen zorgverzekeraars uit het oog wat hun oorspronkelijke doel zou moeten zijn: het waarborgen van goede, toegankelijke zorg voor iedereen. Dit hoofdstuk laat zien hoe de strategieën van zorgverzekeraars, die gericht zijn op winstmaximalisatie, niet alleen de zorgaanbieders onder druk zetten, maar ook de patiëntenzorg zelf negatief beïnvloeden.

Conclusie: Het Ongewenste Effect van Winstmaximalisatie

De focus op winstmaximalisatie door zorgverzekeraars heeft de zorg in Nederland veranderd van een systeem dat gericht was op zorgverlening naar een systeem dat in toenemende mate draait om kostenbesparing. Hoewel de zorgverzekeraars zichzelf presenteren als efficiëntie-experts, die in het belang van de patiënt werken, blijkt uit de praktijk dat de bezuinigingen die zij doorvoeren, vaak leiden tot een afname in de zorgkwaliteit en toegankelijkheid voor patiënten. Het resultaat is een zorgsysteem waarin winst de boventoon voert en waar patiënten vaak de prijs betalen voor de commercieel gedreven keuzes van zorgverzekeraars.

Hoofdstuk 4

De Financiële Structuur van Zorgverzekeraars

De zorg in Nederland wordt in grote mate beheerst door commerciële zorgverzekeraars, die als private bedrijven opereren en verantwoordelijk zijn voor de financiering van een groot deel van de zorg. De Zorgverzekeringswet uit 2006 gaf hen de mogelijkheid om hun eigen winstmaximalisatie strategieën te implementeren, met als gevolg dat de financiële structuren van deze bedrijven complexer en ondoorzichtiger werden.

Dit hoofdstuk onderzoekt de financiële structuur van zorgverzekeraars, waarbij we ons richten op de ondoorzichtigheid in hun bedrijfsvoering, de hoge administratieve kosten, de salarissen en bonussen die in de top van deze bedrijven worden uitbetaald en hoe dit alles de zorg beïnvloedt en bijdraagt aan de verhoging van de zorgpremies voor de patiënt.

Ondoorzichtigheid in de Financiële Structuren

Een van de meest opvallende kenmerken van de financiële structuren van zorgverzekeraars is de enorme ondoorzichtigheid. Ondanks de cruciale rol die deze bedrijven spelen in het financieren van zorg, is het voor de gemiddelde patiënt of zelfs voor veel beleidsmakers vaak moeilijk te begrijpen hoe en waar het geld precies naartoe gaat. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om openheid te geven over de gedetailleerde besteding van hun inkomsten. Dit gebrek aan transparantie heeft aanzienlijke gevolgen voor de controle, die de samenleving kan uitoefenen op de werkelijke kosten van de zorg en de effectiviteit van de financiële structuren van deze bedrijven.

In de praktijk betekent dit dat zorgverzekeraars weinig tot geen gedetailleerde informatie verschaffen over hun uitgaven. Terwijl de overheid jaarlijks wel inzicht moet geven in de uitgaven van de zorg, is het voor zorgverzekeraars in veel gevallen onmogelijk om te achterhalen waar precies het geld naartoe gaat. Zo kunnen we niet precies weten hoeveel van de premie wordt besteed aan daadwerkelijke zorgverlening en hoeveel er wordt besteed aan operationele kosten, winst of andere niet-zorggerelateerde zaken.

De ondoorzichtigheid strekt zich niet alleen uit tot de uitgaven, maar ook tot de inkomstenbronnen van zorgverzekeraars. Verzekeraars ontvangen premie-inkomsten van hun verzekerden, maar daarnaast kunnen zij ook profiteren van andere inkomstenstromen, zoals rente-inkomsten, investeringen in vastgoed en andere commerciële activiteiten. Deze stromen worden vaak niet goed gedocumenteerd of zijn moeilijk traceerbaar voor de publieke opinie. Dit leidt tot een gebrek aan verantwoording over de werkelijke financiële situatie van zorgverzekeraars.

Hoe Verzekeraars met hun Kosten omgaan en hoe dit leidt tot Hogere Premies voor de Patiënt

De manier waarop zorgverzekeraars omgaan met hun kosten heeft directe gevolgen voor de premies, die patiënten moeten betalen. Een van de belangrijkste mechanismen voor het genereren van winst is het verlagen van de uitgaven aan zorg, door bijvoorbeeld lagere vergoedingen te bieden aan zorgaanbieders of door goedkopere zorgproducten aan te bieden. Dit wordt vaak gepresenteerd als een manier om de zorgpremie laag te houden, maar in werkelijkheid resulteert het vaak in hogere kosten voor de patiënt op andere manieren.

Wanneer zorgverzekeraars kiezen voor lagere vergoedingen, kunnen ze hun kosten drukken, maar dit kan leiden tot verminderde toegang tot zorg of een lagere kwaliteit van zorg. Patiënten kunnen bijvoorbeeld geconfronteerd worden met langere wachttijden, minder keuzevrijheid of beperkte dekking voor bepaalde behandelingen en medicijnen. De besparingen die door de zorgverzekeraars worden gerealiseerd, gaan niet altijd naar de patiënten in de vorm van lagere premies, maar worden vaak ingezet om de winst te verhogen of om de stijgende kosten van administratieve overhead te dekken.

De administratieve kosten zelf zijn een belangrijk aspect van de stijging van de premies. Zorgverzekeraars moeten aanzienlijke middelen investeren in hun interne systemen en processen, die vaak complex en inefficiënt zijn. De kosten voor marketing, klantenservice en claimverwerking dragen bij aan de totale uitgaven van de verzekeraar, die uiteindelijk door de patiënt in de vorm van hogere premies moet worden betaald.

Daarnaast spelen de bonussen en salarisverhogingen voor topfunctionarissen een rol in de verhoging van de premies. Wanneer zorgverzekeraars besluiten om deze kosten te verhogen, hebben ze vaak geen andere keus dan de premies voor de patiënten te verhogen om de nieuwe lasten te dekken. Dit creëert een vicieuze cirkel waarbij de zorgkosten blijven stijgen, niet alleen door de werkelijke kosten van zorg, maar ook door de inefficiënties en het winstbejag van de verzekeraars.

Hoge administratieve kosten, salarissen en bonussen

Een aanzienlijk deel van de middelen van zorgverzekeraars wordt besteed aan bedrijfsvoering, waaronder hoge salarissen, bonussen, luxueuze kantoorpanden en uitgebreide marketingcampagnes. Bestuurders van zorgverzekeraars

ontvangen jaarlijks hoge vergoedingen, vaak bestaande uit een basissalaris en royale bonussen. In sommige gevallen verdienen topbestuurders meer dan de vastgestelde norm voor publieke topinkomens, terwijl zij formeel vallen onder de publieke sector. Deze vergoedingen staan in schril contrast met de druk die op zorgverleners wordt gelegd om met steeds lagere tarieven te werken.

Naast hoge salarissen ontvangen bestuurders ook forse bonussen, die vaak gekoppeld zijn aan financiële prestaties in plaats van zorgkwaliteit. Dit vergroot het risico dat winstmaximalisatie belangrijker wordt geacht dan de daadwerkelijke zorgverlening. Terwijl zorgverleners worstelen met oplopende werkdruk en bezuinigingen, lijken zorgverzekeraars hun interne beloningsstructuren onaangetaast te laten.

Luxe huisvesting, marketing en sponsoring

Zorgverzekeraars investeren fors in dure kantoorpanden en moderne kantoorinrichtingen. Deze luxueuze huisvesting en het onderhouden van prestigieuze locaties drukken zwaar op de financiële balans. Daarnaast worden aanzienlijke bedragen uitgegeven aan marketing en reclamecampagnes.

Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld prominente sponsors van sportclubs en sportevenementen, wat bijdraagt aan hun naamsbekendheid, maar niets toevoegt aan de kwaliteit van de zorg. Deze uitgaven worden gefinancierd met de premiegelden van verzekerden, zonder directe meerwaarde voor de patiënt.

Ondoorzichtige investeringen en reserves

Zorgverzekeraars investeren niet alleen in de zorg, maar ook in vastgoed, aandelen en andere commerciële activiteiten. Deze investeringen leveren extra inkomsten op, maar het blijft voor de

buitenwereld onduidelijk hoe deze winsten worden gebruikt. Gaan deze inkomsten terug naar premiebetalers of verdwijnen ze in reserves en bonussen? De onduidelijkheid over de omvang en besteding van deze investeringen voedt wantrouwen.

Onduidelijkheid over premie-uitgaven

Er is weinig inzicht in hoe de premie-inkomsten worden verdeeld. Hoeveel gaat er daadwerkelijk naar zorgkosten en hoeveel naar marketing, administratie of winstreserves? Deze ondoorzichtige verdeling maakt het voor premiebetalers onmogelijk om te beoordelen of hun geld effectief wordt besteed.

Gevolgen voor zorgaanbieders

De financiële keuzes van zorgverzekeraars leiden tot druk op zorgaanbieders. Lage tarieven en strikte contracten zorgen ervoor dat huisartsen, fysiotherapeuten en andere eerstelijnszorgverleners steeds minder financiële ruimte hebben, wat de zorgkwaliteit onder druk zet. Zorgverleners besteden bovendien een aanzienlijk deel van hun tijd aan administratieve verplichtingen, opgelegd door zorgverzekeraars, wat ten koste gaat van directe patiëntenzorg.

Conclusie: De Onhoudbare Financiële Structuren van Zorgverzekeraars

De financiële structuren van zorgverzekeraars zijn in veel opzichten ondoorzichtig, inefficiënt en gericht op winstmaximalisatie in plaats van zorgverbetering. Terwijl de premies voor de patiënt blijven stijgen, worden de kosten van de zorg vaak opgehoest door administratieve overhead, hoge salarissen en bonussen voor topfunctionarissen en door kostenbeperkingen, die ten koste gaan van de zorgkwaliteit.

De patiënten die het systeem zouden moeten ondersteunen, betalen steeds meer voor een zorg die hen niet altijd ten goede komt.

