

Ze kunnen lullen wat ze willen, maar we gaan geen zorggeld aan bejaarden meer verspillen.

“Jeetje, man, waar haal je dat nou weer vandaan?”

“Nou, zet de keu maar even aan de kant. Ik ben net terug van de jaarlijkse check up bij de huisarts.”

“Oké, maar die kraamde toch niet zo’n ongenueanceerde quote uit.”

“Luister, Hendrik.”

En Jeetje vertelde wat hem bij de huisarts was overkomen. Dat ie uit de wachtkamer was opgehaald, binnen was genodigd, een stoel aangeboden had gekregen en was ontvangen met: *‘Wat komt u doen?’*

Wat ie kwam doen?? Dat had ie toch bij de digitale aanvraag van het consult puntsgewijs aangegeven. Hij kwam voor de gebruikelijke jaarlijkse controle, om de belofte aan de keuringsarts CBR na te komen, namelijk om afspraak te maken met de huisarts in verband met de hoge bloeddruk die bij de keuring was geconstateerd en om de wilsverklaring te bevestigen. Omdat het om meer dan één ding ging, had hij, zoals gevraagd op de site, voor een dubbel consult gekozen.

Een check up op zijn leeftijd? Er werd altijd wel iets gevonden. Als ie klachten kreeg meldde hij zich toch wel. Klaar check up. Over de bloeddruk hoefde hij zich als 85jarige geen zorgen te maken. De wilsverklaring werd niet opnieuw besproken. Wel zou de dokter in het dossier vermelden dat de verklaring weer ter sprake was gebracht.

“Tja, na nog geen vijf minuten kon ik mijn loopfietsje pakken, afscheid nemen en de deur van de spreekkamer aan de andere kant weer achter me dichttrekken.”

De twee waren aan de praattafel gaan zitten en Hendrik vroeg zich af: “Volgende week mag ik, benieuwd hoe het mij vergaat. Ik ben nog geen vijftientig. Dat scheelt misschien.

“Ja, wellicht is daar wel de grens getrokken.”

Vijftientigplussers maakten kennelijk de zorg zo langzamerhand onbetaalbaar. De vergrijzing, zoals overal werd beweerd, kon toch niet de oorzaak zijn, want in die categorie werd het aantal steeds kleiner, terwijl in de aanloop er naartoe het aantal kaalhoofdigen alleen maar leek toe te nemen.

In de eerstelijnszorg kon dit toch niet de nieuwe policy zijn? Maakten bejaarden inderdaad de zorg onbetaalbaar? Zeventig-, tachtig en oudere plussers kwamen voor bevolkingsonderzoeken van bijvoorbeeld de darmen al niet meer in aanmerking. Bij hen vonden geen standaardendoscopieën meer plaats. Zouden in navolging daarvan ook andere jaarlijkse gezondheidscontroles worden afgeschaft, zodat er geen verwijzingen naar de tweedelijnszorg als urologen, internisten, radiologen, orthopeden, cardiologen en wat dies meer zij automatisch in de pijplijn zaten?

“Als wij bejaarden het financieringsprobleem in de zorg zijn, Jeetje, dan is er toch een voor de hand liggende oplossing”

“Vertel, Hendrik.”

Ze bestelden eerst nog een kopje koffie, lieten de keu en de ballen nog even met rust, waarna Hendrik zijn verrassende en even geniale als simpele ingeving met Jeetje deelde. In navolging van de pensioengerechtigde leeftijd stelde Hendrik een euthanasiegerechtigde leeftijd voor. Vijftientigjarigen konden bij het bereiken van die leeftijd vrijwillig een beroep doen op de levensbeëindigingswet. Het huidige tijdsgewricht in aanmerking genomen, zou

naar model van de pensioengerechtigde leeftijd een indexering in de nieuwe wet kunnen worden opgenomen. Jongeren dan vijftig bleven aangewezen op de huidige euthanasiewet. Zo haalde je de angel uit de heilloze discussie over de onbetaalbaarheid van de zorg als gevolg van de vergrijzing.

