



Handige websites

www.independen.nl
www.postbus51.nl/nl/home/themas/zorg-en-gezondheid/kosten-zorg-en-zorgverzekering
www.verzekeringssite.nl
www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/voor-verzekerden/vraag-en-antwoord
www.cvz.nl
www.zorgkiezer.nl
www.npcf.nl
www.clientenrechten.nl



De marktwerkingsmantra In de zorg

Het huidige zorgstelsel ziet de burger als een kundige zorginkoper die makkelijk van zorgaanbieder verandert. In de praktijk komt hier maar weinig van terecht. Het polislandschap verandert voortdurend, maar verzekerden stappen nauwelijks over. Dit terwijl alleen een actieve houding je altijd verzekert van passende en goedkope zorg. De gevolgen van niets doen kunnen verstrekkend zijn.

TEKST: PIETER VAN MEGEN

Marktwerving is dezer dagen niet zo populair. De huidige economische crisis heeft er voor gezorgd dat zelfs in het vrije marktland bij uitstek, de Verenigde Staten, de markt niet langer heilig wordt verklaard. Hoe anders was dit begin jaren negentig. In hoog tempo werden voorstellen voor privatisering en het toelaten van meer marktwerving gelanceerd. Ook ons land ontsprong de dans niet. Vooral het eerste paarse kabinet ging heel voortvarend te werk. De burger zou meer keuzevrijheid krijgen en toegenomen concurrentie zou zorgen voor een hogere kwaliteit en lagere kosten voor de burger. Ook de zorg ontkwam niet aan de marktwervingsmantra. Wetgeving is echter traag. Zo kon het gebeuren dat het nieuwe zorgstelsel pas in 2006 werd ingevoerd.

Meer producten

In het nieuwe stelsel verdween het verschil tussen het ziekenfonds en de particuliere verzekering. Daarvoor in de plaats kwam een systeem van basisverzekering en aanvullende verzekering. De eerste jaren na de invoering van het nieuwe stelsel waren de effecten van de marktwerving voor de burger klein. Prijzen bleven nagenoeg gelijk en de keuzevrijheid nam niet al te veel

toe. Achter de schermen veranderde er wel het een en ander. Fusies, overnames en schaalvergrotingen onder zorgverzekeraars waren aan de orde van de dag. Ongeveer 88 procent van de zorgverzekeringsmarkt is inmiddels in handen van vier (groepen) zorgverzekeraars. Het aantal producten is alleen maar toegenomen. Inmiddels zijn er zo'n 1800 verschillende pakketten waaruit je kunt kiezen.

Het aantal patiënten dat overstapt, blijft steken op een paar procent per jaar. Uit onderzoek van het Centraal Planbureau bleek dat vorig jaar slechts 4 procent van de zorgverzekerden overstapte naar een andere verzekeraar. Ter vergelijking: in 2005, voor de invoering van het nieuwe stelsel stapte nog 18 procent van de verzekerden over.

Hiervoor zijn drie redenen aan te wijzen. Allereerst is 60 procent van de bevolking collectief verzekerd. Voor de veertig procent die overblijft, zijn blijkbaar de verschillen in de polissen niet groot genoeg of ze zijn onwetend. Een bijkomend punt is dat zorgverzekeraars mensen gaan screenen voordat ze overstappen toestaan. Ze zijn weliswaar verplicht om verzekerden toe te laten tot een basisverzekering, maar niet tot aanvullende verzekeringen. In 2008 lieten acht van de dertig zorgverzekeraars patiënten

Zo krijg je de zorg die je wilt

- Vergelijk aanbieders met elkaar en stap over naar een zorgverzekeraar die je geeft wat jij wilt. Dit is een tijdrovende klus maar websites als independer.nl, zorgkiezer.nl en verzekeringssite.nl kunnen je hierbij helpen. Overstappen voor 1 januari 2010 kan alleen in een beperkt aantal gevallen. Als je in het jaar zelf 18 bent geworden, je komt uit het buitenland of gaat uit militair dienstverband, je bent gescheiden of er is sprake van tussentijdse aanpassingen van de polisvoorwaarden door de zorgverzekeraar. In andere gevallen is overstappen alleen mogelijk in overleg met je zorgverzekering. Raadpleeg je polisvoorwaarden voor de details.
- Let bij een vergelijking op websites niet alleen op de prijs. Een lage prijs gaat bijna per definitie gepaard met minder keuzevrijheid. Als je het belangrijk vindt om je zorg zelf te bepalen, kies je voor een restitutiepolis.
- Je kunt een basisverzekering van een zorgverzekeraar nemen en een aanvullende verzekering van een andere. Aanvullende verzekeringen mogen namelijk niet worden gekoppeld aan basisverzekeringen. Niet alle verzekeraars bieden deze mogelijkheid echter en het kan zijn dat de premie voor het apart afsluiten van een aanvullende verzekering hoger is dan in combinatie met de basisverzekering.
- Wil je een andere aanvullende verzekering, sluit dan de nieuwe af voordat je de oude opzegt. De nieuwe zorgverzekeraar hoeft je niet te accepteren voor een aanvullende verzekering.
- Menzis, CZ en UVIT (en hun dochterbedrijven) voeren preferentiebeleid voor een aantal artikelen. Dit houdt in dat ze een geneesmiddel vergoeden dat zij hebben aangewezen. Wil je zelf blijven kiezen, vraag dan aan je arts een Verklaring Medische Noodzaak in te vullen. Als die er is, moeten zorgverzekeraars het geneesmiddel vergoeden. Je arts is niet verplicht om zo'n verklaring af te geven.
- Het kan voorkomen dat een specialist zegt dat er een medische noodzaak is voor een ingreep maar dat de zorgverzekeraar het hiermee niet eens is. In principe bepaalt je verzekeraar of er al dan niet een vergoeding wordt gegeven. Als hij dit weigert en je bezwaar niet gehonoreerd wordt, kun je je wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Zij kunnen de zaak voorleggen aan de Geschillencommissie voor Zorgverzekeringen. Je moet je behandelaar dan vragen om heel goed te motiveren waarom de behandeling nodig is. Anders wordt je verzoek waarschijnlijk niet ingewilligd.

