



Polissen verschillen vaak niet van elkaar

De consument die zich rond de jaarwisseling verdiept in zijn zorgverzekering, kan de indruk krijgen dat er een grote keuze is. In werkelijkheid hebben de vier grote zorgverzekeraars met een groot aantal verschillende merken 85% van de markt in handen. “We maken ons niet zo zeer zorgen over de omvang van die grote partijen, maar over de beperkte keuzevrijheid voor de consument. Ruim vijftig verschillende polissen lijkt veel, maar ze verschillen vaak niet erg van elkaar.”

Karina Raaijmakers is sinds een jaar directeur toezicht en handhaving bij de Nederlandse Zorgautoriteit, de instantie die (mede) verantwoordelijk is voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse zorg. Zorgverzekeraars vervullen daarbij een spilfunctie. Door de beste zorg tegen de scherpste prijs te contracteren, moeten zij ervoor zorgen dat de Nederlandse verzekerde goede en betaalbare zorg krijgt en dat goede, efficiënte en innovatieve zorgaanbieders worden beloond voor hun prestaties.

Dat is de theorie. De praktijk is weerbarstig. Ondanks hun omvang slagen de verzekeraars er maar mondjesmaat in de hun toegedachte rol te vervullen. Daar zijn redenen voor. Kwaliteit en kosten van zorg zijn soms moeilijk te definiëren. De dekking van de basisverzekering ligt vast. Uitsluiting van bepaalde aanbieders in het verzekeringspakket stuit per definitie op politieke en maatschappelijke bezwaren. En de verzekerde, die via zijn verzekering de keuze moet maken voor de zorg die het beste bij hem past, heeft vaak te weinig informatie en geduld voor een optimale keuze.

CONSOLIDATIE BIJ VERZEKERAARS IS IN DIT SPEELVELD NIET HET BELANGRIJKSTE ONDERWERP

Wat in de weerbarstige praktijk volgens Raaijmakers vrijwel geen rol speelt is te grote of juist te kleine partijen in de markt. “Consolidatie bij verzekeraars is in dit speelveld niet het belangrijkste onderwerp. Het is ook geen thema waar we actief op sturen. Bij fusies tussen grote zorgaanbieders zouden we wel vraagtekens zetten. Een fusie is de meest verregaande vorm van samenwerking. Het is de vraag of betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg daarmee gediend zijn.”

Raaijmakers maakt zich meer zorgen over de gebrekkige transparantie van de markt voor de verzekerde. “Informatie over polissen is er wel, maar te vaak niet vindbaar voor verzekerden. Zorgverzekeraars moeten de informatie op het juiste moment in het keuzeproces aanbieden, zodat verzekerden er ook echt iets mee kunnen. Dat voorkomt teleurstelling achteraf.”

“Daarnaast vinden we dat er echt wat te kiezen moet zijn. Het kan dus niet zo zijn dat een zorgverzekeringsconcern vergelijkbare polissen aanbiedt tegen sterk uiteenlopende prijzen. En collectiviteiten geven soms wel recht op korting, zonder dat er een zorginhoudelijk voordeel is.”





Karina Raaijmakers (1982) studeerde economie en Nederlands recht aan de Erasmus Universiteit. Ze ging in 2007 aan de slag bij de AFM en deed vervolgens postdocopleidingen aan Harvard en de VU Amsterdam. Tussen 2012 en 2015 was ze partner bij adviesbureau Clear Conduct. In 2016 werd Raaijmakers hoofd toezicht verzekeren en pensioenen bij de AFM. Sinds april 2018 is ze directeur toezicht en handhaving bij de Nederlandse zorgautoriteit.

De verschillen tussen polissen zijn niet altijd duidelijk. Bij restitutiepolissen wordt doorgaans alle zorg geheel vergoed; bij naturapolissen geldt dat alleen voor zorg die wordt verleend door gecontracteerde partijen. Maar sommige naturapolissen contracteren wel alle ziekenhuizen, zodat je overal zonder bijbetaling terecht kunt (net als bij restitutie). Bij andere naturapolissen is de keuze juist weer beperkt.

PRIJSASPECTEN GEVEN EERDER DE DOORSLAG DAN KWALITEITSCRITERIA

“Als je als verzekerde kiest voor een naturapolis met een beperkte contractering, moet je vooraf goed geïnformeerd worden over wat dat voor jou kan betekenen. Vaak is alle informatie wel te vinden, maar dan moet de verzekerde wel erg zijn best doen. Gevolg is dat bij een verandering van verzekeraar prijsaspecten eerder de doorslag geven dan kwaliteitscriteria.”