De ondoorzichtigheid in de financiële structuren van zorgverzekeraars maakt het moeilijk om precies te begrijpen waar het geld van de patiënt naartoe gaat en het stelt verzekeraars in staat om beslissingen te nemen die niet altijd in het belang van de patiënt zijn. Dit gebrek aan transparantie, gecombineerd met een focus op kostenbeheersing in plaats van zorgverbetering, heeft geleid tot een zorgsysteem waarin de winst van verzekeraars de hoogste prioriteit lijkt te hebben.

Het is van cruciaal belang dat er meer openheid komt over hoe zorgverzekeraars hun financiën beheren, zodat de publieke en politieke controle over de zorgsector kan worden versterkt en ervoor kan worden gezorgd dat de belangen van de patiënt altijd voorop staan.

Hoofdstuk 5

Transparantie en Verantwoording: Een Gebrek aan Toezicht

In het huidige zorgsysteem speelt transparantie een essentiële rol in het waarborgen van eerlijke en verantwoorde bedrijfsvoering. Helaas ontbreekt het aan deze transparantie bij zorgverzekeraars, wat hen in staat stelt keuzes te maken die vaak in hun eigen voordeel zijn, zonder dat dit ten goede komt aan de patiënt. Dit hoofdstuk onderzoekt het gebrek aan transparantie in de financiële handelingen van zorgverzekeraars, het uitblijven van verantwoording voor hun beslissingen en het feit dat zorgverzekeraars vrijwel nooit ter verantwoording worden geroepen. Deze tekortkomingen hebben verstrekkende gevolgen voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

Het Onvoldoende Inzicht in Behandelingen en Kosten

Zorgverzekeraars verstrekken via hun websites weliswaar informatie over medische ingrepen, maar deze gaat vaak niet verder dan het vermelden van een ingreep of een algemene omschrijving. Dit biedt patiënten nauwelijks houvast, aangezien ze vaak niet begrijpen waarom bepaalde behandelingen worden vergoed of niet en in hoeverre deze vergoedingen verband houden met hun premie of eigen risico. De zorgverzekeraar zelf krijgt simpelweg een code van de zorgaanbieder en betaalt. De patiënt blijft in het ongewisse over de werkelijke kosten, wat het gevoel van onduidelijkheid en frustratie vergroot. Zorgverzekeraars weten vaak zelf ook niet precies wat de werkelijke kosten van een behandeling zijn, wat hun onvermogen om gedetailleerde

informatie te verstrekken verklaart. En dit, terwijl de regeringen meermalen heeft aangedrongen op transparantie!

Het Gebrek aan Toezicht en Verantwoording

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 hebben zorgverzekeraars vrijwel volledige controle gekregen over het zorgsysteem. Ze bepalen niet alleen welke zorg wel of niet vergoed wordt, maar ook bij welke zorgaanbieders patiënten terecht kunnen en welke behandelingen of medicijnen voorgeschreven mogen worden. Dit alles gebeurt zonder enige vorm van effectieve controle of verantwoording. Het is duidelijk dat zorgverzekeraars de macht in handen hebben, maar de vraag is: wie houdt hen verantwoordelijk voor hun keuzes?

Er is geen enkele externe instantie die verzekeraars verplicht om verantwoording af te leggen voor de maatschappelijke gevolgen van hun beslissingen. Zo kunnen ze besluiten bepaalde behandelingen of medicijnen niet meer te vergoeden of de tarieven voor zorgaanbieders te verlagen, zonder dat er enige publieke of politieke consequentie aan vastzit. Ondanks dat de overheid verantwoordelijk is voor het opstellen van wetgeving, heeft ze weinig invloed op de daadwerkelijke keuzes van zorgverzekeraars. De invoering van marktwerking werd gepresenteerd als een oplossing, maar in werkelijkheid komt dit de verzekeraars veel meer ten goede dan de patiënten.

Het toezicht door de overheid is minimaal. Er zijn toezichthouders zoals de Autoriteit Consument & Markt (ACM), maar deze richten zich voornamelijk op de financiële stabiliteit en concurrentie tussen verzekeraars, niet op de vraag of hun keuzes de zorgkwaliteit verbeteren of het welzijn van de patiënten bevorderen. De focus ligt dus te veel op het behouden van

marktwerking, zonder oog voor de maatschappelijke gevolgen van de keuzes die zorgverzekeraars maken.

Ondanks de mogelijkheden die de overheid heeft om regelgeving door te voeren, zoals het verplicht stellen van meer transparantie over zorgkosten of het verminderen van onterecht hoge eigen bijdragen, blijft dit vaak uit of verloopt het proces veel te langzaam. Zorgverzekeraars worden nauwelijks aangesproken op hun keuzes, terwijl deze keuzes de zorg in Nederland steeds duurder maken voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg steeds verder afneemt.

Gebrek aan Transparantie

Dit gebrek aan toezicht en verantwoording heeft ernstige gevolgen voor het zorgsysteem. De financiële handelingen van zorgverzekeraars zijn vaak ondoorzichtig, wat leidt tot een groeiend wantrouwen bij de burger. Zorgverzekeraars lijken zich steeds meer te richten op winstmaximalisatie, zonder dat er een adequaat mechanisme is om te controleren of deze winst ten koste gaat van de patiënt. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de kosten die patiënten moeten dragen, maar ook voor hun keuzevrijheid en de kwaliteit van de zorg die hen wordt aangeboden.

Omdat zorgverzekeraars weinig verantwoording afleggen over hun financiële keuzes en de gevolgen daarvan, wordt het steeds moeilijker voor patiënten om te begrijpen hoe hun premies, eigen bijdragen en hun behandelingen precies besteed worden. Dit gebrek aan transparantie vergroot de kloof tussen de belangen van de zorgverzekeraars en de zorgbehoeften van de patiënten. De verzekeraars nemen de beslissingen, maar de patiënten zijn degenen die de gevolgen ondervinden.

Conclusie: De Gevolgen van Ongecontroleerde Macht

Het gebrek aan transparantie en het ontbreken van verantwoording stellen zorgverzekeraars in staat om hun eigen belangen te dienen, vaak ten koste van de patiënten. Dit heeft niet alleen geleid tot hogere zorgkosten, maar ook tot een afname van de keuzevrijheid en zorgkwaliteit. Er is dringend behoefte aan hervormingen die zorgen voor meer transparantie en verantwoording in het zorgsysteem. De overheid en andere toezichthouders moeten een actieve rol spelen in het controleren van de keuzes van zorgverzekeraars en het afdwingen van verantwoording voor hun beslissingen.

Zonder deze hervormingen zal de kloof tussen de winstbelangen van zorgverzekeraars en de zorgbehoeften van de patiënten alleen maar groter worden, wat uiteindelijk schadelijk is voor de toekomst van de zorg in Nederland.

Hoofdstuk 6

Tarieven in de Zorg en de Druk op Eerstelijnszorgverleners

In dit hoofdstuk onderzoeken we de lage tarieven die zorgverzekeraars opleggen aan een breed scala van eerstelijnszorgverleners, waaronder huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgprofessionals. De tarieven die zorgverzekeraars bieden voor deze zorgdiensten vormen een belangrijk aspect van het zorgsysteem in Nederland. Hoewel de zorgverzekeraars proberen de kosten te beperken om hun winst te maximaliseren, heeft dit vergaande gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, met name voor de patiënt. We zullen de druk die zorgverzekeraars uitoefenen op eerstelijnszorgverleners zoals huisartsen, fysiotherapeuten en andere paramedici, analyseren en de effecten op de patiëntenzorg en de werkdruk voor zorgverleners in kaart brengen.

Lage Tarieven voor Eerstelijnszorgverleners

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is er in Nederland een trend waarneembaar, waarbij zorgverzekeraars steeds vaker hun grip op de zorgmarkt verstevigen. Dit heeft onder andere geleid tot het drukken van de tarieven voor eerstelijnszorg, waarbij zorgprofessionals zoals huisartsen, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten en verloskundigen te maken krijgen met tarieven die vaak niet in verhouding staan tot de werkelijke kosten van zorgverlening.

De lage tarieven vormen een steeds grotere uitdaging voor deze zorgverleners, die vaak met beperkte middelen moeten werken om kwalitatief goede zorg te leveren. Voor huisartsen en andere zorgprofessionals betekent dit dat ze meer tijd moeten besteden

aan administratieve taken dan aan daadwerkelijke patiëntenzorg. De administratieve druk die zorgverzekeraars hen opleggen om te voldoen aan de vergoedingsvoorwaarden verhoogt niet alleen de werkdruk, maar haalt ook veel tijd weg voor patiëntenzorg. Dit is een probleem dat niet alleen de huisartsenpraktijken betreft, maar ook fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen en andere zorgverleners die in de eerstelijnszorg werken.

Het Passantentarief en de Beperkingen voor Zorgverleners

Een specifiek voorbeeld van hoe zorgverzekeraars de tarieven drukken, is het zogenaamde passantentarief voor **huisartsen**, dat sinds 1 januari 2025 verder wordt verlaagd. Het passantentarief wordt uitbetaald voor consulten waarbij een patiënt zonder afspraak of zonder verwijzing naar de huisarts komt. Dit tarief is voor huisartsen van cruciaal belang, omdat het hen in staat stelt patiënten op korte termijn te helpen, wat de toegankelijkheid van zorg bevordert. Door het verlagen van dit tarief wordt het voor huisartsen financieel minder aantrekkelijk om patiënten zonder afspraak te ontvangen. Dit kan leiden tot langere wachttijden voor patiënten die niet vooraf een afspraak hebben kunnen maken en tot beperkingen in de toegang tot zorg, vooral voor mensen die snel medische hulp nodig hebben.

Naast het passantentarief gelden er voor een breed scala aan eerstelijnszorgverleners verschillende beperkingen in de vergoedingen. **Fysiotherapeuten** bijvoorbeeld, moeten vaak met lage vergoedingen werken voor behandelingen die essentieel zijn voor patiënten met chronische pijn of mobiliteitsproblemen. Dit maakt het voor hen financieel moeilijk om hun praktijk draaiende te houden en zorgt ervoor dat ze minder tijd kunnen besteden aan de zorg zelf. Het gevolg is dat de kwaliteit van zorg afneemt en de toegankelijkheid voor patiënten onder druk komt te staan.