Hendrik kon prachtig lullen. Maar wat te denken van vijftigplussers die geen gebruik wensten te maken van het aanbod soepel uit te treden? Werden dat geen zelfzuchtige eigenheimers gevonden? Liepen die niet het gevaar paria's te worden? Werd hen, populistisch gedacht, niet de toegang tot de zorg in morele zin moeilijk gemaakt, zo niet onmogelijk? Zouden er in navolging van demonstrerenden voor abortusklinieken, geen 'Jan Hagel' zorgwachters bij huisartsenpraktijken en ziekenhuizen post vatten, die hen de toegang wilden bemoeilijken? Kreeg je burgerwachters die artsen op weg naar huisbezoeken bij vijftigplussers, gingen achtervolgen?

Kijk, materiële uitvoeringsschaken en -ogen konden wel overwonnen worden, maar morele? Hoe moest je die onder ogen zien en kon je die voorkomen, laat staan opheffen? Creëerde je geen nieuwe splijtzwam in de samenleving? Of zou de tijd het wel leren, zoals bij elke verandering? Of nog mooier, zouden zij die wel in aanmerking kwamen voor de levensbeëindigingswet, maar er geen gebruik van maakten, juist op een voetstuk worden geplaatst uit dank voor meer dan tachtig jaar lang bewezen diensten en hun bijdrage aan de ontwikkeling en opbouw van de samenleving?

"Ik zie je peinzen, Jeïntje. Bedenk wel dat vrijwillig gebruik uitgangspunt is en we in een democratie leven. Elke nieuwe wet betekent verandering waaraan we ons moeten aanpassen. Dat kost tijd en vraagt heldere communicatie over motieven, voor- en nadelen en valkuilen. Leven betekent verandering, permanente aanpassing. Verplichtende onderwerping past slechts in autocratische stelsels die fascisme in hun vaandel voeren en met uitmoorden van onwelgevalligen geen moeite hebben. Hier bij ons is sprake van vrije keuze, uitzicht en humaniteit."

Hendrik zag in dit kader ook mogelijkheden voor nieuwe dienstbare beroepen. Het Expertisecentrum Euthanasie bijvoorbeeld kon worden uitgebreid met een afdeling toegespitst op de nieuwe wet met professionals die daarvoor specifiek waren opgeleid op universitair of HBO niveau. Hendrik dacht aan artsen, specialisten HBO-V, toegepast recht en psychologie. Deze en daarmee samenhangende beroepen op ook uitvoeringsniveau, moesten worden ingebed in de eerstelijnszorg.

"Gevaarlijke theorie, Hendrik. Volgens mij zit het probleem niet in de vergrijzing. Kijk naar ons. Wij zijn geen dure klantjes. Ik leef gezond zonder medicijnen en doe nauwelijks een beroep op de zorg. Afkloppen. Dat geldt voor jou ook. Het zit ergens anders."

Dat klopte. Alle twee konden ze uit ervaring spreken.

Neem het laatste consult van Hendrik bij de proctoloog.

Hendrik had klachten van proctologische aard. Simpel gezegd: hij had last van aambeien. Hij kwam er achter dat er twee behandelmethoden voor bestaan. De reguliere aanpak in ziekenhuizen met elastiekjes. Die worden strak om de hemorroïden, de aambeien, getrokken. Die elastiekjes blijven een tijdje zitten, waarna het afgeknepen deel met een zuigmondje wordt verwijderd. Bij deze methode moet de patiënt er wel even aan wennen dat er tijdelijk letterlijk iets anders aan zijn kont blijft hangen dan geluk. Er bestaat een andere methode die voornamelijk wordt uitgevoerd in particuliere klinieken. In het gevoelloze perifere deel van de aambeien wordt een spuit gezet, waardoor die meteen als een plumpudding in elkaar zakt. Zonder dat de patiënt het merkt, verschrompelt de hemorroïde.

