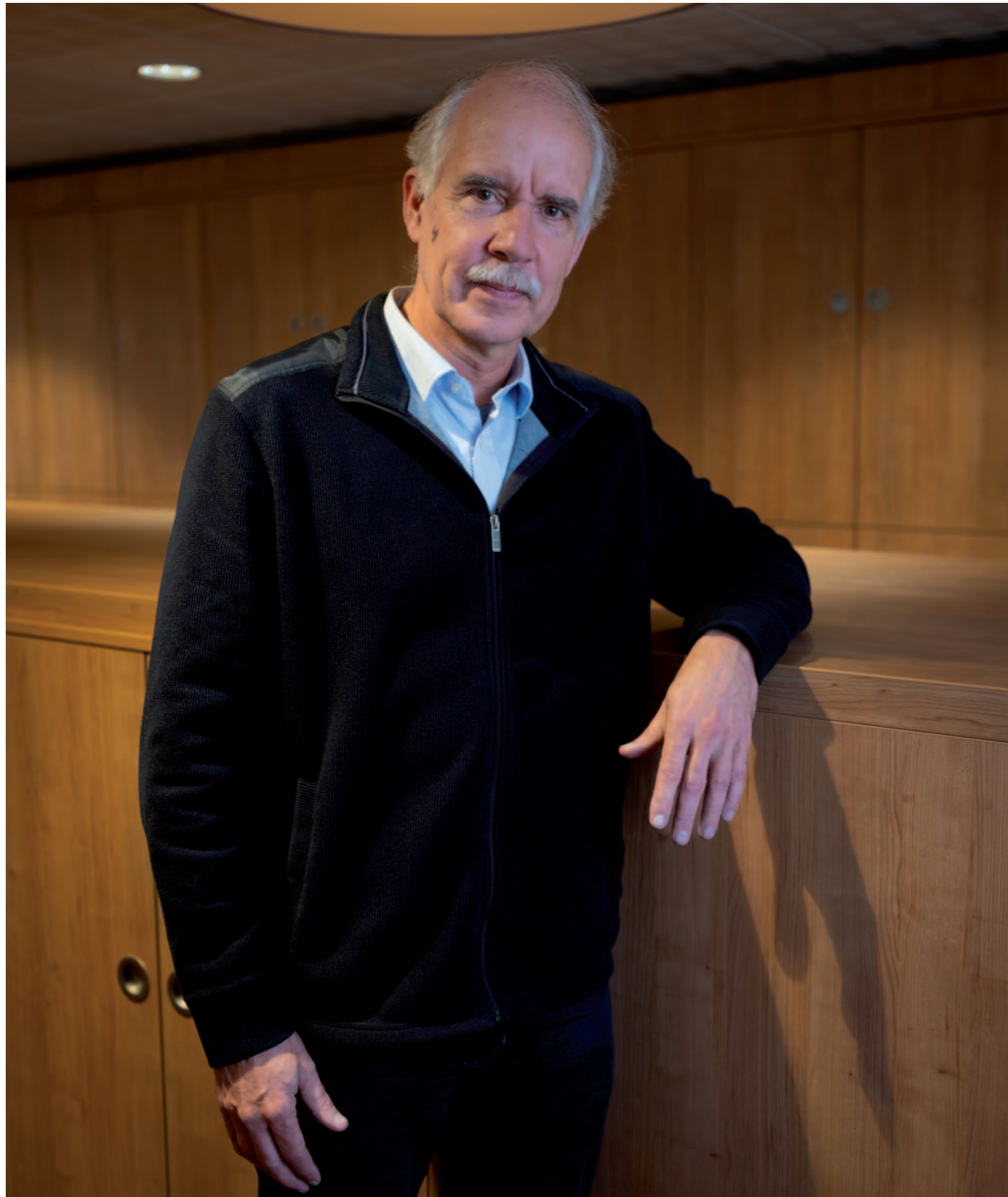




Chronisch zieken moeten aantrekkelijk worden voor verzekeraar



Zorgverzekeraars zijn succesvol in het beteugelen van de zorgkosten, stelt Erik Schut. Maar de aandacht ligt op prijs en te weinig op kwaliteit, vindt de hoogleraar gezondheidseconomie. Een nieuw vereveningsmodel dat in 2024 ingaat, kan een doorbraak betekenen.

Het interview met Erik Schut vindt plaats in de week dat de grote zorgverzekeraars hun premie voor de basisverzekering bekendmaken. De stijging valt mee. Het kabinet ging op Prinsjesdag uit van een forse plus van €12 per maand – een bedrag waar DSW, dat altijd als eerste de premie bekendmaakt, dichtbij zat. Maar de grote zorgverzekeraars houden het op €5 tot bijna €9.