Kwaliteit vs. Kosten en de Gevolgen voor Medicijntekorten

Zorgverzekeraars stellen steeds strengere eisen aan de farmaceutische sector, waarbij de nadruk vaak ligt op het aanbieden van goedkopere alternatieven voor medicijnen. Dit kan leiden tot de vervanging van merkmedicijnen door generieke varianten. Hoewel generieke medicijnen in veel gevallen effectief kunnen zijn, zijn ze niet altijd de beste keuze voor elke patiënt. De vervanging van medicijnen kan de effectiviteit van de behandeling verminderen, het herstel vertragen en in sommige gevallen zelfs leiden tot grotere zorgbehoeften op lange termijn.

Daarnaast leggen de lage tarieven die zorgverzekeraars aan de farmacie bieden, druk op farmaceutische bedrijven. Deze bedrijven worden hierdoor gedwongen om medicijnen tegen lagere prijzen te leveren, wat hen kan aansporen om medicijnen te exporteren naar landen waar de prijzen hoger zijn. Dit heeft als gevolg dat er tekorten ontstaan op de Nederlandse markt, waardoor patiënten soms niet de medicijnen kunnen krijgen die ze nodig hebben. De focus op kostenbesparing gaat zo ten koste van de beschikbaarheid en de continuïteit van de zorg in Nederland, met als resultaat dat het tekort aan medicijnen steeds vaker een zorgprobleem wordt.

Beperkte Verdiencapaciteit en Gevolgen voor Patiënten

Apothekers staan onder enorme druk door de lage vergoedingen die zorgverzekeraars bieden voor medicijnen en diensten. In Nederland mogen apothekers geen winst maken op de medicijnen zelf, wat betekent dat de enige bron van inkomsten voor hen de terhandstellingskosten zijn, die rechtstreeks door de patiënt worden betaald. Deze lage vergoedingen maken het voor apotheken steeds moeilijker om te voldoen aan de groeiende

verwachtingen van patiënten en tegelijkertijd hun medewerkers goed te belonen.

Op 9 en 10 januari 2025 staken apothekemedewerkers uit protest tegen de lage lonen, met als eis een salarisverhoging van 6%, met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2024. Het gebrek aan financiële ruimte door de lage vergoedingen van zorgverzekeraars maakt het voor apothekers bijna onmogelijk om deze looneisen te honoreren. Dit creëert niet alleen een werkomgeving waarin het personeel onder druk staat, maar kan ook leiden tot een tekort aan personeel in de apothekesector, wat de kwaliteit van de zorg in gevaar kan brengen.

Daarnaast kunnen apotheken door de financiële beperkingen niet investeren in innovaties of extra zorg voor hun patiënten. Dit heeft een directe invloed op de beschikbaarheid en de kwaliteit van de farmaceutische zorg. De gevolgen voor de patiënt zijn duidelijk: als apotheken niet in staat zijn om adequaat te investeren in hun personeel en diensten, kunnen ze niet de zorg leveren die nodig is. In sommige gevallen kan dit zelfs leiden tot tijdelijke sluitingen van apotheken, zoals recent het geval was toen apothekers twee dagen hun deuren sloten vanwege de staking. Hierdoor lopen patiënten het risico dat ze niet op tijd hun benodigde medicatie krijgen, wat hun gezondheid en welzijn in gevaar brengt.

Het huidige verdienmodel en de druk van zorgverzekeraars versterken de vicieuze cirkel, waarbij apotheken steeds meer moeite hebben om kwalitatief goede zorg te leveren, terwijl de patiënten uiteindelijk de dupe zijn van deze situatie.

Druk op Andere Paramedische Zorgverleners

Fysiotherapeuten, logopedisten en andere paramedici ondervinden vergelijkbare problemen. De tarieven die zorgverzekeraars betalen voor hun zorg zijn vaak onvoldoende om

een degelijke en langdurige behandeling te financieren. Dit leidt ertoe dat zorgverleners minder patiënten kunnen behandelen of de behandelingsduur moeten verkorten om financieel gezond te blijven. Het resultaat is dat patiënten vaak niet de zorg ontvangen die nodig is om effectief te herstellen of om chronische aandoeningen goed te beheren. Dit verzwakt de kwaliteit van de zorg en beperkt de toegankelijkheid ervan.

Gebrek aan Transparantie en Verantwoording

Een van de grootste problemen is het gebrek aan transparantie over de financiële keuzes van zorgverzekeraars. Het is vaak onduidelijk hoe premies en eigen bijdragen precies worden besteed, wat leidt tot wantrouwen bij de patiënt. Zorgverzekeraars lijken zich steeds meer te richten op winstmaximalisatie, zonder dat er verantwoording wordt afgelegd voor de gevolgen van deze keuzes. Dit gebrek aan transparantie vergroot de kloof tussen de belangen van de zorgverzekeraars en de werkelijke zorgbehoeften van de patiënt. De verzekeraars nemen de beslissingen, maar het zijn de patiënten die de negatieve gevolgen ondervinden.

De Gevolgen van Ongecontroleerde Macht

Zonder verantwoording en transparantie kunnen zorgverzekeraars hun eigen belangen dienen, vaak ten koste van de patiënten. Dit heeft geleid tot hogere zorgkosten, een afname van de keuzevrijheid en een afname van de zorgkwaliteit. De overheid en toezichthouders moeten een actieve rol spelen in het controleren van de keuzes van zorgverzekeraars en het afdwingen van verantwoording voor hun beslissingen. Zonder deze hervormingen zal de kloof tussen de winstbelangen van zorgverzekeraars en de zorgbehoeften van patiënten alleen maar

groter worden, wat uiteindelijk schadelijk zal zijn voor de toekomst van de zorg in Nederland.

De Gevolgen van Lage Tarieven voor Kwaliteit van Zorg

Zorgverzekeraars hanteren steeds lagere tarieven voor eerstelijnszorg, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en andere paramedische zorgverleners. Deze lage tarieven hebben verstreckende gevolgen voor zowel de zorgverleners als de patiënten, en dragen bij aan een vicieuze cirkel van bezuinigingen die de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden.

1. Afname van de Tijd en Aandacht voor Patiënten

Door de lage tarieven en de druk om snel te handelen, kunnen zorgverleners steeds minder tijd aan iedere patiënt besteden. Huisartsen worden bijvoorbeeld gedwongen om door hun consulten heen te rennen, waardoor ze niet grondig kunnen ingaan op de medische geschiedenis van hun patiënten of preventieve zorg kunnen leveren. Dit leidt tot gemiste diagnoses, inadequate zorg en een vertraging van het herstelproces. Het gebrek aan tijd om patiënten de nodige aandacht te geven, is een van de belangrijkste oorzaken van de verslechterende zorgkwaliteit.

2. Beperkingen in Behandeling en Toegang tot Zorg

De lage tarieven kunnen zorgverleners ertoe dwingen behandelingen niet aan te bieden die essentieel zijn voor het welzijn van hun patiënten. Fysiotherapeuten bijvoorbeeld, hebben minder ruimte om chronisch zieken langdurig te behandelen. Dit kan leiden tot verergering van pijn of mobiliteitsproblemen. Evenzo kunnen huisartsen behandelingen of verwijzingen uitstellen of beperken om binnen het budget van zorgverzekeraars te blijven. Dit heeft

als gevolg dat patiënten vaak pas later toegang krijgen tot noodzakelijke zorg, wat hun gezondheidstoestand kan verslechteren.

3. Verhoogde Werkdruk en Burn-out onder Zorgverleners

De druk om kosten te besparen heeft ook een zware impact op de werkdruk van zorgverleners. Huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgverleners ervaren een steeds grotere werkdruk door de administratieve lasten die de lage vergoedingen met zich meebrengen. Dit verhoogt de kans op burn-out onder zorgverleners, wat het tekort aan zorgprofessionals verder vergroot. De werkdruk neemt toe, maar de kwaliteit van zorg neemt af doordat zorgverleners niet de tijd hebben die nodig is om patiënten goed te helpen.

4. Langere Wachttijden en Beperkte Toegang tot Zorg

De druk op de tarieven heeft ook gevolgen voor de wachttijden. Omdat zorgverleners minder tijd kunnen besteden aan hun patiënten of geen ruimte hebben om extra patiënten te behandelen, kunnen wachttijden oplopen. Dit maakt het moeilijker voor patiënten, vooral voor kwetsbare groepen zoals ouderen of chronisch zieken, om tijdige zorg te krijgen. In de praktijk betekent dit dat patiënten vaak met een verergerende gezondheidstoestand te maken krijgen, waardoor ze uiteindelijk meer complexe zorg nodig hebben.

De Vicieuze Cirkel van Lage Tarieven en Bezuinigingen

De lage tarieven die zorgverzekeraars hanteren voor eerstelijnszorg, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en andere paramedische zorgverleners, veroorzaken een vicieuze cirkel van bezuinigingen die de kwaliteit van zorg ondermijnen. Deze bezuinigingen beïnvloeden niet alleen de tijd en aandacht die

zorgverleners aan hun patiënten kunnen besteden, maar leiden ook tot beperkte toegang tot zorg, langere wachttijden en een verhoogde werkdruk die de mentale gezondheid van zorgverleners aantast.

Huisartsen worden bijvoorbeeld gedwongen om door hun consulten heen te rennen, wat hen belemmert in het zorgvuldig afnemen van de medische geschiedenis van hun patiënten en het leveren van preventieve zorg. Dit verhoogt het risico op gemiste diagnoses en inadequate behandelingen. Evenzo hebben **fysiotherapeuten** te maken met de beperking van behandelingsuren, waardoor ze niet in staat zijn chronisch zieke patiënten voldoende zorg te bieden. Het gevolg is dat de gezondheidstoestand van patiënten vaak verergert, wat kan leiden tot complexere zorgbehoeften op de lange termijn.

De verhoogde werkdruk heeft ook ernstige gevolgen voor de zorgverleners zelf. De administratieve lasten nemen toe, en de druk om binnen de beperkte vergoedingen van zorgverzekeraars te werken, maakt het steeds moeilijker om kwalitatieve zorg te bieden. Dit zorgt voor een toename van burn-out onder zorgverleners, waardoor het tekort aan zorgprofessionals verder groeit. De gevolgen van deze vicieuze cirkel zijn verwoestend: patiënten krijgen minder aandacht, de wachttijden nemen toe en de zorgverleners zelf raken uitgeput.

