

Verslag jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2015

Mr. S.E. Garvelink*

De jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht vindt dit jaar op 23 april plaats in Cultuur- en Congrescentrum Antropia te Driebergen. Het bestuur opent de vergadering met enkele mededelingen. Een voorgestelde statutenwijziging wordt unaniem goedgekeurd. Het lidmaatschap zal nu ook officieel openstaan voor leden die geen meester in de rechten zijn of daarvoor studeren.

Een feestelijk moment is de uitreiking van de mr. C.J. Goudsmitprijs 2015 aan mr. dr. R.P. (Rolinka) Wijne voor – onder andere – haar proefschrift *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade* (diss. Rotterdam). Het proefschrift geeft volgens de jury blijk van een originele aanpak, encyclopedische kennis en enthousiasme. Ook bracht het een hernieuwde discussie over dit onderwerp op gang. Voor mr. dr. A. (Anniek) de Ruijter is er een eervolle vermelding. Zij schreef het proefschrift *A silent revolution: the expansion of EU power in the field of human health* (diss. Amsterdam). De jury prees het boek als een *'belangrijk en goed geschreven boek dat een nog maar beperkt ontgonnen terrein bestrijkt en aanzet tot nadenken.'*

Voorzitter Aart Hendriks spreekt in zijn voorzittersrede 'Meer tucht dan recht' (integraal opgenomen in dit nummer van het tijdschrift) zijn zorg uit over de verharding van het medisch tuchtrecht. De oorspronkelijke rol van kwaliteitsborging van de beroepsbeoefening komt daarbij onder druk te staan.

Het grootste deel van de dag is gewijd aan de bespreking van het preadvies: 'Op weg naar 10 jaar nieuw zorgstelsel. Terug- en vooruitblik'. Aan deze 'state of the union' van het stelsel leverden vijf auteurs hun bijdrage. Volgens het gebruikelijke stamien licht iedere preadviseur eerst het eigen preadvies toe en is er gelegenheid tot het stellen van vragen. Daarna volgt een paneldiscussie.

Thematisch gedeelte

1. *Elies Steyger: Het zorgstelsel in Europeesrechtelijk perspectief*

Toen Steyger haar carrière begon als jurist op het ministerie, zei men daar: *'Europees recht is niet van toepassing op de zorg.'* Dat lijkt nog steeds het overheersende standpunt te zijn. Ten onrechte, betoogt Steyger aan de hand van enkele actuele thema's. Zo is het schrappen van het hinderpaalcriterium uit artikel 13 Zvw in strijd met de patiëntenrichtlijn – net als de minder verstrekkende alternatieven die sinds de bijna-kabinetscrisis over dit onderwerp

* Sebastiaan Garvelink is advocaat met specialisatie gezondheidszorg bij Nysingh advocaten-notarissen te Zwolle.

zijn voorgesteld. De richtlijn stelt patiënten in staat om over de grens zorg te halen, daar moet dan ook een vergoeding tegenover staan. De Wlz en de Wmo 2015 staan op gespannen voet met de criteria uit de dienstenrichtlijn. Wat er tijdens het keukentafelgesprek gebeurt, voldoet bijvoorbeeld niet aan de daarin verwoorde eis van transparantie. Verder wringt de Nederlandse marktordening met het Europese mededingingsrecht (art. 48 en 56a Wmg). De wetgever laat na zich aan het begin van het wetgevingsproces goed rekenschap te geven van de Europese normen en holt daardoor achter de feiten aan. Door de lijdelijke opstelling van de rechter en het feit dat advocaten nog weinig Europese argumenten aanvoeren, heeft dit nog geen verstrekkende consequenties gehad. Als er infractieprocedures komen, zou dit snel kunnen veranderen.

2. *Joris Rijken: Concurrentie tussen zorgaanbieders: de klant is koning, maar wie is de klant?*