Hendrik had gekozen voor die methode. Hij hoefde zich niet te bukken, niet voorover te staan of plat op zijn buik te liggen. Hij kon plaats nemen in een soort gynaecologische stoel en zijn benen spreiden in de beugels. De dokter hevelde de stoel naar achteren tot de patiënt bijna op zijn kop ligt, dus aanmerkelijk verder dan bij de tandarts. Belemmerde het bloedeigen heerschap van groot geschapen heren de vrije toegang tot de uitgang, dan maakte de proctoloog de opus area vrij door de stoel nog iets verder achterover te hellen. Door de zwaartekracht vlijde het aanhangsel zich vanzelf tegen de onderbuik. De dokter ging zitten, zocht de pijnloze plek en zette de prik. Zonder ook maar iets gevoeld te hebben werd de patiënt teruggebracht in zittende houding. Uit de stoel stappen met de onderbroek nog op de enkels, was lastig. Advies was dan ook om die eerst wat omhoog te halen, zodat je met nog slechts de pantalon op je schoenen weer enigszins wijdbeens kon gaan staan, de broek omhoog kon halen en uit de stoel kon stappen om je verder aan te kleden. Slip goed aan, hemd erin, overhemd in de broek, gulp dicht, riem aansnoeren en het kunstje was weer geflikt voor €90,- Drie keer per jaar enkele prikjes met als prettige bijvangst: aambeien föhnen was een tijdlang niet meer aan de orde. Ander bijkomend voordeel van deze aanpak was dat mannen ook enige notie kregen van hoe vrouwen het liggen in dit soort stoelen ervaren. "Menen ze ook daar over mee te kunnen praten," kwam Jeïntje er zo maar even tussen. Hendrik vertelde onverstaanbaar verder dat zo'n medische behandeling een paar cent mocht kosten. Het tarief van negentig euro was voor een specialist die solo werkte en nauwelijks bureau- of andere kosten had, geen fooi, maar ook niet exorbitant hoog voor zorg in de tweede lijn. Dat werd het wel toen bij het laatste bezoek aan de proctoloog, zich iets opzienbarends voordeed.

Na de behandeling kreeg Hendrik te horen dat de privékliniek al langer had geprobeerd haar behandelingen ook mogelijk te maken voor patiënten die voor het verhalen van de kosten waren aangewezen op de ziektekostenverzekering. Na jaren gesoebat kon de specialist verheugd meedelen dat hij het eindelijk voor elkaar had met zorgverzekeringen.

"Ze vergoeden de consulten, zodat mijn kliniek nu toegankelijk is voor iedereen."

"Oké, proficiat. Ik kan dus vanaf nu gewoon declareren bij de zorgverzekeraar?"

"Nee, de betaling loopt in het vervolg via Infomedics."

"Prima toch, helder."

Nou ja, er was wel een complicerende factor. De specialist had lang moeten onderhandelen om de DBC vastgesteld te krijgen. Die letters stonden voor Diagnose Behandeling Combinatie, alles in één. Dat betekende een tarief voor drie maanden waarin zowel de diagnose als de behandeling was verwerkt. Wilde Hendrik dus voor de volgende afspraak gebruik maken van de DBC die de arts zojuist had geopend, dan moest hij een nieuwe afspraak maken binnen die termijn, anders moest er weer een nieuwe DBC worden geopend.

"Dat is toch niet zo'n punt?"

"Op zich niet nee, maar in uw geval zullen we dan bij elke nieuwe halfjaarlijkse afspraak een nieuwe DBC moeten openen."

"Oké, elk half jaar een consult betekent dus twee DBC's per jaar, prima toch."

"Nou, het tarief dat je tot nu betaalde, was €90,- per consult. Deze DBC is vastgesteld op €1343,20"

"Hè..???"

Hendrik rekende even snel.

Vijftien keer over de kop gegaan: 1500 %!!

"Zo, knap onderhandeld," merkte Jeïntje onderkoeld op.

Het kon toch niet waar zijn dat zorgverzekeraars zich zo in de luren lieten leggen, zo onbekommerd omsprongen met gemeenschapsgeld.

