

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v.: Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Schiedam, 31 mei 2014

Mevrouw de Minister,

Voor kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg is het essentieel dat de macht tussen verzekerde, de zorgaanbieder, en de zorgverzekeraar in balans is. De keuzevrijheid van de verzekerde vormt de basis van ons zorgstelsel.

De invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 heeft de bekostiging van de zorg van het publieke naar het private domein gebracht. De verzekerde die verplicht is zich te verzekeren en op solidaire basis premie te betalen, heeft in ruil daarvoor de vrijheid gekregen te kiezen bij wie hij zich verzekeren wil, en door wie hij zich in geval van ziekte - hij weet immers niet wat hem gaat mankeren - wil laten behandelen. De verzekerde, die met zijn voeten kan stemmen, en dat was nu net de bedoeling, moet voor de dynamiek zorgen en is de motor van de marktwerking waarin ook nieuwe aanbieders van zorg de kans hebben zich te ontwikkelen. Zorgverzekeraars mogen de verzekerde in hun vrije keuze niet hinderen. Om die reden moeten zorgverzekeraars ook zorg die niet is gecontracteerd voor een belangrijk deel vergoeden. Dit is in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet geregeld. Die vrijheid van de verzekerde is essentieel. Want waar de verzekerde niet kiezen mag, is er voor zorgaanbieders, en zeker voor nieuwkomers, nog maar weinig te ondernemen en is van marktwerking geen sprake meer.

Zorgverzekeraars nu al te machtig

Nu meer dan 90% van de Nederlanders bij de 4 grootste zorgverzekeraars is verzekerd, is al van een oligopolie sprake. Waar macht te groot is, dreigt altijd het misbruik. De bescherming die artikel 13 nog biedt tegen de monopolistische gedragingen van zorgverzekeraars is daarom essentieel. De Kamer zal binnenkort debatteren over de aanpassing van artikel 13. De plicht die nu aan zorgverzekeraars is opgelegd om tenminste een redelijk deel van de nota's van zorgaanbieders te vergoeden, ook als zij niet gecontracteerd zijn, komt met de door u voorgenen aanpassingen te vervallen. De zorgverzekeraars zouden vrij moeten zijn om nota's niet meer te vergoeden. Van vrije artskeuze is dan geen sprake meer. Want vrijwel niemand kan het zich permitteren voor een arts of andere zorgaanbieder te kiezen als de zorgverzekeraar die niet betalen wil. De toch al verstoorde machtsbalans tussen enerzijds de zorgverzekeraar en anderzijds de zorgverlener en de verzekerde raakt hiermee volkomen zoek.

Ik verwonder me er trouwens over dat de enkele zorgverzekeraars die nu al meer dan 90% van de Nederlanders als verzekerde hebben, niet inzien dat zij in een situatie waarin de consument en de zorgaanbieder hun invloed niet meer kunnen uitoefenen, zelf ook zo relevant niet meer zijn. Het verschil met een staatsmonopolie is dan zo gering dat het zorgverzekeringsstelsel dan net zo goed als een publiek systeem naar de overheid kan, en gezien de Europese regelgeving waarschijnlijk zelfs ook naar het publieke domein terug moet.

Afschaffing keuzevrijheid maakt zorg duurder

Het idee achter de door de overheid gewenste maatregel is dat er forse bezuinigingen mee te realiseren zouden zijn, onder andere omdat zorg die niet deugt niet betaald hoeft te worden. De verwachtingen daarvan zijn kennelijk zeer hoog gespannen want anders zou niet tot een maatregel beslo-

ten worden die zo diep ingrijpt in het huidige stelsel, dat het daarmee feitelijk van het kloppende hart wordt beroofd. Van die veronderstelde bezuinigingen zal het niet komen. De zorg zal zelfs duurder worden. Want waar moet die besparing vandaan komen? Als zorg niet rechtmatig in rekening is gebracht, bijvoorbeeld omdat gedeclareerde specialistische zorg niet door een medisch specialist is geleverd, hoeven zorgverzekeraars die niet te betalen. Ook bij zorg die niet doelmatig is, bijvoorbeeld zorg waarvoor eigenlijk geen indicatie was, of wanneer sprake is van ongepast gebruik, bijvoorbeeld omdat onnodig wordt (door)behandeld, hoeft door de zorgverzekeraar niets vergoed te worden. Kortom, de zorgverzekeraars hebben nu al voldoende wapens in handen om nota's te weigeren voor zorg die niet aan de daaraan te stellen redelijke eisen voldoet. Al vergt het van de zorgverzekeraars kennis van zaken en inspanning om de controles juist te verrichten. Bovendien geldt dat zorgverzekeraars nu al niet meer hoeven te betalen dan het marktconforme tarief. Bij naturapolissen kunnen zij nog eens 20% van dat tarief afhalen. Het is dus niet in de eerste plaats de zorgverzekeraar die bescherming behoeft.