Het zorgstelsel wil concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderen, vanuit de aloude gedachte 'de klant is koning', maar op de vraag wie dan die klant is, is geen eenduidig antwoord te geven. Het hangt af van de zorgverzekering die de patiënt heeft gesloten. Patiënten met een vrije-keuzepolis voor wie de keuze voor een niet-gecontracteerde aanbieder geen consequenties heeft, zijn te beschouwen als klanten voor de zorgaanbieders – nog altijd zo een 30% van de verzekerden. Patiënten met een beperkte-keuzepolis zijn dat niet. Rijken staat vervolgens stil bij de recente 'minicrisis' waarbij wetsvoorstel 33362 in de Senaat sneuvelde. Dat het voorstel bekend stond als de afschaffing van de vrije artskeuze noemt Rijken een knap staaltje politieke framing. Er is immers alle reden om kritisch te zijn over het hinderpaalcriterium. Het belemmert de concurrentie en is moeilijk toepasbaar. Het antwoord van de minister op de crisis, de Kamerbrief 'Kwaliteit loont',¹ was saai en teleurstellend. Haar alternatieven overtuigen niet. Zo verwacht de preadviseur er weinig heil van dat de NZa bevoegdheden om de markt te regelen moet teruggeven aan de ACM. De ACM heeft nog nooit een fusie tussen ziekenhuizen verboden en in de ACM-besluiten is geen consistente lijn te ontdekken. Dat de NZa het AMM-instrument niet vaak heeft ingezet, ligt niet aan de NZa, maar aan dit instrument. Het is ontwikkeld voor de relatief overzichtelijke telecommarkt maar werkt niet voor de zorg, waar ieder dorp zijn eigen markt heeft. Ondanks alle gebreken blijft de preadviseur de totstandkoming van een private volksverzekering middels de Zorgverzekeringswet in 2006 een formidabele prestatie vinden.

Ernst Hulst (ErasmusMC, iBMG), die daarin later bij de paneldiscussie zal worden bijgevalen door Dick Engberts (LUMC), vindt dat Rijken in het preadvies het verband tussen de vrije artskeuze en de grondrechten wat stiefmoederlijk heeft behandeld. Rijken is echter overtuigd dat een grondrecht op vrije artskeuze niet bestaat, althans niet als men het zo uitlegt dat de patiënt recht heeft op een behandeling door de arts die hij wenst tegen een volledige vergoeding van de kosten daarvan door de verzekeraar of de overheid. Iets anders is dat artsen niet zomaar een patiënt kunnen weigeren en ook niet zomaar een behandelrelatie kunnen beëindigen (zie de WGBO). Die relatie staat in het preadvies niet ter discussie.

1 Brief van 6 februari 2015, *Kamerstukken II* 2014/15, 31765, 116.

3. *Matthijs Vermaat: Vertrouwen komt te voet. Over de ambities van de Wmo 2015*

Vermaat gebruikt zijn bijdrage voor een analyse van het keukentafelgesprek, dat een spil-functie heeft in de Wmo 2015. Hoewel de preadviseur het concept niet slecht vindt, is over veel aspecten onvoldoende nagedacht. Op een manier die in de verte doet denken aan de vooroorlogse armenzorg, komt de overheid letterlijk en figuurlijk achter de voordeur in de keuken kijken wat de burger nodig heeft. Die is daarbij min of meer verplicht gedetailleerde informatie over de sociale omgeving te verstrekken. Dat schuurt met de privacy en bovendien verloopt het gesprek in een setting waar gelijkwaardigheid niet is geborgd. Uit enkele sprekende voorbeelden blijkt dat in goed vertrouwen aan de overheid verstrekte informatie ook tegen de betrokkene kan worden gebruikt (*‘Anders verkoopt u toch gewoon uw sieraden?’*). De ambtenaren die de gesprekken voeren zijn daarvoor niet goed opgeleid. Als burgers de overheid aan de keukentafel niet vertrouwen, komen daar ook geen oplossingen tot stand. De keukentafel onttrekt zich aan de rechtstreekse rechtsbescherming van de Awb. Weliswaar doet zich dan op een later moment, als er een aanvraag wordt ingediend, alsnog de mogelijkheid voor van bezwaar en beroep, maar het keukentafelgesprek zou mensen kunnen ontmoedigen überhaupt nog een aanvraag in te dienen.

Rose Marie Doppegieter (DG Doppegieter Gezondheidsrecht) vraagt naar de wettelijke grondslag voor het delen van informatie met de gemeenten en verwijst naar een kritische uitspraak van het CBP hierover. Vermaat antwoordt dat de Jeugdwet niet zijn expertisegebied is. Bij de Wmo moet de burger zelf de informatie verschaffen die redelijkerwijs nodig is om de wet te kunnen uitvoeren, en dat gaat redelijk ver. Op een vraag van Aart Hendriks hoe het dan wel moet, antwoordt Vermaat dat hij terug wil naar het systeem van de Wmo 2007 waar het traject niet begint met een keukentafelgesprek maar met een aanvraag. Op die aanvraag komt dan hopelijk een goed besluit – en anders kan de burger in bezwaar.