Het wás waar. Het was echt. Hendrik vernam het uit de eerste hand.

Jeîntje stond perplex en greep van de weeromstuit zijn keu. Zou het bij het vaststellen van duizenden andere diagnoses en behandelingen in de tweede en derde lijn door het hele land, ook zo gaan? Als dat zo was, dan kostte de invoering van de Diagnose Behandeling Combinatie jaarlijks miljarden meer dan voordien. Daar kon geen vergrijzing tegenop. Dit kon je toch wel betitelen als faliekant uit de klauwen gelopen.

“Ja, hou je maar vast aan de keu, want het hoogtepunt komt nog.”

“Toen de ongelooflijke boodschap enigszins tot me was doorgedrongen, stelde ik voor gewoon €90 te blijven betalen. Met zijn vuisten tegen elkaar strekte de arme specialist zijn armen naar me uit alsof hem de handboeien konden worden aangedaan. Hij zei: *‘Dan pleeg ik een economisch delict.’*”

Het is maar hoe je het definieert, dacht Jeîntje. Het laakbare wordt gelegaliseerd en het correcte tot misdaad verklaard.

Er kwam nog een onthulling.

“Met úw zorgverzekeraar heb ik geen honderd procent dekkend contract kunnen afsluiten. Daar mag u natuurlijk niet de dupe van worden. Daarom treedt voor u na afhandeling door uw verzekering, *‘de instructie verloop facturatie’* in werking. Dat betekent dat mijn kliniek u, na ontvangst van de afrekeningspecificatie, het niet vergoede deel kwijtscheldt.”

Service van de zaak indien er sprake is van krenterige zorgverzekeraars, schoot het door Hendriks brein. Voor hem was de boot aan. Hij haalde de portemonnee uit zijn broekzak en legde een briefje van honderd euro op tafel.

“Hier kunnen we niet aan meewerken, dokter. De fooi mag u houden.”

Ze namen afscheid en Hendrik vertrok.

In de lift naar de begane grond vroeg hij zich af wat de DBC voor een elastiekje zou zijn?

Een verbouwereerde Jeîntje, reikte Hendrik zijn keu aan.

“Ik zal je zo meteen mijn ervaring met DBC vergoedingen vertellen. We gaan eerst een potje biljarten.”

“Nee, man, eerst jouw ervaring en Hendrik bestelde twee fluitjes.

Hoe de DBC systematiek werkt in de praktijk van alle dag, had ook Jeîntje ondervonden. Was het nou toeval dat uitgerekend deze twee vrienden iets opmerkelijks hadden meegemaakt met zorgkosten? Speelde dit niet landelijk en werden er dus niet miljoenen Nederlanders mee geconfronteerd? Wel, na invoering van de DBC bekostiging ontving de patiënt niet meer automatisch de rekening. Die ging rechtstreeks naar de zorgverzekeraar waarbij de medisch dienstverlener een contract had afgesloten. De patiënt kon wel bij de zorgverzekeraar de nota opvragen. Dat gebeurde nauwelijks; te omslachtig; kon als wantrouwen worden opgevat. Prima geregeld zo, lekker zorgeloos, geen controle meer nodig, mooi overlaten aan de tweedelijnszorg en de verzekering.

Toevallig kreeg Jeîntje wel een keer inzage in declaraties.

Tijdens een skivakantie stapte hij uit de lift en bleef haken achter de sluiting van de skischoenen van de buur waarmee hij uit de lift stapte. De gevolgen waren niet gering: menisci, kapsels en kniebanden in zijn linkerknie beschadigd en de voorste kruisband afgescheurd. Teruggekeerd in Nederland meldde hij zich bij zijn eigen ziekenhuis, gestabiliseerd, voorzien van een brace, röntgenfoto's en de diagnose uit het skioord.