In plaats van te focussen op kostenbesparing, zou het zorgsysteem meer moeten investeren in het ondersteunen van zorgprofessionals. Dit zou hen in staat stellen om de hoogwaardige zorg te leveren die noodzakelijk is voor de gezondheid van de patiënt. Alleen door deze vicieuze cirkel van bezuinigingen te doorbreken, kan een effectief en patiëntgericht zorgsysteem worden gerealiseerd.

Conclusie: Hervorming is Dringend Nodig

De lage tarieven die zorgverzekeraars hanteren voor eerstelijnszorg hebben verstrekende gevolgen voor zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van zorg. Zorgverleners worden gedwongen meer tijd aan administratieve taken te besteden en minder tijd aan de daadwerkelijke zorg voor hun patiënten. Dit leidt niet alleen tot verminderde zorgkwaliteit, maar ook tot belemmerde herstelprocessen bij patiënten. Het huidige systeem werkt steeds meer in het voordeel van de zorgverzekeraars, maar ten koste van de patiënt.

Er is dringend behoefte aan hervormingen die zorgen voor meer transparantie en verantwoording in het zorgsysteem. Het zorgsysteem moet zich niet meer richten op het maximaliseren van winst voor zorgverzekeraars, maar op het leveren van zorg die daadwerkelijk ten goede komt aan de patiënt. Pas dan kan er een duurzame en effectieve zorgstructuur ontstaan die in staat is de uitdagingen van de toekomst aan te pakken en de gezondheid van de samenleving te waarborgen.

Hoofdstuk 7

De Werkelijkheid van Marktwerking: Wat werkt en wat niet?

In dit hoofdstuk wordt de theorie en praktijk van marktwerking in de zorg onderzocht. De zorgsector is in Nederland onderhevig aan marktwerking sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, die bedoeld was om de zorg toegankelijker, goedkoper en kwalitatief beter te maken. Marktwerking zou volgens de overheid de concurrentie tussen zorgaanbieders moeten stimuleren en de kosten omlaag moeten brengen, terwijl patiënten tegelijkertijd zouden profiteren van een verbeterde zorgkwaliteit door keuzevrijheid en transparantie. Maar in de praktijk blijkt dat marktwerking vooral de zorgverzekeraars ten goede komt en niet de patiënt. Dit hoofdstuk gaat in op de beloftes die werden gemaakt over de voordelen van marktwerking en de realiteit van de situatie: wat werkt er wel en wat werkt er niet?

Theorie achter Marktwerking en de Beloftes die zijn Gemaakt

Marktwerking is het principe waarbij de zorg wordt aangeboden en verbruikt in een competitieve omgeving, met zorgverzekeraars als poortwachters die de toegang tot zorg regelen. Het idee was dat, door concurrentie te introduceren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden worden gedwongen om efficiënter te werken, lagere kosten aan te bieden en patiënten meer keuzevrijheid te geven. Er werd beloofd dat zorgaanbieders zouden moeten innoveren en hun diensten zouden verbeteren om patiënten aan te trekken. De overheid zou de kosten in de hand houden door te vertrouwen op deze concurrentie om de prijzen te verlagen.

De belangrijkste beloftes die werden gedaan over marktwerking waren:

- **Lagere zorgkosten:**

Door concurrentie zouden zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar in de prijs kunnen verlagen, wat zou leiden tot een lagere premie voor de patiënten.

- **Betere zorgkwaliteit:**

Door de keuzevrijheid zouden patiënten in staat zijn om zorgverleners te kiezen die de beste zorg leveren, wat zou leiden tot een verhoging van de zorgkwaliteit.

- **Meer transparantie:**

De markt zou zorgen voor een transparanter zorgaanbod, waarbij zorgaanbieders hun prijzen en prestaties duidelijk zouden maken, waardoor patiënten beter geïnformeerde keuzes konden maken.

- **Verbeterde toegang tot zorg:**

Zorgverzekeraars zouden meer zorgaanbieders in hun netwerk moeten opnemen, waardoor patiënten meer keuzemogelijkheden zouden hebben.

Hoewel dit idee aantrekkelijk klinkt, blijkt de praktijk vaak een heel andere uit.

Marktwerking: Voordeel Zorgverzekeraars, niet voor Patiënten

Hoewel marktwerking in theorie een verbetering zou moeten zijn voor zowel kosten als zorgkwaliteit, blijkt uit de praktijk dat de werkelijke voordelen vaak alleen naar zorgverzekeraars gaan. De concurrentie die oorspronkelijk bedoeld was om de zorg te verbeteren, lijkt vooral gericht te zijn op het verlagen van kosten ten koste van de zorgkwaliteit.

1. Winstmaximalisatie van Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen profiteren van marktwerking door zorgaanbieders onder druk te zetten om lagere tarieven aan te bieden. Dit leidt tot lagere uitgaven voor de verzekeraars, maar vaak ten koste van de zorgverleners die hierdoor in hun mogelijkheden worden beperkt om kwalitatieve zorg te leveren. In veel gevallen betekent het drukken van tarieven dat zorgverleners minder tijd kunnen besteden aan de zorg van hun patiënten, wat resulteert in lagere zorgkwaliteit. Het uiteindelijke voordeel van de lage tarieven komt echter vaak niet bij de patiënt terecht, maar wordt gebruikt om de winstmarges van zorgverzekeraars te vergroten.

2. Beperkingen in Keuzevrijheid voor Patiënten

In plaats van meer keuzevrijheid, zoals beloofd door de marktwerking, zien patiënten in de praktijk vaak hun mogelijkheden beperkt. Zorgverzekeraars bepalen welke zorgaanbieders in hun netwerk zijn opgenomen en patiënten worden vaak gedwongen om naar bepaalde zorgverleners te gaan, zelfs als deze niet de beste zorg kunnen bieden voor hun specifieke behoeften. De zorgverzekeraar kan bovendien besluiten om bepaalde behandelingen of zorgaanbieders niet te vergoeden, wat leidt tot verminderde toegang tot zorg, vooral voor patiënten met complexe of langdurige aandoeningen.

3. Schaalvergroting en Verminderde Diversiteit

Marktwerking heeft er in sommige gevallen toe geleid dat grotere zorgaanbieders de kleinere, lokale aanbieders uit de markt hebben gedrukt. Dit heeft geresulteerd in minder diversiteit in het zorgaanbod, waarbij grote zorgketens de overhand krijgen. Voor patiënten kan dit betekenen dat zij minder gepersonaliseerde zorg krijgen, aangezien grote

zorgaanbieders vaak minder tijd hebben om zich te richten op de individuele behoeften van hun patiënten. Schaalvergroting leidt er vaak toe dat de zorg minder flexibel en patiëntgericht wordt, met grotere wachttijden en minder betrokken zorgverleners.

4. Kostenbesparing Ten Koste van Kwaliteit

In de zoektocht naar kostenbesparingen worden zorgverzekeraars gedwongen om bezuinigingen door te voeren, die niet altijd in het belang van de patiënt zijn. De druk om de zorg goedkoper te maken heeft geleid tot het afschalen van zorg en het verhogen van de eigen bijdragen voor patiënten. Dit betekent dat patiënten steeds vaker geconfronteerd worden met extra kosten die ze zelf moeten dragen, terwijl de zorgaanbieders, zoals huisartsen of fysiotherapeuten, vaak hun diensten verder moeten reduceren om de lagere vergoedingen te kunnen compenseren. Het verminderen van de zorgkwaliteit in ruil voor lagere premies kan op de lange termijn echter schadelijk blijken voor de volksgezondheid, omdat het patiënten belemmert in het ontvangen van adequate zorg.

5. Verlies van Verantwoordelijkheid en Toezicht

Zorgverzekeraars zijn door de marktwerking meer verantwoordelijk geworden voor de zorguitgaven, maar dit heeft ook geleid tot een gebrek aan transparantie en controle. De overheid, die oorspronkelijk als toezichthouder zou optreden, heeft een stap teruggedaan en de zorgverzekeraars in staat gesteld om eigen regels te bepalen. Dit betekent dat zorgverzekeraars vaak niet ter verantwoording worden geroepen voor de keuzes die ze maken. In plaats van dat de zorgverlening centraal staat, wordt de focus gelegd op financiële efficiëntie en

winstgevendheid, wat ten koste gaat van de zorgkwaliteit voor de patiënt.

Effecten van Marktwerking

De relatie tussen zorgaanbieders en patiënten heeft door de invoering van marktwerking een grote verandering ondergaan. Waar deze relatie oorspronkelijk gebaseerd was op vertrouwen, continuïteit en persoonlijke zorg, is deze nu veel meer gekleurd door financiële en administratieve druk.

1. Verminderde Aandacht voor de Patiënt

Zorgverleners, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, kunnen steeds minder tijd besteden aan hun patiënten door de toenemende administratieve lasten en lage vergoedingen. Dit heeft als gevolg dat de patiënt vaak het gevoel heeft een nummer te zijn in plaats van een individu met unieke zorgbehoeften. Het persoonlijke contact en de aandacht die voorheen als vanzelfsprekend werden beschouwd, verdwijnen naar de achtergrond ten gunste van snelheidswinst en kostenbesparing.

2. Verlies van Vertrouwen in Zorgaanbieders

Patiënten kunnen het vertrouwen in hun zorgaanbieders verliezen als zij merken dat zorgverleners gedwongen worden om behandelingen te beperken of hen te adviseren over goedkopere alternatieven die niet altijd de beste keuze voor de patiënt zijn. De zorgverlener kan als tussenpersoon tussen de patiënt en de zorgverzekeraar fungeren, maar dit creëert een situatie waarin de zorg niet langer puur patiëntgericht is. Dit vermindert het vertrouwen van patiënten in de zorg en draagt bij aan een gevoel van onmacht.

3. Onvoldoende Ruimte voor Kwaliteitszorg

Door de druk om binnen de budgetten van zorgverzekeraars te werken, worden zorgaanbieders belemmerd in hun vermogen om te investeren in de kwaliteit van hun zorg. Dit heeft een directe invloed op de patiëntenzorg: behandelingen worden korter, minder grondig uitgevoerd en er is minder ruimte voor preventieve zorg, die essentieel is om gezondheidsproblemen op lange termijn te voorkomen. Patiënten krijgen daardoor vaak alleen de zorg die het minst kost en niet per se de zorg die het beste is voor hun specifieke gezondheidstoestand.