4. *Emke Plomp: De introductie van ziekenhuizen met winstoogmerk?*

Plomp bespreekt de worsteling van de wetgever met de vraag of het zorgstelsel winstuitkering moet toestaan. Er zijn kansen, zoals meer mogelijkheden voor instellingen om kapitaal aan te trekken, maar ook risico's, zoals strategisch gedrag van aandeelhouders. De risico's hebben geleid tot een wetsvoorstel dat zo stringente voorwaarden stelt dat het de vraag is of private investeerders überhaupt nog wel geïnteresseerd zullen zijn. Ironisch genoeg kan juist dat soort 'low trust'-wetgeving leiden tot berekenend gedrag gericht op eigenbelang. Plomp stelt voor het tij te keren door een hernieuwde aandacht voor het privaatrecht waardoor de redelijke mens weer centraal komt te staan: de juridische maatman in plaats van de calculerende homo economicus. De open normen van het privaatrecht vormen dan de basis voor een billijke afweging van belangen waarbij rekening wordt gehouden met de omstandigheden van het geval. Vooral het ondernemingsrecht kan een nuttige aanvulling bieden. Onder verwijzing naar de uitspraken van de Ondernemingskamer en de Hoge Raad² in de Fortis-zaak betoogt de preadviseur dat verdedigbaar is dat in ieder geval op bestuurders van systeemziekenhuizen een bijzondere zorgplicht rust die een grotere mate van zorgvuldigheid vereist ten aanzien van de belangen van patiënten en het publiek. Omdat het privaatrecht niet alles kan oplossen, pleit de preadviseur voor flankerende publiekrechtelijke wetgeving voor systeemziekenhuizen, waarbij deze ziekenhuizen

2 HR 6 december 2013, ECLI:NL:HR:2013:1586/ECLI:NL:PHR:2013:172.

voor wat betreft de financiële stabiliteit worden onderworpen aan een verzwaard wetgevingsregime. De NZa moet daar dan op toezien.

Cathy van Beek (Radboudumc, oud-NZa) merkt op dat de term ‘systeemziekenhuis’ bezwaarlijk is vanwege de suggestie dat zo een ziekenhuis steun verdient. Dat neemt volgens Plomp niet weg dat de term juist nut heeft in het debat om duidelijk te maken dat bij deze ziekenhuizen extra waarborgen nodig zijn om te voorkomen dat zij hun positie kunnen gebruiken om de samenleving te laten opdraaien voor onverantwoord beleid. Martin Gelpke (Van der Feltz) wil weten wat de criteria voor het aanwijzen van een systeemziekenhuis zijn en hoe het verzwaarde regime eruit moet zien. Volgens Plomp zijn systeemziekenhuizen instellingen die zodanig groot of belangrijk zijn, dat een faillissement ertoe zou leiden dat de beschikbaarheid, toegankelijkheid of kwaliteit van de zorg in een regio of op een bepaald gebied niet langer kan worden gegarandeerd. Een voorbeeld voor de oncologische zorg is het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Het verzwaard regime zou met name bestaan uit eisen op financieel gebied.

5. *Tessa van den Ende: Zorgfraude: van handhaving en hoe systemen hun eigen ongelukken genereren*

Van den Ende bespreekt hoe de afgelopen decennia is omgegaan met overtreding van declaratieregels. Anders dan de WTG maakte de Wmg in het nieuwe stelsel van de toezichthouder een tijger met echte tanden. De NZa heeft een bestuursrechtelijk handhavingskader en kan aanwijzingen geven, een last onder dwangsom geven en boetes uitdelen. Daarbij wordt geen verschil gemaakt tussen fraude of onjuiste declaraties. Dat is moeilijk te begrijpen, want op het gebied van de regelgeving is de afgelopen jaren veel veranderd met als resultaat een zeer complex systeem. Alleen al het bestaan van de zogenaamde ‘verboden/toegestaan-lijst’ bevestigt de ongelukken van het systeem: zestig voorbeelden van onzekerheid. Bij boeteoplegging wordt ten onrechte niet getoetst of sprake is van verwijtbaar of laakbaar gedrag. Aan de hand van praktijkvoorbeelden betoogt Van den Ende dat de NZa het handhavingskader onbeheerst en tamelijk grillig inzet. Voor de toekomst bepleit Van den Ende dat het (zoals eerder onder de WTG) makkelijker wordt om, in het belang van de patiënt, zolang er nog geen prestatiebeschrijving is, afwijkende afspraken te maken tussen aanbieder en verzekeraar. Boetes zouden alleen maar aan de orde moeten zijn wanneer sprake is van laakbaar of verwijtbaar gedrag. Zo niet, dan is het onjuist declareren en dan moet dat worden geredresseerd door te bezien of vervangende legitieme titels mogelijk zijn, eventueel gevolgd door restitutie van het daarna nog resterende te veel betaalde.