Allereerst werd het 'zorgpad' geopend en de DBC vastgesteld. Om voor het ziekenhuis geen financiële risico's te lopen had de administratie begrijpelijk voor een zo omvangrijk mogelijke DBC gekozen; alles erop en eraan om de vergoeding van eventuele onvoorziene complicaties en kosten niet mis te lopen. Een operatie bleek noodzakelijk.

Omdat Jeïntje voelde dat er in zijn knie meer aan de hand was dan de diagnose deed vermoeden, drong hij aan op een MRI-scan alvorens te opereren. Dat werd niet wenselijk geacht mede gezien de lange wachttijd daarvoor. Jeïntje nam de regie in eigen handen en regelde een afspraak bij Prescan voor de andere dag, vlak over de grens in Duitsland. Zijn voor gevoel bleek te kloppen: in de knieschijf zat ook een breuk. Een operatie uitvoeren zonder daarvan op de hoogte te zijn, kon desastreus uitpakken.

Getooid met een dvd-video, verslag van de uitslag, rapportage en aanbeveling, meldde hij zich een dag later opnieuw bij het ziekenhuis in zijn woonplaats. Verbaasd over de snelle scan en gealarmeerd door de rapportage en aanbeveling, werd een aangepaste operatie ingepland. Die verliep voorspoedig waarna Jeïntje toevallig de rekening onder ogen kreeg van het ziekenhuis. Daarop stonden kosten gedeclareerd voor niet plaatsgevonden laboratoriumonderzoek en MRI-scan ten bedrage van circa €1000,- Navraag bij de ziekteverzekering leerde dat de niet gemaakte kosten onderdeel waren van de DBC en conform het bekostigingssysteem aan het ziekenhuis waren uitbetaald. Een en ander was inherent aan de bekostigingssystematiek van de Zorgverzekeringswet anno 2006. Omdat Jeïntje van mening was dat hem de vergoeding van de MRI-kosten toe kwam en hij nogal aandrung, kreeg hij uit coulance de Prescankosten vergoed. De verzekering betaalde dus gewoon twee keer.

De twee vrienden bestelden met een gerust hart een tweede biertje in de wetenschap dat in de kroeg niet dubbel werd gerekend. Dan zou voor velen een pilsje nagenoeg net zo onbetaalbaar worden als de zorg in Nederland. Bezoekers van een terras of café, wisten dat de consumptieprijzen in Nederland er niet om logen, maar ze waren wel helder inzichtelijk. Weenigen echter wisten dat declaraties in de tweedelijnszorg voor patiënten automatisch onzichtbaar blijven, tenzij ze om inzage verzoeken.

Dagblad Tubantia van 12 januari 2026 bracht een bericht in de openbaarheid over zorgbureau's en persoonsgebonden budgetten, dat er niet om loog. Rechter M. Verhoeven deed bij zijn afscheid een boekje open over de jaarlijkse schade door faillissementsfraude bij zorgbureau's: 10 tot 14 miljard. Nul eisen om zo'n bureau te beginnen. Hoezeer dat bericht de bekostiging van de zorg ook raakte, de maanden erna is er niets meer van vernomen, ook al kun je met die tien tot vijftien miljard bijvoorbeeld het afschaffen van het eigen risico financieren. Hoe het in België zit met zorgdeclaraties?

Jeïntje kwam in Gent met de fiets terecht in tramrails. De val had tot gevolg dat hij voor onderzoek naar het ziekenhuis moest. Het nachtelijk vervoer per Ambulance door Life Care voor een spoedopname AZ Sint Lucas Ziekenhuis in Gent kostte in 2024 heen en terug totaal €67,53. Het onderzoek en de behandeling geschiedde door twee artsen onder leiding van dokter in de geneeskunde Dr. Veronique Devriendt, enkele verpleegkundigen en een radiologe met assistenten. Jeïntje kreeg pijnstillers toegediend, waarna een zorgvuldig onderzoek met röntgenfoto's plaats vond. De wonden werden behandeld en verbonden en het linkerbeen gestabiliseerd. Na ongeveer twee uur kon Jeïntje met de ambulance van Life Care en voorzien van twee krukken, teruggebracht worden naar het hotel.