eerst een gezondheidsverklaring invullen voordat ze werden toegelaten. In 2007 was dit nog maar bij vier verzekeraars.

Twee polissen

De invloed van verzekeraars is eveneens groot door het zogeheten preferentiebeleid en door zorgsturing. Het preferentiebeleid wil zeggen dat sommige zorgverzekeraars alleen de kosten vergoeden van het goedkoopste medicijn met een bepaalde werkzame stof. Zorgsturing houdt in dat zorgverzekeraars hun verzekerden naar de zorginstellingen sturen waarmee ze afspraken hebben gemaakt.

De zorgpolissen lopen parallel hiermee. Verzekerden kunnen voordelig een zogenoemde naturapolis afsluiten, die niet altijd vrije keuze biedt voor niet spoedeisende hulp. Sluit je zo'n polis af dan wordt alles voor je geregeld en betaald zolang je naar de zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Wanneer je kiest voor een zorgverlener waarmee de verzekeraar geen contract heeft afgesloten, kan het zijn dat je moet bijbetalen.

Vrijwel altijd tegen een hogere premie kun je een

restitutiepolis afsluiten die wel volledige keuzevrijheid biedt. De naturapolis is vergelijkbaar met het oude ziekenfondssysteem terwijl de restitutiepolis meer lijkt op de oude particuliere ziektekostenverzekeringen. Daarnaast is er een combinatie van de twee polissen, de combipolis. De keuze tussen een restitutiepolis en een naturapolis was de afgelopen jaren minder relevant, omdat verzekeraars met bijna alle zorgverleners contracten sloten. Daardoor kon je in feite overal terecht.

Verzekeraars mogen over steeds meer aandoeningen onderhandelen met ziekenhuizen. Sinds 1 januari 2009 is het aantal behandelingen waarover mag worden onderhandeld (het zogeheten B-segment) toegenomen tot 34 procent van het totaal. Het wordt hiermee steeds interessanter voor zorgverzekeraars om alleen met sommige zorgaanbieders contracten te sluiten en niet meer met allemaal.

Grotere verschillen

De zorgsturing heeft alleen betrekking op behandelingen die onder de basisverzekering vallen en niet op de aanvullende verzekering of spoedeisende hulp. Boven-

“De situatie voor patiënten wordt zienderogen ondoorzichtiger.”

dien kun je kiezen tussen uitgekleden en uitgebreidere polissen. Het aantal vrije keuzes dat door zorgverzekeraars geboden wordt, is dus feitelijk misschien wel groter dan ooit.

De potentiële problemen die de toenemende invloed van zorgverzekeraars heeft, doemen wel op. Door fusies en overnames wordt het aantal zorgverzekeraars kleiner. De zorgverzekeraar beslist mogelijk waar jij je mag laten behandelen en welke geneesmiddelen je mag gebruiken. Dit alles om kosten te besparen, wat volgens de zorgverzekeraars leidt tot lagere premies.

Die kostenbesparing is inderdaad aannemelijk, maar incidenten in ziekenhuizen in onder meer Lelystad en Emmeloord hebben aan het licht gebracht dat er nogal wat verschillen bestaan in de kwaliteit van ziekenhuizen. De kans dat goedkope polissen uiteindelijk tot minder goede zorg leiden, is niet gering.

Je kent verder vast de reclames wel waarin wordt geworven met de uitspraak: ik betaal alleen voor de zorg die ik nodig heb. Klinkt goed, als je geen bril hebt, hoeft je hier ook niet voor te verzekeren. Ook hier schuilt een gevaar. Als steeds minder mensen zich voor bepaalde zorg verzekeren dan moet de prijs van die zorg logischerwijs omhoog en dit zal uiteindelijk ook weer door de consument moeten worden betaald. Specialistische zorg wordt duurder en het zorgaanbod zou wel eens kunnen verschromelen. Hiervoor moeten weer uitzonderingen worden bedacht, wat de poort naar meer bureaucratie wagenwijd openzet.