Nu de premies bekend zijn, kunnen verzekerden weer aan de slag: is het slim om over te stappen naar een andere verzekeraar? Een jaarlijkse stoelendans die door critici wordt omschreven als verspilde energie en weggegooid geld. Immers, het basispakket is voor iedereen hetzelfde en verschillen in premie zijn voor een groot deel een kwestie van marketing. Het zijn vooral mensen die zelden ziek zijn voor wie overstappen loont.

Hoogleraar gezondheidseconomie Erik Schut behoort niet tot de critici van het overstapcircus. Het maakt verzekerden kostenbewust en houdt verzekeraars scherp, vindt hij. “Het proces is transparant georganiseerd. Het is voor een verzekerde makkelijk om over te stappen. En het werkt. Door de forse concurrentie tussen verzekeraars blijven de premies van de basisverzekering laag. Geen enkele verzekeraar kan zich grote prijsstijgingen permitteren, laat staan dat er serieuze winst wordt gemaakt op de premies. Dan krijgen ze iedereen over zich heen. Er zitten heel lage marges op de basisverzekering; vaak zijn ze niet eens kostendekkend en moet de reserve worden aangesproken. DSW wil dat dit jaar niet meer doen. Begrijpelijk. Op dat punt komt de bodem wel in zicht bij verzekeraars.”

De marketingkosten van de verzekeraars zijn volgens Schut verwaarloosbaar. “De overhead van zorgverzekeraars is 3%. Daar zit die marketing in. Ik vind de overheadkosten erg laag, misschien wel te laag. Moeten verzekeraars niet veel meer investeren om te onderzoeken hoe ze zorg slimmer kunnen organiseren en contracteren?”

MOETEN VERZEKERAARS NIET VEEL MEER INVESTEREN OM TE ONDERZOEKEN HOE ZE ZORG SLIMMER KUNNEN ORGANISEREN EN CONTRACTEREN?

Want daar zit Schuts belangrijkste kritiek op het huidige systeem. Wat hem betreft is de zorgverzekeringswet van 2006 een succes. Zorgverzekeraars zijn succesvol in het beteugelen van de kosten. Maar dat is maar één kant van de medaille. Bij de introductie van het nieuwe systeem was het ook de bedoeling dat door concurrentie tussen zorgverzekeraars de zorg slimmer georganiseerd zou worden. Geen overbodige behandelingen meer, geen dubbele diagnoses, de juiste zorg op de juiste plek. De aanbieders die dat het beste voor elkaar krijgt, krijgt de beste contracten en de meeste verzekerden. Dat zou nog veel meer kunnen bijdragen aan lagere zorgkosten.

“Daar zijn we nog niet. In essentie draait het nog steeds om de vergoeding per behandeling. We slagen erin om de kosten in de hand te houden, met name via de omzetplafonds die worden afgesproken. Behandeling maal prijs. Sturen op kwaliteit lukt niet erg. Er zijn initiatieven om de zorg anders in te richten, efficiënter, gericht op resultaat in plaats van aanbod. Bij de Santeonziekenhuizen en Bernhovenkliniek bijvoorbeeld. Maar dat soort initiatieven is erg gefragmenteerd. Er is geen grootschalige aanpak gericht op betere uitkomsten van zorg.”

Waarom niet?

“Het probleem is het ontbreken van goede kwaliteitsindicatoren. Wat is goede zorg en hoe meet je dat bij de zorgverleners? De zorgverzekeraars hebben daar weinig zicht op, en als ze al een idee hebben, is het moeilijk om dat in harde criteria te vangen, zonder in een bureaucratisch doolhof terecht te komen.

We zijn al jaren bezig om die indicatoren scherp te krijgen. Je moet er voorzichtig mee omgaan. Slechte indicatoren zijn schadelijker dan geen indicatoren. Je wilt risicoselectie bij aanbieders vermijden. Want dan worden makkelijke patiënten onnodig geholpen en moeilijke gevallen ten onrechte niet geholpen. Zie de jeugdzorg. Als je op iets simpels als mortaliteitscijfers gaat afrekenen, gaan zorgaanbieders de zwaarste gevallen vermijden.

Omdat het zo moeilijk is om de kwaliteit van zorg echt te meten, worden vaak structuur- en procesindicatoren gebruikt, zoals de opleiding van de zorgverlener, het toepassen van een medische richtlijn of de inrichting van de operatiekamer. Maar dat zegt niet noodzakelijk wat over de kwaliteit van de geleverde zorg.”