Marjolein Snep (Zorginstituut) vraagt om verheldering van de opmerking dat ook zorgverzekeraars gebruik maken van het handhavingskader – daartoe zijn zij immers niet bevoegd. Volgens Van den Ende hebben verzekeraars die bevoegdheid inderdaad niet, maar dreigen zij wel met een melding bij de NZa om zorgaanbieders te dwingen de uitkomst van een materiële controle te accepteren. Zo ‘liften zij mee’ op het instrumentarium.

Paneldiscussie

De paneldiscussie wordt voorgezeten door Jaap Sijmons (Universiteit Utrecht, Nysingh). Hij opent met een reflectie op het thema ‘Stelsel in ontwikkeling’. Sijmons wijst er allereerst op dat het stelsel in zijn (krap) tienjarig bestaan al twee keer is geëvalueerd. Er waren talloze adviezen. Daaruit blijkt wel hoe weerbarstig de werkelijkheid is. In een poging die werkelijkheid te temmen neemt de minister haar toevlucht tot convenanten met koepels. Achterliggende gedachte: het is niet genoeg alleen de structuur te veranderen, men moet ook zorgen voor commitment van de spelers. Onder het motto ‘van systemen naar mensen’ probeert de politiek via e-health en self-management ook de patiënt te mobiliseren. Dat heet dan nuldelijns zorg. Sijmons vraagt de leden na te gaan in hoeverre de grondgedachte van Porter³ ‘concurrer niet op kosten, maar op kwaliteit’ ook daadwerkelijk is gerealiseerd. Wordt er ook afgerekend op kwaliteit? Is er een onafhankelijke maatstaf? Het onlangs afgekondigde ‘Jaar van de transparantie’⁴ lijkt ook een poging de erfenis van Porter veilig te stellen.

1. *Hebben we in ons stelsel Europa voldoende geïnternaliseerd?*

Als we in Europa een interne markt hebben, zo vraagt Ernst Hulst, dan moet het toch eigenlijk mogelijk zijn dat ik gewoon naar Frankrijk ga om mij te verzekeren of naar een Frans ziekenhuis om mij te laten behandelen? Violisten zijn al gewend hun instrument in het buitenland te verzekeren. Steyger antwoordt dat die interne markt er al is, maar dat Nederland zich volstrekt in zichzelf keert met de discussie over artikel 13 Zvw. Ook de brief ‘Kwaliteit loont’ is in dat opzicht geen verbetering. Nederland kan intern een natura-stelsel opzetten, maar voor grensoverschrijdend personenverkeer zal er een vergoeding moeten zijn, want de interne inrichting van het stelsel mag niet afdoen aan het resultaat van de richtlijn.

Vanuit het panel komen suggesties die het wellicht toch mogelijk zouden maken om het Nederlandse stelsel te laten concorderen met de Europese regels, zoals het mechanisme van de toestemming vooraf uit de richtlijn (Rijken) of sturen via het eigen risico op grond van artikel 2.17 Besluit zorgverzekering (Sijmons). Volgens Steyger kent de richtlijn maar een beperkt aantal (uitzonderings)gevallen waarin de zorgverzekeraar toestemming vooraf mag eisen. Als een lidstaat die gevallen heel expansief gaat uitleggen, zal het Hof ingrijpen. Ook bij sturing via het eigen risico is men nog steeds op onaanvaardbare wijze de eigen markt aan het beschermen.

