



**Longfonds
(voorheen Astma Fonds)**

Postbus 627
3800 AP Amersfoort
t (033) 434 12 12
info@longfonds.nl
www.longfonds.nl

ING 55055
K.v.K. Gooi en Eemland nr.
40506839

Aan de onderhandelaars van VVD, PVDA, CU, D66 en SGP

Betreft: Voorgenomen aanpassing van Art. 13 Zvw

Amersfoort, 4 juni 2014

Geachte onderhandelaars,

Wij begrijpen dat de politieke onderhandelingen over aanpassing van Art. 13 Zvw in volle gang zijn. Na wijziging van dit artikel hoeven zorgverzekeraars geen zorg meer te vergoeden, verleend door zorgverleners waarmee zij geen contract hebben. Het Longfonds (voorheen Astma Fonds) wil haar grote zorgen uiten over deze voorgenomen aanpassing. We behartigen de belangen van ruim een miljoen mensen met een longziekte, zoals astma of COPD.

Keuzevrijheid verzekeraar

Minister Schippers stelt dat de vrije artskeuze blijft bestaan: 'Mensen hebben de keuze te beslissen welk pakket en welke zorgverzekering ze willen afsluiten. Door de acceptatieplicht kunnen verzekerden jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar, zodat ze vervolgens weer een keuze uit andere zorgaanbieders hebben'.

Zo simpel is het helaas niet, zeker niet voor longpatiënten en andere chronisch zieken. De acceptatieplicht geldt voor de basisverzekering, niet voor de aanvullende verzekering. En daar zijn mensen met een longziekte meestal op aangewezen. Recent concludeerde de NZa in haar rapport *Verdiepend onderzoek naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars* dat er wel degelijk sprake is van sturing van verzekerden en indirecte risicoselectie. Niet voor niets zal de Minister aan de NZa vragen om expliciet aandacht te schenken aan vormen van indirecte risicoselectie.

Keuzevrijheid zorgverlener

Een longpatiënt bouwt een jarenlange behandelrelatie op met zijn zorgverleners. Als zijn zorgverzekeraar geen contract sluit met bijvoorbeeld zijn longarts, heeft de longpatiënt straks drie opties:

- Hij betaalt deze zorg zelf. Niet reëel voor wie regelmatig zorg nodig heeft en veelal een lager inkomen heeft;
- Hij zoekt een zorgverlener die wél een contract heeft met de zorgverzekeraar. Zo wordt de patiënt gedwongen de behandelrelatie met zijn arts te verbreken. De vraag is of de patiënt op grond van de WGBO daartoe überhaupt gedwongen kan worden;
- Hij probeert verzekering en/of zorgverzekeraar te kiezen die wél een contract heeft met zijn vaste longarts. Onzeker is of hij als chronisch patiënt geaccepteerd wordt voor de aanvullende verzekering. Bovendien kan dit maar eens per jaar, in december.

Welke betekenis heeft het grote goed van keuzevrijheid nog voor de longpatiënt met een kleine beurs? Overstappen is gemakkelijker voor jonge en/of gezonde verzekerden. Veel minder voor chronisch zieken, zij moeten maar hopen dat ze worden geaccepteerd voor een goede aanvullende verzekering.

Transparantie

Om een keuze te kunnen maken voor een zorgverzekering is goede informatie een belangrijke voorwaarde. Patiënten moeten precies weten wat en wie hun verzekeraar heeft gecontracteerd. Dat is nu al niet het geval¹. Bij een nieuwe televisie kun je exact vinden welke eigenschappen en mogelijkheden het apparaat heeft. Niet bij een zorgverzekering. Over inkoop en kwaliteit zijn verzekeraars nog niet transparant, de patiënt tast in het duister.

Machts(on)balans

Door de voorgenomen aanpassing slaat de machtsbalans in de 'zorgdriehoek' door naar de (vier!) grote zorgverzekeraars, die samen ruim 90% van de verzekerden bedienen. De verzekeraars zouden de aanpassing nodig hebben om ondoelmatige of onnodige zorg niet te hoeven vergoeden. Dat is onjuist. Nu al heeft de verzekeraar die wettelijke mogelijkheid. Dat vereist wel controle-inspanningen door de verzekeraars. Het aanpassen van art. 13 is voor hen gemakkelijker. Nu nog moet de verzekeraar achteraf vaststellen of de zorg in orde was. Zorgverleners zijn echter afhankelijk van de preferente zorgverzekeraar in hun regio. Het adagium is: contract sluiten of de deuren sluiten. En met dat laatste zijn de longpatiënten uiteraard de dupe.

Rem op innovatie

Daar waar verzekerden niet meer kunnen kiezen, blijft weinig prikkel over om te ondernemen en te innoveren. En juist bij chronische ziekten is daar grote behoefte aan: om de kwaliteit van leven zo lang mogelijk, zo goed mogelijk te houden. De marktwerking in de zorg zal doven als een nachtkaaars.

Geen kostenbesparingen

Het is zeer de vraag of de voorgenomen aanpassing leidt tot kostenbesparingen, schrijft ook de bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar DSW. Om tegenwicht te bieden aan de (vier) machtige zorgverzekeraars zal het aantal fusies in de zorg toenemen. Dat gebeurt al. Nieuwe managementlagen en reorganisaties zullen resulteren in hogere kosten en verschraling.

Het Longfonds wil dat toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg overeind blijven. Dat begint met keuzevrijheid en transparantie. Over de kwaliteit van zorg én zorginkoop, over wat zorg kost. Dat kan in een heldere nota voor geleverde diensten, een leesbare polis en begrijpelijke polisvoorwaarden. Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in het rapport *Gepaste Zorg* in 2004 al stelde: "Beter geïnformeerde patiënten willen veelal minder zorg [...]. Om gepast gebruik bij patiënten te bevorderen, zijn zorginhoudelijke prikkels belangrijker dan financiële prikkels."

De nu voorgenomen aanpassing van art. 13 Zw. is een beweging in de verkeerde richting. Zo heeft de chronische patiënt weinig meer in te brengen tegenover de zorgverzekeraar. Dat kost geld en gezondheid.

Hoogachtend,



M.R. Rutgers MSc
Directeur Longfonds (voorheen Astma Fonds)
T. 033 - 4341212

¹ Onderzoek Zorginkoop COPD 2011 en 2012, een inventarisatie vanuit patiëntenperspectief. Longfonds maart 2013