We zijn al bijna twee decennia met dit systeem aan het werk. Waarom komen die indicatoren zo langzaam tot stand?

“Het probleem is onderschat. En je hebt te maken met gevestigde belangen. Zorgverzekeraars willen wel, maar aanbieders zitten er vaak niet op te wachten. Ze hebben moeite met die indicatoren, al helemaal als die ook nog eens openbaar worden.

Bovendien wil je dat als je indicatoren hebt, die voor alle aanbieders en verzekeraars hetzelfde zijn. Anders moeten aanbieders en verzekeraars daar elke keer apart over gaan onderhandelen.”

Zorgverzekeraars doen ook aan risicoselectie. Ze proberen zoveel mogelijk jonge, gezonde mensen binnen te halen. Dat mag toch niet?

“Verzekeraars mogen geen verzekerden weigeren, maar selectieve marketing mag wel. En die marketing is gericht op het binnenhalen van de beste risico's: jonge, gezonde patiënten. Daar jaagt iedereen achteraan, want die leveren het meeste geld en het minste risico op.”

Het vereveningsfonds zou alle verzekerden even aantrekkelijk moeten maken. Werkt dat niet?

“Er wordt al sinds 1993 aan het vereveningssysteem gesleuteld. Dat wordt steeds verfijnder, de kosten van groepen verzekerden steeds voorspelbaarder. En de winstmarge op jonge, gezonde verzekerden wordt kleiner. Maar gezonde patiënten leveren verzekeraars nog altijd meer op dan chronisch zieken.

RECLAME MAKEN OM ONGEZONDE MENSEN ALS KIANT BINNEN TE HALEN

Als je wilt sturen op kwaliteit, moet dat juist andersom zijn. Gezonde verzekerden vragen amper zorg. Juist bij de dure zieke patiënten kun je de grootste doelmatigheidswinst behalen. Maar zolang chronisch zieken voorspelbaar verlies opleveren voor verzekeraars, zullen





zorgverzekeraars daar niet op inzetten. Het ideaalbeeld van mijn promotor Wynand van de Ven is dat verzekeraars geen reclame maken om gezonde mensen als klant binnen te halen, maar ongezonde mensen. Dáár moeten verzekeraars het geld verdienen."

Hoe los je dat dilemma op?

"Er lijkt sprake van een doorbraak. Volgend jaar wordt spannend. We gaan dan naar een nieuw vereveningsmodel: 'constrained regression'. Dat komt er per saldo op neer dat verzekeraars op chronisch zieken gemiddeld geen verlies lijden, maar juist geld kunnen verdienen. Precies wat je wilt."

Klinkt als het Ei van Columbus. Waarom nu pas?

"Constrained regression is een ingewikkeld model waarvoor je goede gegevens van patiëntengroepen moet hebben. Die zijn nu pas in voldoende mate beschikbaar. Bovendien moet worden voorkomen dat het nieuwe model voor bepaalde doelgroepen leidt tot

overcompensaties waar verzekeraars dan op kunnen inspelen. Dus het vereist van het ministerie moed om deze stap te zetten."

U verwacht veel van het model?

"Chronisch zieken verbruiken de meeste zorg. Als je daar de prikkel introduceert om de juiste zorg te bieden is er veel financiële en kwaliteitswinst te boeken. In één keer de goede indicatie, in één keer de goede therapie bij de beste zorgaanbieder. Neem de 800.000 diabetespatiënten. Daar is veel gezondheidswinst te boeken, maar het waren voor verzekeraars geen aantrekkelijke klanten. In het nieuwe model wel. Dan loont het om daar forse inspanningen voor te doen."

In hoeverre kan meer samenwerking tussen verzekeraars de kwaliteit van de zorg verbeteren zonder de concurrentiegedachte te verlaten?

"Zolang er geen sprake is van marktverdeling of prijsafspraken is er veel mogelijk. In het Zorgakkoord zijn afspraken gemaakt over standaardisering van contracten voor 'impactvolle transformaties',

bijvoorbeeld om de diverse vormen van zorg voor chronisch zieken beter op elkaar af te stemmen. Als je daar een doorbraak wilt forceren op kwaliteitsgebied, moet je kunnen afspreken dat alle verzekeraars op dezelfde manier contracteren, anders krijg je dat soort grootschalige transformaties nooit van de grond."

Marktwerking ligt onder vuur, zeker in publieke sectoren als de zorg. Is dat terecht?