Conclusie: De Werkelijke Impact van Marktwerking

De belofte van marktwerking in de zorg is in de praktijk grotendeels niet uitgekomen zoals beloofd. De nadruk op kostenbesparing en concurrentie heeft zorgverzekeraars in staat gesteld om hun winst te maximaliseren, maar dit heeft de patiëntenzorg onder druk gezet. De zorgverzekeraars hebben de macht over de zorgverlening geconsolideerd, terwijl de patiënt in veel gevallen het slachtoffer wordt van een systeem dat niet ontworpen is om hun behoeften centraal te stellen. De werkelijke impact van marktwerking is dat de focus verschuift van zorg en patiëntenzorg naar financiën en winstmaximalisatie, wat uiteindelijk de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg schaadt.

Hoofdstuk 8

Het Rol van de Patiënt in het Huidige Zorgstelsel

De zorgsector heeft in de afgelopen decennia aanzienlijke veranderingen doorgemaakt. De invoering van marktwerking in 2006 door de Zorgverzekeringswet heeft niet alleen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars beïnvloed, maar heeft ook de rol van de patiënt drastisch veranderd. Waar de patiënt voorheen vooral werd gezien als een zorgontvanger, is hij nu steeds meer een consument binnen het zorgsysteem. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe deze verschuiving heeft plaatsgevonden, wat de gevolgen zijn voor de autonomie van de patiënt en welke beperkingen er zijn in de keuze en toegang tot zorg. De focus ligt daarbij op de effecten van marktwerking op de patiëntenzorg, de kwetsbaarheden die ontstaan door de verschuiving naar een marktmodel en de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de patiënt.

De Patiënt als Consument in het Zorgsysteem

Het idee om de patiënt als consument te beschouwen, komt voort uit de overtuiging dat marktwerking de efficiëntie van zorg zou verbeteren door concurrentie en keuze. De patiënt werd in dit model niet alleen een zorgontvanger, maar ook een consument die in staat is om te kiezen tussen verschillende zorgaanbieders op basis van prijs, kwaliteit en service. Het idee was dat wanneer patiënten de mogelijkheid hadden om zorgverleners te kiezen, er meer concurrentie zou ontstaan, wat zou leiden tot lagere kosten en hogere kwaliteit. In theorie zou dit de patiënt in staat stellen om betere zorg te krijgen tegen lagere prijzen, vergelijkbaar met het consumeren van andere diensten of producten.

In de praktijk blijkt deze verschuiving naar een consument-gerichte benadering echter veel complexer. De patiënt wordt steeds vaker gezien als een cliënt die verantwoordelijk is voor het vinden van de juiste zorg, het vergelijken van zorgaanbieders en zelfs het kiezen van een verzekeringspakket dat het beste bij zijn of haar behoeften past. Dit idee van de patiënt als consument heeft echter gevolgen voor de manier waarop zorg wordt geleverd en ervaren.

De Effecten van Marktwerking op de Autonomie van de Patiënt

Autonomie in de zorg is het vermogen van de patiënt om zelf beslissingen te nemen over zijn of haar gezondheid en zorgtraject. In een ideaal zorgsysteem zou de patiënt de controle moeten hebben over welke zorg hij of zij ontvangt, wanneer en van wie. Marktwerking, die bedoeld was om de zorg meer patiëntgericht te maken, heeft echter in veel gevallen de autonomie van de patiënt verminderd, in plaats van versterkt.

1. Keuze, maar geen echte Vrijheid

Hoewel patiënten theoretisch meer keuze zouden moeten hebben, is de realiteit vaak anders. Patiënten kunnen kiezen uit een beperkt aantal zorgaanbieders die onder de zorgverzekeraar vallen en deze keuze is vaak afhankelijk van de verzekeringspolis die ze hebben. Als een patiënt bijvoorbeeld een polis heeft met beperkte dekking, kan hij of zij geen toegang krijgen tot bepaalde zorgaanbieders, ongeacht de kwaliteit van de zorg die deze aanbieders leveren. In plaats van echte keuzevrijheid, heeft de patiënt in veel gevallen te maken met een zorgnetwerk dat door de zorgverzekeraar wordt bepaald.

Bovendien kunnen zorgverzekeraars beslissen om bepaalde behandelingen of zorgaanbieders niet te vergoeden,

waardoor de patiënt niet in staat is om een weloverwogen keuze te maken die het beste bij zijn of haar zorgbehoeften past. Dit staat in contrast met de idee van de patiënt als consument, die de vrijheid zou moeten hebben om zorgverleners te kiezen die aansluiten bij zijn persoonlijke voorkeuren en behoeften.

2. Beperkingen in Keuze van Behandelingen

Het idee van marktwerking heeft ook invloed op de behandelingen die patiënten kunnen kiezen. Zorgverzekeraars spelen een cruciale rol in het bepalen welke behandelingen worden vergoed en welke niet. Dit heeft geleid tot een situatie waarin patiënten niet altijd de beste of meest geschikte behandeling voor hun situatie kunnen krijgen. In plaats daarvan worden ze vaak beperkt tot goedkopere behandelingsopties die binnen het vergoedingspakket van hun verzekeraar passen. Hierdoor wordt de autonomie van de patiënt verder aangetast, omdat deze niet altijd kan kiezen voor de behandeling die het beste past bij zijn of haar medische situatie.

Het kan ook voorkomen dat patiënten gedwongen worden om goedkopere alternatieven te accepteren die mogelijk minder effectief zijn, omdat zorgverzekeraars de kosten willen drukken. Dit ondermijnt de relatie van vertrouwen tussen patiënt en zorgaanbieder en kan patiënten het gevoel geven dat hun gezondheid niet als de hoogste prioriteit wordt beschouwd.

3. Eigen Betalingen en Verhoogde Kosten

Marktwerking heeft ook geleid tot een aanzienlijke toename van eigen betalingen voor patiënten, wat invloed heeft op hun keuzevrijheid en autonomie. Patiënten kunnen geconfronteerd worden met hogere eigen bijdragen voor

behandelingen, medicijnen en zorgdiensten die buiten het basispakket vallen. In veel gevallen worden patiënten hierdoor beperkt in hun keuzes, aangezien ze de kosten van zorg zelf moeten dragen. Dit betekent dat zorg minder toegankelijk wordt voor bepaalde groepen, vooral voor mensen met een lager inkomen of mensen met chronische aandoeningen die regelmatig zorg nodig hebben.

Door deze financiële barrières wordt de patiënt gedwongen om afwegingen te maken tussen de zorg die hij of zij nodig heeft en de kosten die daarmee gepaard gaan. Dit heeft niet alleen invloed op de toegang tot zorg, maar ook op de kwaliteit van leven van de patiënt, die zich mogelijk gedwongen voelt om noodzakelijke zorg uit te stellen of zelfs volledig te vermijden.

Beperkingen in Keuze en Toegang tot Zorg

De belofte van marktwerking was dat patiënten meer keuzevrijheid en toegang tot zorg zouden krijgen, maar de praktijk wijst uit dat dit niet altijd het geval is. De toegang tot zorg wordt steeds meer bepaald door de zorgverzekeraar, die de zorgnetwerken en de voorwaarden voor vergoedingen bepaalt. Dit heeft geleid tot een aantal beperkingen in de keuze en toegang tot zorg:

1. Beperkt Zorgaanbod

Patiënten zijn vaak beperkt tot het zorgaanbod van hun verzekeraar, wat betekent dat zij geen toegang hebben tot zorgaanbieders buiten het netwerk van hun verzekering. Dit kan problematisch zijn, vooral voor mensen die gespecialiseerde zorg nodig hebben of die in een regio wonen waar het zorgaanbod beperkt is. Patiënten in landelijke gebieden, bijvoorbeeld, hebben vaak minder keuze uit zorgaanbieders, wat hen afhankelijk maakt van de keuzes die

zorgverzekeraars voor hen maken. Dit kan leiden tot langere wachttijden, minder keuzemogelijkheden en uiteindelijk lagere kwaliteit van zorg.

2. Verlies van Continuïteit in Zorg

De nadruk op kostenbeperkingen heeft ook geleid tot verlies van continuïteit in de zorg. Patiënten die van zorgaanbieder moeten veranderen vanwege verzekeringsbeperkingen, verliezen vaak de opgebouwde vertrouwensrelatie met hun zorgverleners. Dit kan vooral problematisch zijn voor patiënten met langdurige of complexe gezondheidsproblemen, die afhankelijk zijn van een zorgverlener die hen goed kent en hun medische geschiedenis begrijpt. Het gebrek aan continuïteit in zorg kan de effectiviteit van behandelingen verminderen en het herstel van patiënten vertragen.

3. Onvoldoende Preventieve Zorg

Marktwerking heeft geleid tot een focus op behandelingen en medische interventies die direct betaalbaar en meetbaar zijn, terwijl preventieve zorg vaak wordt verwaarloosd. Preventieve zorg, zoals screening, vaccinaties en gezondheidspromotie, wordt vaak niet goed vergoed door zorgverzekeraars, omdat de voordelen hiervan vaak pas op lange termijn zichtbaar zijn. Dit kan betekenen dat patiënten niet de preventieve zorg krijgen die ze nodig hebben om ernstige gezondheidsproblemen in de toekomst te voorkomen, wat uiteindelijk kan leiden tot hogere kosten voor zowel de patiënt als het zorgsysteem.

Gevolgen voor de Patiëntenzorg

De verschuiving van de patiënt naar de rol van consument heeft aanzienlijke gevolgen voor de zorgverlening. In plaats van dat de

patiënt centraal staat in het zorgsysteem, draait alles om kostenbeheersing, administratieve efficiëntie en de winsten van zorgverzekeraars. Dit heeft negatieve effecten op de zorgkwaliteit, omdat zorgaanbieders worden gedwongen om zich aan de eisen van verzekeraars aan te passen in plaats van zich te concentreren op de individuele behoeften van de patiënt.