Naar aanleiding van een opmerking van Richard van Reekum (jurist en psycholoog) over de situatie in Duitsland met haar *Krankenkassen* waar ook wordt geklaagd over hoge kosten, bespreekt het panel de wenselijkheid van terugkeer naar het ziekenfonds. Rijken merkt op dat dat een enorme inspanning zou vergen, maar dat daarmee in een keer dan wel een heel aantal problemen van het Nederlandse stelsel zouden zijn opgelost, zoals de vraag

3 M. Porter & E. Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Boston: Harvard Business Review Press 2006.

4 Brief van 10 november 2014, *Kamerstukken II* 2014/15, 31765, 97.

– onlangs door de Rechtbank Zeeland-West-Brabant bevestigend beantwoord⁵ – of de private zorgverzekeraars aanbestedende diensten zijn. Steyger moet constateren het voor de verandering met Rijken eens te zijn.

2. *Is de zorgverzekeraar slechts souffleur in plaats van regisseur?*

In antwoord op een vraag van Ele Visser (Patiënten Academie) naar de balans in het stelsel, stelt Rijken dat hij graag had gezien dat de wetgever in de onderlinge positionering aanbieder-patiënt-verzekeraar duidelijke(r) keuzes had gemaakt. Bijvoorbeeld door bij de eerste lijnszorg verzekeraars te verplichten de zorg voor iedere verzekerde te vergoeden (met daarbij tariefregulering) en bij de tweedelijns zorg de verzekeraars aan zet te laten. Steyger meent dat disbalans tussen verzekeraars en aanbieders vooral een probleem is bij de kleine zorgaanbieders. Zij worden gezien als ondernemers en mogen dus niet gezamenlijk optrekken bij het maken van afspraken. De rechter heeft gezegd dat de verzekeraar niet-onderhandelbare contracten mag aanbieden. Dat brengt deze groep in een heel benarde positie.

Tessa van den Ende merkt op dat de verzekeraars die in de analyse van Rijken om de juiste instrumenten verlegen zitten, in de praktijk toch veel macht hebben. Volgens Rijken hangt dat af van wie je het vraagt. Verzekeraars ondervinden veel last met het selectief inkopen van zorg. Als verzekeraars dat op prijs gaan doen, brandt de verzekerde hen af, de verzekerde wil naar de beste zorgaanbieder. De enige manier om te selecteren is dus op kwaliteit, maar daar ontbreekt het aan eenduidige criteria. Patiënten vinden de zorgaanbieder intussen belangrijker dan de verzekeraar. Per saldo is de verzekeraar dus helemaal niet zo machtig.

Op verzoek van Margriet Verduijn (Pels Rijcken) legt Rijken nog eens uit waarom hij zich eerder zo positief uitliet over een ziekenfondsstelsel. Rijken vindt dat de wetgever het zich in Nederland moeilijk heeft gemaakt door voor een privaatrechtelijke verzekering te kiezen, want om als zorgverzekering te kwalificeren moet de verzekering vervolgens wel aan een hele reeks nauw omschreven voorwaarden voldoen. Zo niet, dan voldoen de verzekerden niet meer aan hun verzekeringsplicht en krijgt de verzekeraar geen vereveningsbijdrage. Ook de vraag of de verzekerde recht heeft op vergoeding van een medicijn dat niet in het verzekerde pakket zit, waar de Hoge Raad in een recent arrest mee worstelde, had bestuursrechtelijk heel makkelijk kunnen worden opgelost. Het pleidooi voor een ziekenfondsstelsel is kortom: als iets er uitziet, voelt en ruikt als bestuursrecht, laat het dan ook bestuursrecht zijn.

3. *De keukentafel als flexplek voor de gemeentelijke inquisitie?*

Melita van der Mersch (Pels Rijcken) merkt in haar eigen praktijk dat de gemeenten heel druk zijn met het nemen van besluiten en het behandelen van bezwaarschriften. Wellicht valt het toch mee met het gat in de rechtsbescherming? Vermaat antwoordt dat hij juist praktijkvoorbeelden kent waarbij op burgers wordt ingepraat om hen te laten afzien van de ondersteuning waar ze misschien wel recht op hebben. Rotterdam zegt: *'In deze gemeente*

5 Zoals ook door de preadviseur werd opgemerkt is deze uitspraak in hoger beroep gedeeltelijk vernietigd, zie Hof 's-Hertogenbosch 12 mei 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1697.

is het heel normaal dat je je huishoudelijke hulp zelf regelt. Als u het daar niet mee eens bent dan verklaren wij uw bezwaar nu reeds niet-ontvankelijk. In Utrecht gaat het zo: 'U kreeg zeven uur huishoudelijke hulp, maar alles is ontzettend veel duurder geworden, daar heeft u toch begrip voor?' Burger: 'Ja daar heb ik begrip voor'. Gemeente: 'Ok, dan krijgt u voortaan dus nog maar twee uur.' Als je dan niet weet dat je een besluit hebt, of dat je een besluit kunt uitlokken, is de rechtsbescherming een probleem.