Afgelopen jaar veranderden 1,25 miljoen mensen van polis: 6,7% van het totaal.

Raaijmakers wijt de geringe verschillen tussen polissen niet aan een gebrek aan concurrentie tussen de grote zorgverzekeraars. “Met een andere marktordening zou het niet anders zijn. Het is moeilijk om je als verzekeraar te onderscheiden met bijzondere polissen die doen waarvoor het stelsel is bedacht: zorg aanbieden die is gericht op bepaalde doelgroepen die met hun polis beter af zijn dan met een gewone verzekering. Als je een gespecialiseerde polis introduceert, moet de klant die wel als zodanig herkennen.”

BUDGETPOLIS

Verzekeraars doen het wel, en steeds vaker: selectief contracten afsluiten met zorgaanbieders die innovatieve zorg leveren voor bijvoorbeeld diabetespatiënten. Dat houdt in dat ze met andere aanbieders die dat niet doen géén contract afsluiten. Als een verzekerde daar naartoe gaat, is de zorg niet volledig vergoed. “Dat heet dan al snel een budgetpolis en krijgt een negatieve bijklank, ook al liggen er prima keuzes aan ten grondslag en kan het een goed product zijn voor een specifieke doelgroep.”

De NZa heeft een beperkte rol bij toetreding van nieuwe zorgverzekeraars. Die taak ligt bij De Nederlandsche Bank (DNB), die voornamelijk de financiële antecedenten onderzoekt. DNB vraagt de NZa wel om een zienswijze. De NZa kijkt vooraf niet naar fusies en overnames van zorgverzekeraars, maar volgt wel actief of er sprake is van aanmerkelijke marktmacht die kan leiden tot misbruik, bij zowel verzekeraars als aanbieders. Er ligt een wetsvoorstel om die taak naar de Autoriteit Consument en Markt over te hevelen.

INGEWIKKELD

Het Zwitserse IptiQ, dochter van Swiss Re, was in 2017 de eerste nieuwkomer in lange tijd op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Voor innovatie heeft deze partij niet gezorgd; de verzekeraar nam bestaande merken over. Raaijmakers is wel blij met nieuwkomers. “Maar je moet niet verwachten dat die meteen met heel nieuwe producten de markt opschudden. Daar is de Nederlandse zorg te ingewikkeld voor.”

“We hebben geen mening over hoe de ideale marktordening eruit zou moeten zien. Natuurlijk heb je voor een professionele organisatie een zekere omvang nodig, maar we hebben niet de indruk dat daar knelpunten zitten. Bij verzekeraars in ieder geval niet. Er zijn wel wat bewegingen merkbaar. De kleintjes zijn iets gegroeid en er is een nieuwkomer. Maar we hebben niet de indruk dat er veel buitenlandse partijen staan te springen.” Verdere consolidatie bij zorgverzekeraars ligt volgens Raaijmakers niet in de lijn der verwachting. “Dat zou geen extra kostenvoordeel opleveren.”

ZIEKENHUIZEN

Bij de zorgaanbieders springt vooral de consolidatie bij de ziekenhuizen

en de geestelijke gezondheidszorg in het oog. Hun aantal neemt sinds de jaren tachtig af. Sinds 2006 – de start van het nieuwe stelsel – is het aantal ziekenhuizen afgenomen van 99 naar 79 in 2016. Bij elke voorgenomen sluiting is er veel protest, ook al zijn er goede redenen voor een sluiting. “Dat is logisch”, vindt Raaijmakers. “Vertrouwde zorg is voor patiënten heel belangrijk. Je wilt natuurlijk heel abrupte sluitingen voorkomen. Dat is nooit goed. Maar sluiting kan ook op een beheerste manier, zoals bij het Haagse Bronovoziekenhuis. Daar is goed nagedacht over de vraag hoe de continuïteit van de zorg ook in de toekomst geborgd kan worden en daar verloopt het proces op een beheerste manier.”

Bij de zorgaanbieders bekijkt de NZa of bij fusies en overnames de procedures goed zijn verlopen. Of de cliëntenraad en de ondernemingsraad zijn geraadpleegd. Er is geen inhoudelijke of kwalitatieve toets.