Toen de ziekenhuisrekening kwam van nog geen vierhonderd euro, dacht Jeïntje, gewend aan declaraties in Nederland, dat er sprake was van een vergissing of van een eerste aanbetaling. Dat was niet het geval. Hoe dat in België kan? Who knows.

De twee biljarters vroegen zich uiteraard af wanneer de BBC bekostiging was ingevoerd. Google gaf daar direct antwoord op. De zorgverzekeringswet stamde uit 2006 en werd vanwege haar fraudegevoeligheid in 2012 enigszins aangepast. Maar meer dan twintig jaar na invoering en veertien jaar na bijstelling was ze nog steeds fraudegevoelig, waardoor er jaarlijks miljarden aan de strijkstok bleven hangen. Nog steeds was het bedrieglijke karakter intact. Nog immer verdwenen miljarden euro's in verkeerde zakken. Schattingen liepen uiteen van 10 tot 15 miljard. Samen met de PGB fraudes ging het dus al gauw over zo'n 30 miljard euro per jaar.

Moesten de twee vrienden en al hun leeftijdgenoten zich nog langer schuldig voelen over de 155 miljard euro die de zorg in 2025 kostte in plaats van 125 miljard?

Hoe was het allemaal zover gekomen? Het antwoord daarop vonden de tachtigplussers in de podcast:

“Gekakel en ook eieren”. *

Wij vullen elkaar goed aan als Kakel en Orakel, ondanks het leeftijdsverschil van vijftien jaar.

Ja zeker, je kan ook zeggen: het gekakel van jou en geen eieren, vul ik als orakel aan met wijze raad en daad, zodat er wél eieren worden gelegd.

Haha, schamperen is een kunst die ik ook versta. Ben je nog steeds overtuigd van het bestaan van Sinterklaas, zoals destijds toen je dacht bij hem aan tafel te zitten, hem bijna kon aanraken en triomfantelijk in het bijzijn van de camera riep: “Sinterklaas bestaat, daar zit hij.” Je zag Joop den Uyl aan voor Sinterklaas. Het werd je mantra, je leidraad voor het leven. Hele volksstammen geloofden en volgden je. Dat groeiende electoraat belofde je voortdurend aanlokkelijke vooruitzichten. Je wist velen om je vingers te winden, mij in-clus.

Dat lukt me nu ook, vriend. We gaan de samenleving bevrijden van het ziekenfondsjuk. Het systeem van ziekenfonds en particuliere ziekteverzekering is toch niet langer houdbaar. Het leidt tot tweedeling in de zorg en ongelijke behandeling. Fondspatiënten betalen lage premies en kunnen geen aanspraak maken op ziekenhuisverpleging tweede of eerste klasse. Particuliere klinieken houden hun deuren gesloten voor fondspatiënten om budgettaire redenen. Deze worden überhaupt soms bejegend alsof het van laag allooi is, waar weinig aan is te verdienen. Dat werkt stigmatiserend en sluit mensen uit. Zo'n systeem past niet meer in een moderne, geëmancipeerde, geciviliseerde samenleving waarin iedereen gelijkwaardig is.

Gelijk heb je. Om dat voor elkaar te krijgen is er maar één voor de hand liggende weg: de markt, privatiseren. Deuren openen voor iedereen, concurrentie. Maatschappen vrij laten inspelen op behoeften, van hoog tot laag: iedereen de beste zorg. Ook Jan met de pet zal in de gaten krijgen dat voor hem het zorgwalhalla is weggelegd. Op de medicijnen zullen ze afkomen als bijen op de nectar, op heupen en knieën als door A.I. gestuurde robotscharniertjes. Maar hoe krijg je dat voor elkaar?

*fictieve podcast 2005: “Gekakel en ook eieren.”