De situatie voor patiënten wordt zienderogen ondoorzichtiger. De verschillen in prijs en geboden zorg tussen de polissen worden groter en het aantal pakketten neemt alleen maar toe.

Onderzoek

Tot zover zijn de effecten vooral theoretisch. Bovendien lijken ze zeker niet allemaal slecht uit te pakken voor verzekerden. Uit een onderzoek dat de ouderenorganisaties ANBO, PCOB en Unie KBO en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) vorig jaar mei lieten uitvoeren, blijkt dat er in de praktijk de nodige problemen optreden. Vooral ouderen blijken de dupe van de zorgsturing en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Van de 1738 respondenten uit het onderzoek kon 11 procent van de 55-plussers de afgelopen twee jaar niet terecht bij een zorgverlener van zijn voorkeur. Het meeste last hebben oudere verzekerden van zorgverzekeraars die prijsafspraken gemaakt hebben met een beperkt aantal opticienketens. Verzekerden krijgen alleen korting, gratis brillenglazen of lenzen bij deze opticiens.

Eenderde van de respondenten had vaak vooraf toestemming nodig voor een bepaalde behandeling. Hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans dat hij of zij vooraf toestemming moest vragen voor zaken als hulpmiddelen, fysiotherapie en specialistische hulp. Bijna 60 procent van de ondervraagden heeft voor ontvangen zorg, waaronder ook medicijnen, moeten bijbetalen.

Hoe gaat het verder?

Al in 2005, voor invoering van het nieuwe zorgstelsel, waarschuwden veel partijen ervoor dat de verzekeraars te veel macht kregen. Marktwerking lijkt dit gevolg inderdaad te hebben. Afgelopen maart werd bekend dat zorgverzekeraar DSW zelfs plannen had om te fuseren met een ziekenhuis (Vlietland Ziekenhuis in Schiedam).

Het vrijemarktdenken mag dan niet populair zijn tegenwoordig, maar wel bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de website van het ministerie valt te lezen: “In het nieuwe zorgstelsel staat de cliënt centraal, spelen marktprikkels een grotere rol en treedt de overheid steeds verder terug. Samenwerking tussen marktpartijen is hierbij van groot belang.” Het controlerende orgaan de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft de minister





in 2007 zelfs geadviseerd om een proef te starten met winstuitkering aan investeerders in ziekenhuizen.

Minister Klink toonde zich altijd al een groot voorstander van meer marktwerking. Het coalitieakkoord van afgelopen maart is een hernieuwde bevestiging hiervan. Er staat in dat de zorg 1,2 miljard bezuinigd moet worden. De kostenbesparingen worden behaald door nog meer marktwerking. De voorstellen reppen over het vergroten van het vrije B-segment van de ziekenhuismarkt van 34 procent naar 50 procent. Verder moeten chronisch zieken meer door de huisarts en minder in ziekenhuizen worden behandeld en komt er meer ruimte voor private financiering van de zorg. De PVDA is weliswaar kritisch over de voorstellen en ze zijn nog zeker geen feit, maar de intentie spreekt boekdelen over het vertrouwen in marktwerking van met name het CDA.

Mobiele verzekerden

De weg naar nog meer marktwerking ligt in ieder geval open. De gevolgen ervan zijn nu nog onzeker. De bedoeling lijkt, zo blijkt uit het akkoord van maart, dat het tot kostenbesparing leidt. Wil deze kostenbesparing ook voordelig uitpakken voor de verzekerde, dan vereist dit een zeer actieve opstelling. In het meest recente rapport van de NZa uit december 2008 viel te lezen dat de prijzen in het B-segment sinds 2005 eerst zijn gestegen en daarna zijn gedaald. Uit andere rapporten kwam naar voren dat de prijzen in het vrije segment net zo hard gestegen zijn als op de rest van de markt.

Hethuidige zorgstelsel gaat uit van mondige, kritische en mobiele verzekerden. Mondig zijn verzekerden misschien wel, hoewel je kunt afvragen of dat voor

de kwetsbare groepen in onze samenleving ook geldt. Mobiel zijn verzekerden zeker niet zoals blijkt uit het geringe aantal jaarlijkse overstappers. Dat is ook niet gek aangezien de situatie voor verzekerden door het gigantische aantal polissen, steeds onoverzichtelijker wordt.

Of je het nu wilt of niet, wil je een optimale keuzevrijheid combineren met een lage premie, dan moet je zelf actief op zoek gaan naar de polis die dit biedt. Met andere woorden: je zult aanhoudend mondig, kritisch en mobiel moeten zijn. ●

Klanten zorgverzekeraars ontevreden

In maart deed onderzoeksbureau High Value onderzoek naar de tevredenheid van 500 klanten van zorgverzekeraars. De resultaten waren niet bemoedigend. Minder dan een derde van de ondervraagden (29 procent) vindt hun verzekeraar klantgericht. Slechts veertig procent kwalificeert de zorgverzekeraars als betrouwbaar en integer. Eveneens slechts een derde van de ondervraagden vindt dat de zorgverzekeraars open zijn. Univé, CZ en VGZ scoorden het beste in de enquête terwijl vooral Ohra en ONVZ slecht beoordeeld werden.