Ernst Hulst kan zich voorstellen dat de rechtsbescherming bij keukentafelgesprekken uiteindelijk gaat groeien wanneer net als elders in de zorg protocollen en richtlijnen ontstaan. Volgens Vermaat blijkt uit onderzoek van Hans Bosselaar (VU)⁶ dat het grote manco van de keukentafelgesprekken is dat ze worden gevoerd door non-professionals. Wil het systeem ooit werken, dan moet het zorgen voor hoogopgeleide mensen die 'nee' durven te zeggen tegen de manager die over het geld gaat. Anders gaat in de 20% moeilijke gevallen het keukentafelgesprek de mist in.

Klaas Meersma (AKD) ziet het idee van maatwerk toch eerder bij een keukentafelgesprek komen dan bij een gebureaucratiseerde geprotocoliseerde aanvraagprocedure. Volgens Vermaat is 'maatwerk' een verneukeratief begrip. Maatwerk voor de burger, een oplossing voor *jouw* probleem, is wat anders dan maatwerk voor de gemeente, namelijk: ik heb X aantal burgers, Y aantal problemen en Z hoeveelheid geld. Meersma vraagt of Vermaats bezwaar dan niet eerder de taakstelling in plaats van het keukentafelgesprek betreft. Vermaat zegt van niet. Hij heeft bezwaar tegen het middel, omdat het in beginsel ongelijkwaardig is. Wat dreigt is machtsmisbruik met een kleine 'm'. Aan het eind van het keukentafelgesprek ligt er geen briefje met de tekst '*dit hebben we besloten en als u het er niet mee eens bent kunt u in bezwaar*', maar een briefje: '*dit hebben we besloten en wilt u tekenen voor gezien of akkoord*.' Dat is het probleem.

4. *Rehabilitatie van de juridische maatman*

Klaas Meersma vond het een mooie gedachte van Plomp om weer meer gebruik te maken van de open normen van het privaatrecht. De suggestie om bij systeemziekenhuizen de NZa beter te laten letten op de solvabiliteit kon hij daarmee minder goed rijmen. Ligt het niet veel meer voor de hand die taak ook meer bij de zorgverzekeraars neer te leggen, die een zorgplicht hebben en dus de plicht om hun verzekerden te voorzien van voldoende zorg? Plomp is het daarmee eens maar vreest dat de verzekeraars onvoldoende in staat zijn om die taak goed waar te maken. Zij heeft niet alleen solvabiliteitseisen maar meer uitgebreide waarborgen voor de financiële stabiliteit van systeemziekenhuizen voor ogen. Daarin moet een bepaalde expertise worden verworven en dat is waarschijnlijk gemakkelijker voor de toezichthouder. Simons merkt dat zorgverzekeraars, door de verplichting een early warning op te nemen in de zorgcontracten, nu al proberen meer zicht te krijgen op de financiële positie van de aanbieder.

Richard van Reekum weet dat artsen vaak moeite hebben met winst uitkeren in de zorg. Zij zeggen: 'je moet de zorg niet commercialiseren'. Plomp antwoordt dat artsen die dat

6 Zie Bosselaars bijdrage op www.socialevraagstukken.nl/site/2013/09/16/dialogo-aan-de-keukentafel-kan-dat-wel/. Verdere literatuurverwijzingen aldaar.

Mr. S.E. Garvelink

zeggen – met alle respect – een beetje boter op hun hoofd hebben. Voor artsen bestaan volop mogelijkheden meer inkomen te genereren door meer te produceren. Waarom zou winstuitkering onder stringente voorwaarden voor instellingen minder toelaatbaar zijn – zeker als zij anders geen financiering kunnen krijgen?

Martijn Peeters (NZa) vraagt of investeerders door de vele voorwaarden in het wetsvoorstel überhaupt nog wel ‘willen’. Plomp vindt de vraag terecht want uit statistiek blijkt dat ondanks toenemende fusies en overnames in de zorg, private equity-partijen al relatief minder in de zorg zijn gaan investeren. Er zal waarschijnlijk nog wel interesse zijn, maar rendement, risico en zeggenschap zijn communicerende vaten. Investeerders zullen eisen dat beperking van de ene factor wordt gecompenseerd in de andere twee. Dat is iets wat de politiek zich beter moet realiseren.