Johan Geuzendam *Ze kunnen lullen wat ze willen, maar we gaan geen zorggeld aan bejaarden meer verspillen.*

Visie vriend. Het begint met zorgvuldige diagnose. Dat betekent het aanbieden van oneindige mogelijkheden van diagnosticeren, apparaten en disciplines. Sinterklaas bestaat inderdaad Niet één keer pakjesavond, maar elke dag. Het eerste element van de nieuwe zorgverzekeringswet is dan ook de D van diagnose. Die markt gaat voor iedereen open. Geen ziekenfondspatiëntjes meer, maar één en dezelfde ziekteverzekering voor iedereen: de basisverzekering.

Je bent van de socialisten besnuffeld. Regel er meteen ook een basisinkomen bij.

Eerst komt de visie, dan de diagnose en daarna de behandeling. Die laatste twee combineren we in één stelsel: het DBC systeem, diagnose-behandelings-combinatie. Geen verschil meer tussen ziekenfonds en particulier. Iedereen gelijk, discriminatie de zorgwereld uit. De volksgezondheid gaat zienderogen omhoog en iedereen wordt er beter van.

En ons imago als volkspartij krijgt een boost.

Je begint het te snappen. Niemand, niet van links noch van rechts kan tegen een basisverzekering zijn. De medische wereld kan uit een allesomvattend vaatje tappen: het DBC-vat. Uit de liberale koker kan een dot van een nieuwe zorgwet komen, waar links en rechts hun vingers bij kunnen aflikken. Jij, jongeman, gaat die door de parlementen loodsen.

Je bent een fantastische lulhannes. High five, leg je bolknak maar even op de asbak, kringel de rook maar in ronde wolkjes opzij en hef met mij de cognacglazen op de nieuw wet.

Knoop in je oren voor naar de media: lagere inkomensgroepen gaan gelijk behandeld worden, emancipatie en volwaardig burgerschap worden bevorderd. Belanghebbenden krijgen vanzelf wel in het snotje dat het DBC-systeem lucratief kan zijn en kansen biedt voor creatief, intelligent en vrij ondernemerschap.

Je kunt op me rekenen. Het is zaak snel te handelen en ik in het op stapel staande komende kabinet de cruciale post van financiën krijg. Dat geeft me kans om insiders al vast op het spoor van de beoogde nieuwe zorgverzekeringswet te zetten. Algemeen wordt aangenomen dat het komende kabinet geen lang leven beschoren zal zijn, waarna ik in de dan volgende regering op de post Volksgezondheid, Welzijn en Sport de klus kan klaren.

Exact, goed gezien, makker. Achter de schermen ben ik paraat en de ruggengraat voor de totstandkoming van de nieuwe zorgwet. Hou de bijdehandjes in de gaten die door krijgen dat achter de sympathieke en wervende missie 'Solidariteit en voor iedereen gelijke toegankelijkheid van de zorg', een privaat zorg- en verzekeringsstelsel schuilgaat met ongekende en voor hen ongewenste mogelijkheden.

Maak je geen zorgen. Ik sta niet gauw met de mond vol tanden en mocht dat gebeuren tijdens de debatten dan steek ik desnoods voor lopende camera's twee vingers in de keel als afleidingsmanoeuvre om te faken dat de onpasselijke interrupties en tegenwerking me in het verkeerde keelgat schieten.

Hendrik gaf Jeïntje een por. Ze wisten genoeg en stopten de podcast. Zo was in januari 2006 de Ziekenfondswet dus uitgekotst en de Zorgverzekeringswet de parlementen door de strot geduwd. Ex-ziekenfondszorgers betaalden het dubbele aan premie. Lage inkomens konden zorgtoeslag aanvragen. Voor iedereen gold eenzelfde eigen risico en de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren. Zeker voor welgestelden was dat een uitkomst.

“Het heeft toch eigenlijk nog lang geduurd voordat de fraudegevoelige wet werd aangepast.”
“Klopt, Hendrik, tussen 2006 en 2012 werd allengs duidelijk dat er trekjes in zaten gebakken die fraudegevoelige typen niet over het hoofd zagen. De beoogde helderheid van declaraties raakte groezelig verdoezeld. Wellicht geeft het laatste deel van de podcast helderheid over die periode.”