Patiënten krijgen vaak te maken met een vercommercialiseerde zorgomgeving waarin financiële overwegingen zwaarder wegen dan hun gezondheid en welzijn. Dit kan leiden tot verminderde zorgkwaliteit, langere wachttijden, minder keuzevrijheid en een gebrek aan vertrouwensrelaties tussen patiënten en zorgverleners. In plaats van dat de zorg zich richt op de patiënt, is deze nu steeds meer afhankelijk van de regels en richtlijnen die door zorgverzekeraars zijn opgelegd, wat de autonomie van de patiënt verder ondermijnt.

Conclusie: De Patiënt in het Heden Zorgsysteem

In het huidige zorgsysteem, waarin de patiënt steeds meer als consument wordt gezien, is er een spanningsveld tussen het idee van keuzevrijheid en de realiteit van beperkte toegang tot zorg. Marktwerking heeft niet geleid tot de beloofde voordelen van lagere kosten en betere zorg, maar heeft in plaats daarvan de patiënt geplaatst in een zorglandschap waarin financiële overwegingen de boventoon voeren. De autonomie van de patiënt is in veel gevallen verminderd en de keuzevrijheid is beperkt tot de mogelijkheden die zorgverzekeraars bieden.

Hoofdstuk 9

De Zorg voor Ouderen: Tussen Kastje en Muur

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk. Het is een schrijnend probleem dat steeds meer ouderen tussen de verschillende systemen vallen, zonder adequate zorg of persoonlijke aandacht. De bezuinigingen, de complexiteit van het zorgsysteem en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgwetten hebben geleid tot een situatie waarin ouderen niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze verdienen. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe de zorg voor ouderen, zowel in verpleeghuizen als in de thuiszorg, ernstig tekortschiet. De gevolgen van bezuinigingen, bureaucratische rompslomp en een gebrek aan voldoende personeel komen hierbij naar voren, evenals de impact op de ouderen zelf.

De Bezuinigingen en Hun Gevolgen

In de afgelopen jaren is er in Nederland steeds meer bezuinigd op de zorg, met name de zorg voor ouderen. De Wet langdurige zorg (Wlz), die zorg voor de zwaarst zorgbehoevende ouderen regelt, is door de overheid bezuinigd, waardoor verpleeghuizen en zorgcentra steeds meer moeite hebben om voldoende zorg te bieden. Dit leidt tot langere wachttijden voor ouderen die zorg nodig hebben, vooral in verpleeghuizen, waar de capaciteit steeds schaarser wordt.

De bezuinigingen worden gevoeld op alle niveaus van de zorgverlening. In verpleeghuizen betekent dit minder personeel en dus minder tijd per patiënt. Verzorgenden en verpleegkundigen hebben steeds minder tijd om patiënten op een persoonlijke manier te helpen. Het gevolg is dat ouderen vaak in isolatie

terechtkomen, met weinig aandacht voor hun psychische en emotionele behoeften. De zorg wordt steeds meer proceduraler en gestandaardiseerd, met als resultaat dat het welzijn van de patiënten op de achtergrond raakt.

In de thuiszorg wordt de situatie niet veel beter. Er zijn wachtlijsten voor zorgverlening en door de bezuinigingen is er onvoldoende personeel om de toenemende zorgvraag bij ouderen adequaat op te vangen. Ook de administratieve lasten zijn toegenomen, waardoor zorgprofessionals vaak gedwongen worden om tijd te besteden aan administratie in plaats van zorgverlening. Dit leidt tot gejaagdheid en stress en uiteindelijk krijgen ouderen niet de zorg die ze nodig hebben.

De Afbraak van Woonzorgcentra

In de afgelopen jaren heeft de regering honderden woonzorgcentra, heetten vroeger bejaardencentra, afgebroken. Dit besluit werd genomen met de gedachte dat ouderen langer thuis moesten blijven wonen, ondersteund door thuiszorg. Hoewel de bedoeling was om ouderen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te houden, heeft deze beleidswijziging de druk op de zorg verder vergroot. De afbraak van deze zorginstellingen heeft geleid tot een tekort aan passende zorgvoorzieningen voor ouderen die niet in staat zijn om zelfstandig te wonen. Als gevolg van deze bezuinigingen is er een grotere concentratie van zorgbehoevende ouderen in steeds kleinere verpleeghuizen, die hierdoor een nog zwaardere belasting ervaren.

Ouderen Tussen Kastje en Muur

Het zorgsysteem is voor veel ouderen een ondoorzichtig en verwarrend doolhof, wat vaak leidt tot een situatie waarin zij tussen kastje en muur vallen. De verantwoordelijkheid voor hun

zorg wordt verdeeld over verschillende instanties, zoals de zorgverzekeraars, de gemeente, de zorgkantoren en de Wlz. Iedere instantie heeft zijn eigen regels, eisen en procedures, wat voor ouderen met complexe zorgbehoeften een onoverkomelijk obstakel kan zijn. Ze moeten vaak meerdere aanvragen indienen en verschillende instanties aanspreken om de zorg te krijgen die ze nodig hebben, wat kan leiden tot vertragingen en ontuchtering.

Voor ouderen die hulp nodig hebben bij dagelijkse handelingen zoals wassen, aankleden, eten en medicijnen innemen, betekent dit vaak dat zij langer wachten op de noodzakelijke zorg. Dit komt niet alleen de kwaliteit van hun leven niet ten goede, maar het vergroot ook de kans op gezondheidscomplicaties. Als gevolg van de bureaucratische rompslomp krijgen veel ouderen pas te maken met zorg als hun situatie al drastisch verslechterd is. Er is simpelweg niet genoeg tijd of capaciteit om proactief zorg te bieden.

Bovendien zorgt de gebrekkige coördinatie van zorg ervoor dat ouderen zich vaak vergeten of verwaarloosd voelen. De zorgverleners die ze ontmoeten hebben niet altijd een compleet beeld van hun situatie, wat leidt tot verlies van continuïteit in de zorg. Hierdoor kunnen belangrijke medische problemen over het hoofd worden gezien of onvoldoende worden behandeld.

De Impact van Bezuinigingen op de Zorgverlening

De bezuinigingen hebben niet alleen de beschikbaarheid van zorg beïnvloed, maar ook de kwaliteit ervan. Door de vermindering van het aantal zorgverleners wordt de werkdruk enorm verhoogd. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten steeds meer taken uitvoeren, met minder tijd per patiënt. Dit resulteert vaak in

verminderde zorgkwaliteit en minder persoonlijke aandacht voor ouderen.

Daarnaast hebben de bezuinigingen gezorgd voor minder gespecialiseerde zorg. Verpleeghuizen kunnen het zich niet meer veroorloven om voldoende gespecialiseerde medewerkers in dienst te nemen, zoals psychologen of geriatrisch verpleegkundigen, die nodig zijn voor de zorg van ouderen met complexe zorgbehoeften. Ouderen die bijvoorbeeld lijden aan dementie of chronische ziektes, hebben vaak behoefte aan specifieke zorg die gericht is op hun conditie. Zonder de juiste specialistische zorg kunnen zij in toenemende mate achteruitgaan en hun situatie verergeren.

Verder zijn bezuinigingen in de verpleeghuiszorg ook verantwoordelijk voor de toenemende werkdruk in de thuiszorg, omdat veel ouderen die niet in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, maar nog geen zware zorgbehoefte hebben, steeds vaker proberen te verblijven in hun eigen huis. Dit leidt tot een verlenging van zorgtrajecten en een verhoging van het aantal ouderen die na verloop van tijd alsnog naar verpleeghuizen moeten, wanneer de situatie verslechtert.

De Oorzaken Problemen: Bezuinigingen en Marktwerking

De problemen in de zorg voor ouderen kunnen niet los worden gezien van de invoering van marktwerking in de zorgsector en de bezuinigingen die hieruit voortvloeiden. Het doel van marktwerking was oorspronkelijk om efficiëntie en kwaliteit te verbeteren, maar de werkelijkheid is dat het eerder heeft geleid tot kostenbeperkingen ten koste van de zorg. Zorginstellingen worden gedwongen om te concurreren om budgetten en de nadruk ligt steeds meer op winstmaximalisatie in plaats van op de zorgbehoeften van de ouderen.

Bezuinigingen op langdurige zorg in combinatie met de invoering van marktwerking hebben gezorgd voor een verminderde inzet op de zorgkwaliteit en onvoldoende investeringen in de zorg voor ouderen. De administratieve druk is toegenomen, terwijl het aantal zorgmedewerkers afnam, wat resulteerde in het ongelijke verdelen van zorgcapaciteit.

Oplossingen en Verbeteringen

Er zijn verschillende manieren om de situatie voor ouderen te verbeteren en te zorgen dat zij de zorg en aandacht krijgen die ze verdienen. Ten eerste zou er moeten worden gekeken naar de herstructurering van de zorgfinanciering, zodat meer middelen direct naar de zorgverlening gaan in plaats van naar de administratie. De bezuinigingen op de langdurige zorg moeten worden teruggedraaid en er moet een verantwoordelijke toewijzing van middelen plaatsvinden die daadwerkelijk de zorg voor ouderen verbetert.

Daarnaast moet er meer aandacht komen voor de specialistische zorg in verpleeghuizen, met name voor ouderen die lijden aan aandoeningen zoals dementie of multi-morbide aandoeningen. Het zorgsysteem moet flexibeler worden en zorgprofessionals moeten de ruimte krijgen om meer persoonlijke zorg te bieden, met aandacht voor zowel fysieke als psychische aspecten van ouderenzorg.

Tot slot is het van cruciaal belang dat er meer samenwerking komt tussen de verschillende zorginstellingen, zodat ouderen niet tussen de systemen vallen, maar de zorg krijgen die ze nodig hebben, wanneer ze dat nodig hebben. Dit zou kunnen door het ontwikkelen van integrale zorgmodellen waarbij zorgverleners, mantelzorgers en instanties effectief samenwerken en de patiënt centraal staat in het zorgproces.