5. *Het systeem oogst de fraude die het zaait*

Tim Zee (NZa) herkent zich niet in het beeld van de NZa dat Van den Ende neerzet. Als bij de NZa een signaal binnenkomt, kijkt de NZa wel degelijk naar de verwijtbaarheid en of het signaal voldoende concreet is om van een misstand te kunnen spreken. Gaande het onderzoek wordt echter vaak pas duidelijk hoe erg het is. Van den Ende antwoordt dat aan de inval bij het Ommelander ziekenhuis slechts één e-mail van een AIOS voorafging waarin werd geopperd dat het ziekenhuis voor iedere zere vinger een DBC opende. Vraag is dan: moet je daarvoor invallen? Een heldere lijn ontbreekt, aanbieders kunnen het beleid van de NZa niet goed lezen. Zee stelt dat de Ommelander zaak juist een voorbeeld was van geslaagde besluitvorming, omdat de NZa duidelijk heeft kunnen maken dat bestuurders verantwoordelijkheid dragen voor declaraties van specialisten. Van den Ende begrijpt niet waarom dan geen boete is opgelegd aan de medisch specialisten.

Rijken wijst erop dat toch in de Awb al staat dat boetes alleen moeten worden opgelegd in geval van verwijtbaarheid. Van den Ende antwoordt dat in de Wmg alle overtredingen verwijtbaar zijn en dat de boete nu wordt gekoppeld aan het niet-registreren. Cathy van Beek (oud-NZa, nu Radboudumc) merkt op dat als de NZa voor een inval gaat bellen, er geheid dingen gaan verdwijnen. Van den Ende denkt niet dat als de NZa opbelt en vraagt: ‘Joh, hoe zit dat?’ er meteen zaken gaan verdwijnen.

Presentatie Cathy van Beek ‘Tien jaar Wmg: de patiënt deed niet mee’

In haar afsluitende rede ‘Tien jaar Wmg: de patiënt deed niet mee’ kiest Cathy van Beek het perspectief van de patiënt. Met het nieuwe stelsel werd gestreefd naar een systeem waarin patiënten konden kiezen voor de beste dokter zonder zich daarbij door kosten te laten beperken. Artsen zouden concurreren op kwaliteit. Van Beek geloofde daar destijds heilig in, maar moet constateren dat er niet zo veel van terecht is gekomen. Die conclusie trekt zij door de drie markten van de zorgdriehoek ‘na te pluizen’ op de elementen keuze, kosten en kwaliteit. Op de zorgverleningsmarkt heeft het Radboudumc de knuppel in het hoenderhok gegooid door voor oncologie de sterfte- en complicatiecijfers te publiceren. Dat heeft echter alleen zin als andere ziekenhuizen het ook doen, want zonder vergelijking kan de patiënt hier niets mee. Van Beek merkt ook op dat op meso- en macroniveau de rol van de

NPCF onduidelijk is. De zorgverzekeringsmarkt is voor consumenten ondoorzichtig. Het enige initiatief waarbij de patiënt echt meedeed, Anno 12, is er niet in geslaagd een plek op de markt te veroveren. Op de zorginkoopmarkt is Van Beeks ervaring dat er op bestuurlijk niveau wel goede gesprekken zijn over het verbeteren van de kwaliteit, maar dat daarna de onderhandelaars binnenkomen die zich enkel interesseren voor het bedrag onder de streep.

Wanneer Van Beek aan het slot van de lezing aan de zaal vraagt wie het ermee eens is dat de patiënt niet meedeed, gaat het grootste deel van de aanwezigen staan. In de discussie gaat het over de vraag hoe dit komt. Joris Rijken wijst erop dat uit openbaar toegankelijke cijfers van de NVOG blijkt dat de ene IVF-kliniek veel beter is dan de andere, maar gek genoeg lijken mensen die IVF willen niets met die informatie te doen. Jaap Sijmons werpt de vraag op of het erg is dat de patiënt is weggebleven op het feestje – het nieuwe stelsel – dat te zijner ere is gehouden. Mogelijk voorziet het stelsel in een rol voor de patiënt die deze niet wenst te spelen.

Na een dankwoord van de voorzitter wordt de vergadering gesloten.