2011

Daar zitten we dan met de gebakken peren. De bijdehandjes hebben ons bij de lurven. Nu zit je toch wel met de mond vol tanden. Als we niet snel ingrijpen, gaat de zorgverzekeringswet er vijf jaar na invoering aan. Pak hem beet hangt er straks jaarlijks geen twintig miljard meer aan de strijkstok. Dat had je mooi in het systeem ingebakken, maar dreigt nu aan te branden. Wat denk je daaraan te doen?

Oké, rustig maar. We kunnen de oorzaak toetakelen aan de vergrijzing, aan hoog-, middel- en laagbejaarden, aan uitkeringstrekkers van Drees.

Nee, man zo kom je er niet mee weg. Ik maak deel uit van die leeftijdscategorie. Wellicht ben ik niet het prototype ervan, maar ik reken me wel tot één van hen die het naoorlogse Nederland er hardwerkend weer bovenop hebben geholpen. Met dergelijk gelul krijg je me nu niet aan je zij, net zo min als maatschappen en zorgverzekeraars. Het systeem moet gered worden.

Oké, oké, oké. Wat denk jij dat er gedaan kan worden?

Ligt voor de hand, klojo. Het DBC systeem is toe aan doorontwikkeling. Door...ontwikkeling. Niet op de schroothoop, in stand houden. Als gevolg van voortschrijdend inzicht: doorontwikkelen.

Chapeau, kerel, doorontwikkeling, je zegt het fantastisch. Wat een to the point benaming om te behouden wat gewenst is en door te ontwikkelen wat nodig is: *DBC's op weg naar transparantie* wordt het motto voor de aan te passen wet.

Zo ken ik je weer, makker. Eén voorzetje en je bent weer bij de les. Nog sterker: we gaan de wet zo noemen. Je dient de DOT in, Dbc's Op weg naar Transparantie met de bedoeling het aantal DBC's van 30.000 fraudegevoelige, terug te brengen tot 4400 transparante.

Hoe lang mag die wet onderweg zijn, denk je?

De snelheid is natuurlijk afhankelijk van het vervoermiddel dat ingezet wordt en natuurlijk van de bestuurder. Een racer achter de stuurknuppel is een heel ander verhaal dan een wijs en bedachtzaam iemand. Medisch specialisten en zorgverzekeraars kun je niet opzadelen met 4400 haastig in elkaar

gezette, afgeraffelde zorgproducten en patiënten al helemaal niet. Wel moet onveranderd blijven dat voor ziekenhuiskosten en honoraria aparte bedragen kunnen worden gedeclareerd.

Niet onbelangrijk lijkt me ook dat de weg naar transparantie uitsluitend bereden wordt door betalingsverkeer tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.

Vanzelfsprekend, de patiënt kan altijd declaraties opvragen bij de zorgverzekeraar, maar a priori opstoppen inbouwen, werkt files en vertraging in de hand. Bovendien waarom zouden patiënten in een transparant systeem inzage willen in de gemaakte kosten. Hun belang is onbekommerd herstel en gezondheid.

Potjandikkie, dus zo was in 2012 de DOT ontstaan. Ze was anno 2026 al voor het veertiende jaar onderweg. Als zodanig kan het onderweg zijn als een verrijking worden beleefd. Het was te hopen dat ze niet dolend zonder navigatie verder zwalkte. Bereikte ze haar doel, dan kon ze DET gaan heten, **D**bc's **E**enduidig **T**ransparant.

“Ze is nog steeds onderweg,” stond Jeîntje op om zijn keu te pakken. “Weet jij waar ze inmiddels is, Hendrik?”

“Geen idee. Het is wel duidelijk dat ze niet hard gaat. Hij zal wel bereden worden door iemand in een 45 kilometer brommobiel die alleen maar op geitenpaadjes mag komen. Het is te hopen, Jeîntje, ook voor ons bejaarden, dat de DOT niet nog veel langer verder tokt. Laten we maar tien over rood gaan spelen.”