Conclusie

De zorg voor ouderen in Nederland bevindt zich in een crisis. De bezuinigingen, de marktwerking en de complexiteit van het zorgsysteem hebben geleid tot een situatie waarin ouderen vaak niet de zorg en aandacht krijgen die ze verdienen. Zij vallen tussen kastje en muur, terwijl het zorgsysteem hen onvoldoende ondersteuning biedt. Het is dringend nodig dat er hervormingen plaatsvinden die de zorg voor ouderen centraal stellen, met voldoende middelen, aandacht en tijd voor iedere patiënt. Alleen door de zorg te herstructureren en te investeren in de kwaliteit van zorg, kan Nederland ervoor zorgen dat ouderen in de toekomst de zorg krijgen die zij verdienen.

Hoofdstuk 10

De Ontwikkeling van de Zorgkosten en Patiëntenlasten van de Laatste 25 Jaar

De afgelopen 25 jaar is het zorgsysteem in Nederland ingrijpend veranderd. De zorgpremie die in 2000 voor een basisverzekering rond de 35 gulden (circa 15 euro) lag, is in 2025 gestegen naar gemiddeld €150 per maand. Dit markeert een stijging van meer dan 1000%, terwijl er in die tijd veel veranderingen plaatsvonden, zowel op het gebied van wetgeving als op het gebied van de verdeling van de zorgkosten. Waar zorg in 2000 grotendeels werd gefinancierd door de overheid, werden vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zorgverzekeraars steeds meer verantwoordelijk voor de financiering van zorg. Sindsdien is het stelsel verschoven van een systeem waarbij de overheid een grote rol speelde in het verstrekken van zorg, naar een model waarin zorgverzekeraars zowel de prijs van zorg bepalen als de toegang tot zorg voor hun klanten. Dit veranderde niet alleen de rol van de overheid, maar zorgde er ook voor dat zorgkosten steeds meer op de schouders van de patiënt terechtkwamen. De gevolgen hiervan zijn enorm.

In deze periode is er een aanzienlijke stijging geweest van de zorgpremies, het eigen risico en de eigen bijdragen.

- **2000-2005:**

In de periode vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet waren de premies relatief stabiel, maar begon het eigen risico langzaam te stijgen. De basisverzekering was nog verdeeld in ziekenfonds- en particuliere verzekeringen.

- **2006-2010:**
Na de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 stegen de zorgpremies aanzienlijk. Het eigen risico werd geïntroduceerd op €150 in 2008 en steeg geleidelijk.
- **2011-2015:**
In deze jaren liep het eigen risico verder op van €170 in 2011 naar €375 in 2015. Premies bleven stijgen en de overheid verhoogde diverse eigen bijdragen.
- **2016-2020:**
Het eigen risico werd bevroren op €385, maar premies en aanvullende kosten stegen door. Veel zorg werd overgeheveld naar gemeenten, wat leidde tot meer eigen bijdragen voor patiënten.
- **2021-2025:**
De stijging van zorgpremies zette door en het eigen risico bleef op €385. De zorgtoeslag groeide onvoldoende mee, waardoor lage- en middeninkomens relatief meer betaalden. Ook steeg de vraag naar betalingsregelingen voor medische kosten.

De Toename van Zorgkosten en Eigen Bijdragen

Het meest opvallende gevolg van deze verschuiving is de toename van zowel de zorgpremie als de eigen bijdragen die patiënten moeten betalen. In 2006 was het eigen risico €150 per jaar, maar dit bedrag is sindsdien gestegen tot €385 in 2024. Dit eigen risico is voor veel mensen een drempel geworden: zorg is niet meer volledig toegankelijk zonder een voorafgaande financiële bijdrage van de patiënt. Dit eigen risico moet door patiënten worden betaald voordat hun zorgverzekeraar begint met het vergoeden van zorgkosten.

De stijging van de premie en het eigen risico heeft geleid tot een structurele verschuiving in de manier waarop zorg gefinancierd wordt. Waar vroeger de financiering van zorg grotendeels uit belastinggeld kwam, wordt deze nu steeds meer betaald door de patiënten zelf. Dit systeem, dat destijds als een marktgerichte oplossing werd gepresenteerd, heeft in de praktijk geleid tot stijgende zorglasten voor de patiënt. In 2000 was de zorgverzekering grotendeels gratis voor de patiënt, maar door de invoering van marktwerking en de verschuiving van zorgkosten naar de burger is het zorgsysteem steeds minder toegankelijk geworden voor een breed publiek.

Met de stijging van de zorgkosten is er een toenemende afhankelijkheid van de patiënt van aanvullende verzekeringen en, meer recentelijk, betalingsregelingen om de eigen bijdrage en eigen risico te kunnen betalen. De groeiende zorglasten zijn echter niet alleen te wijten aan het eigen risico, maar ook aan de aanvullende kosten die patiënten zelf moeten betalen voor specifieke zorg, zoals fysiotherapie, tandartsbezoeken of medicijnen die niet volledig door de basisverzekering worden vergoed.

Betalingsregelingen voor Eigen Bijdragen: Een Toenemende Noodzaak

Door de stijgende zorgkosten is de vraag naar betalingsregelingen voor eigen bijdragen aanzienlijk gestegen. Steeds meer patiënten kunnen de kosten van hun zorg niet in één keer betalen. Vooral de mensen met een lager of gemiddeld inkomen, die niet in aanmerking komen voor de meeste zorgtoeslagen of bijstandsregelingen, krijgen te maken met een structurele onderdekking in hun zorgbehoeften. Dit leidt er vaak toe dat patiënten een betalingsregeling moeten treffen voor de kosten die

ze niet direct kunnen betalen, zoals het eigen risico of aanvullende zorgkosten.

De vraag naar betalingsregelingen voor eigen bijdragen is in de afgelopen jaren dan ook gestegen. Meer dan 25% van de patiënten in 2024 had aangegeven dat zij in het afgelopen jaar betalingsregelingen hadden getroffen om hun zorgkosten over meerdere maanden of zelfs jaren te spreiden. De noodzaak voor betalingsregelingen komt voort uit het feit dat zorgkosten – vooral door stijgende premies en eigen bijdragen – voor veel mensen onbetaalbaar zijn geworden. De zorgverzekeraars bieden vaak betalingsregelingen aan, maar deze gaan gepaard met extra kosten. Zo worden er administratiekosten in rekening gebracht en kunnen er rentepercentages worden gehanteerd op het uitgestelde bedrag, wat de totale kosten voor de patiënt verder verhoogt.

In sommige gevallen kunnen patiënten zelfs gedwongen worden om een lening af te sluiten om hun zorgkosten te betalen. Dit creëert een vicieuze cirkel van oplopende schulden, waarbij patiënten in financiële problemen raken en hun zorgbehoeften niet kunnen dekken zonder verdere financiële last. De regeling lijkt dus op het eerste gezicht een tijdelijke oplossing, maar kan op de lange termijn bijdragen aan een verergering van de financiële situatie van patiënten.

De Kloof Tussen Theorie en Praktijk van Marktwerking

De introductie van marktwerking in de zorg was bedoeld om de kosten te verlagen en de kwaliteit van zorg te verbeteren door middel van concurrentie tussen zorgverzekeraars. Het idee was dat zorgverzekeraars zouden concurreren om klanten te trekken door lagere premies en betere zorgaanbieders aan te bieden. In

werkelijkheid blijkt echter dat marktwerking vooral ten goede komt aan de verzekeraars zelf en niet aan de patiënten.

Zorgverzekeraars hebben in de praktijk veel macht over de zorg die patiënten ontvangen, zowel in termen van welke zorgaanbieders in hun netwerk zitten als in welke mate zij bereid zijn bepaalde behandelingen of medicijnen te vergoeden. Dit betekent dat zorgverzekeraars niet altijd de beste zorg aanbieden voor hun klanten, maar eerder de zorg die het goedkoopst voor hen is. Dit zorgt ervoor dat patiënten beperkt worden in hun keuzevrijheid. In veel gevallen worden patiënten geconfronteerd met zorgaanbieders die zij niet zelf hebben gekozen en worden bepaalde behandelingen of therapieën niet gedekt, omdat ze niet in de zorgverzekeraar's kostenstructuur passen.

Marktwerking heeft daarnaast geleid tot een situatie waarin zorgverzekeraars, ondanks de aanzienlijke stijging van de zorgkosten, niet verplicht zijn om de kwaliteit van zorg of de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Patiënten blijven betalen voor zorg die vaak niet aan hun verwachtingen voldoet en als zij kiezen voor zorg buiten het netwerk van hun verzekeraar, krijgen ze te maken met hoge kosten die vaak niet volledig worden vergoed. De paradox van marktwerking is dus dat deze niet ten goede komt aan de patiënt, maar de verzekeraar bevoordeelt, die profiteert van de prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders.

De Verhouding Tussen Patiënten en Zorgverzekeraars

De relatie tussen patiënten en zorgverzekeraars is fundamenteel veranderd door de invoering van de Zorgverzekeringswet en de daaropvolgende marktwerking. Patiënten worden steeds meer gezien als consumenten die zelf moeten zorgen voor hun zorgbehoeften en de zorgverzekeraar als een commerciële partij die hun belangen boven die van de patiënt stelt. Waar patiënten

vroeger bij de overheid terecht konden voor zorgen die hen te veel kosten, wordt nu van hen verwacht dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het beheer van hun zorgfinanciën.

In veel gevallen worden zorgverzekeraars gemotiveerd door winstmaximalisatie, wat vaak in strijd is met het belang van de patiënt. Dit leidt tot een situatie waarin de toegang tot zorg wordt bepaald door kosten in plaats van door de medische behoeften van de patiënt. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld goedkopere zorgverleners aanstellen of behandelingen uitsluiten, waardoor de zorgkwaliteit in veel gevallen niet optimaal is.

Oplossingen voor een Duurzaam Zorgsysteem

Het is duidelijk dat het huidige zorgsysteem niet langer houdbaar is. De verschuiving van zorgfinanciering naar de patiënt heeft geleid tot een situatie waarin zorg steeds moeilijker toegankelijk is, vooral voor kwetsbare groepen. De stijgende zorgpremies, het eigen risico en de eigen bijdragen vormen een steeds grotere belasting voor patiënten. Dit wijst erop dat het systeem van marktwerking in de zorg niet heeft geleid tot een duurzamere, eerlijkere of betaalbaardere zorg.

Er zijn verschillende oplossingen te overwegen. Een mogelijke oplossing is het terugdraaien van de opzet van marktwerking en het herstellen van een systeem waarin de overheid weer een grotere rol speelt in het financieren van de zorg. Daarnaast kan het eigen risico worden verlaagd en kunnen aanvullende vergoedingen worden herzien om de financiële druk op patiënten te verminderen.