VOORZICHTIGHEID

De NZa pleit voor voorzichtigheid bij fusies tussen zorgaanbieders. “Fusies kunnen leiden tot hogere prijzen, lagere kwaliteit en minder toegankelijkheid. Er zijn ook andere manieren van samenwerking mogelijk. Wij adviseren uitbreiding van het wettelijk kader om fusies in de zorg op basis van zorginhoudelijke publieke waarden strenger te kunnen beoordelen. Het wetsvoorstel dat op dit moment in de Tweede Kamer voorligt, lijkt de naar onze opvatting benodigde uitbreiding mogelijk te maken.”

Toch is consolidatie volgens Raaijmakers niet de heersende trend bij de aanbieders. “Het beeld is gemengd. Bij tandartsen zie je consolidatie omdat oudere tandartsen ermee stoppen en praktijken samengaan. In de wijkverpleging zie je juist veel nieuwe toetreders. En kijk naar de groei van het aantal zelfstandige behandelcentra voor medische zorg.”

FUSIES EN OVERNAMES

Fusies of overnames zijn vanuit het NZa-perspectief niet nodig voor betere zorg. Raaijmakers vindt het belangrijk dat bij fusies of overnames zorgaanbieders goed nadenken hoe zij de zorg in de toekomst willen organiseren. “Bij consolidatie moeten kwaliteitsoverwegingen net zo belangrijk zijn als kostenoverwegingen. De juiste zorg op de juiste plek vergt dat de zorgketen goed functioneert en dat zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt georganiseerd. Daarvoor is consolidatie vaak niet nodig. Betere zorg kan prima met verschillende partijen. Neem bijvoorbeeld het verschuiven van ziekenhuiszorg naar huisartsen. En het feit dat huisartsen steeds vaker samenwerken op locaties waar ook andere zorgaanbieders zitten. Die hoeven niet allemaal in één organisatie om goede samenwerking te waarborgen. Waar het om gaat is of de patiënt er iets mee opschiet.”

ONDERHANDELINGEN

Waar consolidatie aan de aanbiederskant natuurlijk wel helpt, is in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Een grote instelling die onmisbaar is in een regio heeft een veel betere positie dan de individuele fysiotherapeut, ongeacht de kwaliteit die ze bieden. Raaijmakers: “Bij kleinere zorgaanbieders, zoals fysiotherapeuten, kunnen brancheorganisaties een rol spelen bij de onderhandelingen. Een zorgverzekeraar kan nu eenmaal niet met duizenden aanbieders een inhoudelijk gesprek voeren over de inkoop.”

SLEUTELROL

Uiteindelijk heeft de verzekerde een sleutelrol. Als die zich daadwerkelijk verdiept in welke aanbieders er bij een polis zijn gecontracteerd, zouden op die manier de beste aanbieders en de verzekeraars die hen op de gunstigste voorwaarden contracteren de beste marktpositie moeten krijgen. Maar die rol kán de verzekerde nu niet spelen, omdat de materie te complex is en het ontbreekt aan begeleiding om de juiste keuze te maken. “Dus daar ligt een rol voor ons”, concludeert Raaijmakers. “Want daar is zeker nog een stap te maken.”



VOORUITGANG

De toezichthouder ziet wel vooruitgang. “De veranderingen kosten tijd, maar ze zijn er. Zorgverzekeraars sluiten contracten met ziekenhuizen waarbij de omzet in drie jaar met 10% daalt om waar het kan de zorg dichterbij de mensen te brengen. Een radicaal andere manier van zorg verlenen. Niet de instelling is leidend, maar de zorgbehoefte. Die verandering zou sneller mogen gaan. De zorgverzekeraars zeggen dat ze weinig innovatie in de markt zien en dat het daarom zo langzaam gaat. Daarmee nemen wij geen genoegen. Het zou mooi zijn als een nieuwkomer in de markt het hele proces zou versnellen.”

Volgens Raaijmakers ligt er nu ‘een goede basis om het onderhandelingspel’ te spelen. “Dat spel willen we versnellen. Niet door de nadruk te leggen op omvang, maar op kwaliteit.” ■

Het toezicht op de zorg is verdeeld over vijf partijen. De NZa houdt toezicht op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en daarmee op zorgverzekeraars en aanbieders. De IGJ (Inspectie gezondheidszorg en jeugd) is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De ACM is verantwoordelijk voor de marktwerking in de zorgsector. DNB ziet toe op de financiële gezondheid van de zorgverzekeraars en de AFM controleert hun communicatie met verzekerden, net als bij andere financiële producten. Plannen voor consolidatie in het toezicht zijn er volgens Raaijmakers niet. “Het gaat om een goede samenwerking, niet om fusies.”