Gedwongen fusies zorgverleners

Het is eigenlijk te gek voor woorden dat de verzekerde het recht wordt ontnomen te kiezen door wie hij zich in geval van ziekte wil laten behandelen, ten faveure van de zorgverzekeraars die al too big to fail zijn en al zoveel macht hebben.

Onder zorgaanbieders bestaat al lang angst voor de macht van de grote zorgverzekeraars.

Als je als zorgverlener in een regio gevestigd bent waar 1 van de grote 4 de preferente zorgverzekeraar is, dan heb je als zorgverlener al weinig te onderhandelen. De keuze bestaat uit of accepteren wat de verzekeraar biedt, of ten onder gaan. De meeste zorgverleners kunnen het contract en daarmee de verzekerden van zo'n grote verzekeraar immers niet missen.

De natuurlijke reflex van zorgaanbieders om zich hiertegen te wapenen, is het aangaan van fusies. Kleinere regionale ziekenhuizen bijvoorbeeld hebben het in de onderhandelingen met de grote verzekeraars, die vooral de zorg in grote ziekenhuizen willen concentreren, nu al moeilijk. In menig regionaal georiënteerd ziekenhuis - en ook u bepleit de zorg dicht bij huis - staat de spoedzorg, de geboortezorg en de zorg voor mensen met een beroerte onder druk, of is deze zorg al beperkt. Zonder deze zorg kan een ziekenhuis niet overleven. De belangstelling van grote zorgverzekeraars voor diversiteit en op de regio en patiënt gerichte kleinschaligere zorg is gering. Het belang voor kwaliteit wordt vooral met de mond beleden. Aanbestedingen voor inkoop van ziekenhuiszorg worden nu al door diverse labels van grote zorgverzekeraars louter en alleen op prijs beslist. Het is geen wonder dat fusies onder zorgverleners aan de orde van de dag zijn.

Overigens zijn het niet alleen de ziekenhuizen, maar ook de andere zorgverleners die zich aan de zorgverzekeraars overgeleverd voelen.

Zorg verschaalt

Waar zorgverleners fuseren, neemt de concurrentie vanzelfsprekend af. Het worden grote organisaties die door de extra managementlagen en hoge overheadkosten ook nog eens

kostbaar worden. De prikkel om efficiënt, effectief en dienstverlenend te werken verdwijnt met het groter worden. Het verdwijnen van de concurrentie die er het gevolg van is, werkt dit extra in de hand. Nieuwe aanbieders zijn kansloos, want waar ligt bij de zorgverzekeraar die straks nergens meer toe verplicht is de prikkel om de samenwerking te zoeken met een nieuwkomer? Waar ligt voor de nieuwkomer en voor innovatie nog de incentive als de verzekerde daarvoor niet langer in vrijheid kiezen kan? Zonder contract is nagenoeg elk initiatief kansloos. Hoe kan een zorgsysteem, waar marktwerking het redelijke evenwicht zou moeten waarborgen, goedkoper worden als van de drie partijen gevormd door de verzekerde, de zorgverlener en de zorgverzekeraar, de macht nagenoeg alleen bij de zorgverzekeraar komt te liggen? Waar de prikkel zich te onderscheiden en zich op de wensen en behoeften van de verzekerde te richten wordt weggenomen zal de zorg verschrallen en zullen de kosten ervan stijgen. Daarover kan nauwelijks twijfel bestaan.

Ook restitutiepolis verdwijnt

De effecten van het wijzigen van artikel 13 zie ik, en velen met mij, met grote ongerustheid tegemoet. De veronderstelling dat er nog altijd de restitutiepolis is voor mensen die voor hun vrije keuze extra willen betalen is ook al illusoir. Immers, in een markt waar zorgverzekeraars de macht hebben, de verzekerden niets meer te kiezen hebben, en bijgevolg kleinschaligere zorginitiatieven nauwelijks kunnen bestaan - zonder contract geen bestaansrecht - zal alleen gecontracteerde zorg overblijven waarmee defacto alleen de naturapolis nog resteert.

Het lijkt me daarom beter nu niet naar de grootste verzekeraars maar naar de beste verzekeraars te luisteren, of beter nog, het oor te luisteren te leggen bij de zorgverleners die aan het primaire zorgproces gestalte geven. Het allerbeste is natuurlijk oog te hebben voor het enige recht van de verzekerde, namelijk het recht om voor zichzelf een passende zorgverlener te kiezen, en dat recht te respecteren.

Met vriendelijke groet,



Chris Oomen
DSW Zorgverzekeraar