Het zou ook nuttig zijn om het zorgsysteem te herstructureren, zodat zorgverzekeraars beter verantwoording afleggen voor hun keuzes en niet alleen worden gedreven door winstmaximalisatie.

De focus zou dan weer kunnen verschuiven naar de daadwerkelijke zorgbehoefte van de patiënt, met meer keuzevrijheid en betere toegang tot zorg voor iedereen, ongeacht hun financiële situatie.

De vraag naar betalingsregelingen is een duidelijke indicatie dat het huidige systeem faalt in het leveren van zorg die werkelijk in het belang van de patiënt is. Het herstellen van het vertrouwen in het zorgsysteem vereist dan ook een ingrijpende herziening van het beleid, zodat de patiënt centraal komt te staan en de zorg weer betaalbaar en toegankelijk wordt voor iedereen.



Naschrift: Wat Kan er Verbeterd Worden?

Herinvoering van de Basisverzekering via de Overheid

Een belangrijke stap in de richting van een rechtvaardiger en effectiever zorgsysteem is de herinvoering van de **basisverzekering** als publieke verantwoordelijkheid van de overheid. Dit voorstel zou ervoor zorgen dat de **premie voor de basiszorg via de belastingen** wordt geïnd, vergelijkbaar met de manier waarop de **AOW-premie** nu wordt verrekend. Deze verandering zou enorme administratieve voordelen opleveren, zowel voor de belastingdienst als voor burgers.

Door de premie via de belasting te innen, zouden we een eenvoudiger systeem kunnen realiseren, waar het nu nog vereist is om via zorgtoeslagen bij te dragen aan de zorgkosten. Het huidige zorgtoeslagsysteem is niet alleen **administratief zwaar** voor de belastingdienst en zorgverzekeraars, maar het creëert ook een last voor veel patiënten die moeite hebben met het aanvragen en bijhouden van hun zorgtoeslag. De belastingdienst kan gemakkelijker een **progressief premiepercentage** toepassen, wat betekent dat de hoogte van de premie afhankelijk is van het inkomen van het huishouden. Dit zorgt voor **meer rechtvaardigheid** en **gelijke toegang tot zorg** voor iedereen, ongeacht de financiële situatie.

Afschaffing van de Zorgtoeslag

De zorgtoeslag, die bedoeld is om mensen met een lager inkomen financieel tegemoet te komen, zou overbodig worden als de premie via de belastingen wordt geïnd. De afschaffing van de zorgtoeslag zou niet alleen de administratieve lasten verlichten,

maar ook de transparantie vergroten. Er is momenteel veel verwarring en complexiteit rondom het zorgtoeslagsysteem en veel mensen ontvangen dit niet omdat ze de aanvraag niet correct invullen of niet op de hoogte zijn van hun rechten. Door de premie direct via het belastingstelsel te innen, zou er geen tussenstap meer nodig zijn. Het systeem zou eenvoudig, duidelijk en efficiënt worden.

Daarnaast zou het fiscale systeem in staat zijn om een meer **gerichte aanpak** te bieden voor mensen met een laag inkomen. De belastingtarieven zouden **progressief** kunnen worden aangepast, zodat degenen die het meest kunnen bijdragen een groter deel van de zorgkosten betalen, terwijl de lage inkomensgroepen een lagere premie zouden hebben. Dit zorgt voor meer solidariteit en eerlijkheid, wat essentieel is voor een sociaal systeem.

De Zorg als Publieke Dienst

In plaats van zorgverzekeraars als commerciële entiteiten de basiszorg te laten leveren, kan de overheid het beheer van de **basisverzekering** weer volledig op zich nemen, zodat het wordt behandeld als een publieke dienst. Dit zou betekenen dat de zorg weer **minder op winstmaximalisatie is gericht** en meer op het **welzijn van de patiënt**. De zorgverzekeraars zouden zich dan kunnen richten op de **aanvullende verzekeringen**, zoals tandheelkunde, fysiotherapie, of alternatieve geneeswijzen, die naast de basiszorg kunnen worden aangeboden.

Door de basiszorg onder de overheid te brengen, wordt het mogelijk om de zorg te **centreren op preventie en gezondheidspromotie**. Het huidige systeem, dat sterk gericht is op het vergoeden van ziektekosten, mist de focus op **preventieve zorg**. Preventie kan veel kosten besparen, vooral bij chronische

aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en kanker, die tegenwoordig veel van de zorgkosten uitmaken. Door de overheid verantwoordelijk te maken voor de basiszorg, kan er meer nadruk worden gelegd op **gezondheidsbevordering**, bijvoorbeeld door middel van **vaccinaties**, **gezonde voeding** en **lichamelijke activiteit**. Dit zou niet alleen de zorgkosten op lange termijn drukken, maar ook de algemene gezondheid van de bevolking verbeteren.

Verbeterde Toegankelijkheid en Kwaliteit van Zorg

De focus zou verschuiven van **kostenbeperkingen** naar **zorgkwaliteit**. Zorgverzekeraars zouden minder de mogelijkheid hebben om met lage tarieven zorgaanbieders te dwingen tot bezuinigingen, wat de kwaliteit van zorg in gevaar brengt. Door het zorgsysteem weer meer te beschouwen als een publieke verantwoordelijkheid, zouden zorgaanbieders de ruimte krijgen om hun zorgverlening te verbeteren zonder zich voortdurend zorgen te maken over financiële beperkingen van commerciële verzekeraars.

Er zou meer nadruk komen te liggen op **patiënttevredenheid**, **kwaliteit van behandelingen** en **effectiviteit** van zorgaanbieders. Het zou niet meer gaan om het **afwegen van zorgkosten** tegen de beschikbare zorg, maar om de **beste zorg** voor de patiënt. Dit zou mogelijk worden door bijvoorbeeld het aanstellen van onafhankelijke toezichthouders die zich richten op het verbeteren van zorgstandaarden in plaats van enkel te kijken naar kostenbesparing.

Administratieve Efficiëntie en Kostenbesparing

Een belangrijk voordeel van het centraal beheren van de basiszorg door de overheid is de **administratieve efficiëntie** die hiermee gepaard gaat. De belastingdienst heeft al de infrastructuur om

belastingtarieven op een **landelijke schaal te beheren**, wat ervoor zou zorgen dat de administratie van zorgpremies veel eenvoudiger en goedkoper wordt dan het huidige systeem van zorgverzekeraars en zorgtoeslagen. Hierdoor kunnen **enorme kosten** bespaard worden, die nu gaan naar het beheren van de administratieve processen van zorgverzekeraars en de zorgtoeslag.

Bovendien wordt de kans op **fraude** in het huidige systeem, waar mensen soms onterecht zorgtoeslag aanvragen of zorgverzekeringen misbruiken, aanzienlijk verminderd. De belastingdienst heeft de middelen en capaciteit om alle belastingbetalingen efficiënter te controleren, zonder dat er verschillende instanties betrokken zijn.

Preventie als Prioriteit

Een belangrijke verandering die voortvloeit uit het beheersen van de basiszorg door de overheid is de mogelijkheid om **preventie** te integreren als een centrale prioriteit. In plaats van enkel te focussen op het vergoeden van ziektekosten, kan de overheid ook investeren in programma's die gericht zijn op **gezondheidsbevordering**, zoals voorlichtingscampagnes over gezonde eetgewoonten, stoppen met roken en lichamelijke activiteit.

Deze preventieve benadering kan **chronische ziekten** zoals obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten voorkomen, die op dit moment een aanzienlijke belasting vormen voor het zorgsysteem. Preventie is niet alleen financieel voordelig, maar het bevordert ook een gezondere samenleving op de lange termijn.

Conclusie

Het herstructureren van het zorgsysteem en het teruggeven van de verantwoordelijkheid voor de basiszorg aan de overheid kan

bijdragen aan een meer rechtvaardig, efficiënt en toegankelijk zorgsysteem voor iedereen. De overheid zou de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het verzamelen van premies via de belasting, waardoor de administratieve kosten aanzienlijk worden verlaagd. Het zorgsysteem zou dan weer als een publieke dienst functioneren, met nadruk op de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg, in plaats van commerciële belangen van zorgverzekeraars.

Daarnaast zou meer aandacht kunnen worden gegeven aan **preventie en gezondheidsbevordering**, wat op de lange termijn zou bijdragen aan het verlagen van zorgkosten en het bevorderen van een gezondere samenleving. Dit zou leiden tot een **betere kwaliteit van zorg, lagere kosten** voor burgers en een **solidairer systeem** dat niet afhankelijk is van de winst van commerciële zorgverzekeraars.

Over de Auteur:

Koos Dirkse — Innovator, Auteur en Visionair in Zorg en Samenleving

Koos Dirkse (1947, Leiden) is een veelzijdig denker en pionier met een diepe passie voor zorg, maatschappij en innovatie. Met meer dan veertig jaar ervaring in de zorgsector en een achtergrond in bouwkunde, informatica en geneeskunde heeft hij een blijvende impact gemaakt op beleidsvorming en praktische toepassingen. Zijn levenswerk richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven via innovatieve zorgconcepten en inzichten in volkshuisvesting.

Koos begon zijn carrière in de volkshuisvesting, waar hij statistische onderzoeken leidde naar nieuwbouwwoningen en samenwerkte met het Centraal Planbureau (CPB) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In 1981 maakte hij de overstap naar het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), waar hij zorgadministratie moderniseerde met innovatieve systemen voor efficiënte gegevensverwerking.

Op 36-jarige leeftijd combineerde Koos zijn werk met de studie geneeskunde aan de Universiteit Leiden. Als directeur van een samenwerkingsverband van meer dan veertig ziekenhuizen richtte hij zich op standaardisatie van medische processen, tarievenbeheer en digitale zorgdossiers. Zijn werk leidde tot een efficiënter en uniformer zorgsysteem.

Koos Dirkse schreef meer dan 800 artikelen en meerdere boeken over zorg, volkshuisvesting en maatschappelijke vraagstukken. Zijn innovaties blijven inspireren en dragen bij aan een toekomstgerichte zorgsector.