"De stemming is erg anti-marktwerking. Maar de Nederlandse zorgkosten zitten onder het EU-gemiddelde. En dan zit de grootste stijging nog bij de ouderenzorg. Daar is geen sprake van concurrentie tussen zorgverzekeraars, maar van regionale zorgkantoren als publieke uitvoeringsorganen. Eigenlijk is dit een soort nationaal zorgfonds waar sommige politieke partijen voorstander van zijn. Maar of dat nu zo goed werkt? We hebben de duurste ouderenzorg ter wereld."

Als je het Nederlandse zorgverzekeringsmodel vergelijkt met dat van omliggende landen doen we het niet slecht. Ons model van gereguleerde marktwerking scoort op zowel kwaliteit als kosten beter dan Frankrijk met een nationale zorgverzekering en Duitsland met collectieve onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders."

Is verdere uitbreiding van de marktwerking, met bijvoorbeeld op winst gerichte partijen als private equity, een goed idee?

"Als je transparante prijzen hebt en goede kwaliteitsindicatoren, zijn profitorganisaties in de zorg geen probleem. Maar dat hebben we allebei nog niet. Dan is het risico dat op winst gerichte partijen bekibbelen op de kwaliteit en alleen die zorg aanbieden waar ze op kunnen verdienen. Er zijn nu nog te weinig waarborgen om die partijen toe te laten."

In de politiek gaan stemmen op om het eigen risico af te schaffen. Een goed idee?

"Nee. Juist dat eigen risico maakt verzekerden kostenbewust. Als je het eigen risico afschaft, gaat de zorgpremie omhoog. Ook voor de lage inkomens. Dus die zijn daar amper mee geholpen. Kijk naar wat er in de Wmo is gebeurd. Daar werd het eigen risico in 2019 fors verlaagd naar €19 per maand. Gevolg: veel meer gebruik, vooral door mensen die het niet nodig hadden of het zelf wel konden betalen. Extra kosten: bijna een half miljard per jaar. Nu gaan we bij de Wmo weer terug naar het oude systeem. Als we al iets aan het eigen risico willen doen in de curatieve zorg, dan ben ik voorstander van een inkomensafhankelijk eigen risico, maar dat is niet makkelijk in te voeren."

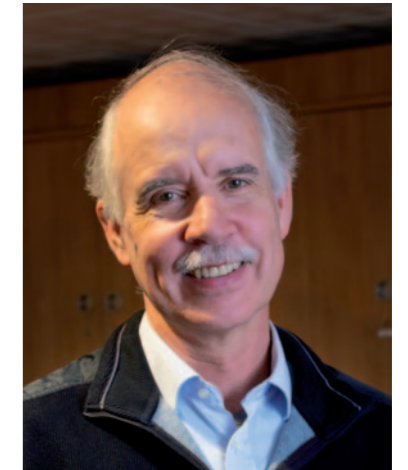
IK BEN VOORSTANDER VAN EEN INKOMENSAFHANKELIJK EIGEN RISICO

Gaan we met de nieuwe manier van verevening met meer nadruk op slimmere zorg de zorgkosten een halt toeroepen?

"De zorgkosten zullen blijven stijgen. De vergrijzing zet door, net als innovaties in de medische wereld. Het voornaamste probleem is: blijft de kostenstijging behapbaar, én de zorgverlening bemensbaar? Laten we niet doen alsof stijgende zorgkosten een nieuw probleem zijn. We vinden al sinds de jaren zeventig dat de zorgkosten de pan uit rijzen. Is dat zo? En is dat erg? Begin vorige eeuw gaven we 80% van ons inkomen uit aan voedsel en maar 3% aan zorg. Sindsdien is ons inkomen fors gestegen en nu geven we 10% aan voedsel uit en zo'n 15% aan zorg. Zolang de zorg doelmatig en passend is en onze welvaart groeit, zijn toenemende zorgkosten niet per se problematisch."

Kunnen we met preventie de kosten beperken?

"We moeten sowieso inzetten op voorkomen van gezondheidsproblemen, op een gezondere leefstijl. Als we maar niet denken dat we met preventie de zorgkosten omlaag krijgen. Mensen die langer gezond leven, verbruiken uiteindelijk vaak meer zorg. Zoals oud-minister Els Borst ooit zei. 'Ik zie maar weinig rokende, demente dikkerds om me heen'." ■



Erik Schut (1960) is hoogleraar gezondheidseconomie en -beleid aan de Erasmus Universiteit, waar hij lesgeeft en onderzoek doet naar de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Hij is academisch partner van het CPB en was lid van diverse adviescommissies (o.a. NZa, RIVM, SER en OECD) over de bekostiging van zorg en de (re)organisatie van het zorgstelsel.