

OPINIE

Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt: een fopspeen voor de argeloze verzekerde

Misschien getuigt de heimwee bij velen naar het oude ziekenfonds van een intuïtief gevoel over wat er mis is in het huidige stelsel. Want dat is ondoorzichtig en gebaseerd op pseudo-concurrentie.

Met enige regelmaat circuleren er in de media uitlatingen die getuigen van heimwee naar het oude ziekenfonds. Dat is opvallend omdat men met gemak tal van argumenten kan aanvoeren die pleiten vóór het huidige stelsel. Maar één ding is zeker, transparantie en eerlijkheid horen daar niet bij. Immers, ieder jaar weer zien een paar miljoen verzekerden zich gedwongen om hun weg te zoeken in een warboel van zorgpolissen (meer dan 60!), geholpen door ‘onafhankelijke’ vergelijkingssites. Waarna velen na een teleurstellende ervaring met de nieuwgekozen verzekeraar een jaar later hun zoektocht herhalen.

De baaierd aan zorgpremies is op het eerste gezicht een uiting van gezonde concurrentie. Bij nader inzien heeft een scherpe premiestelling niets of nauwelijks van doen met doelmatiger bedrijfsvoering of gunstiger toerekening van vaste kosten over een aanwas van verzekerden. Ook is succesvolle zorginkoop met een merkbare invloed op de premiestelling een zeldzaamheid. In de praktijk is een lagere premie in bijna alle gevallen te danken aan de (soms nauwverholen) beperking van aanspraken of het hanteren van een hoger eigen risico. Echte prijsconcurrentie is – begrijpelijkerwijs – lastig omdat we te maken hebben met een homogeen ‘diensten’-pakket, als gevolg waarvan de onderliggende kostenopbouw en margestructuur tussen verzekeraars onderling nauwelijks (kunnen) verschillen.

Daarenboven wordt concurrentie op premiehoogte feitelijk onmogelijk gemaakt omdat risicoselectie door de wetgever bewust zoveel mogelijk is uitgesloten. Zorgverzekeraars zijn eenvoudigweg geen commerciële organisaties, zelfs al zouden ze dat willen. De zorgverzekeringsmarkt is bijna volledig dichtgetimmerd door een overmaat aan overheidsregulering. Te veel om hier te noemen, al te vaak met onbedoelde, paradoxale trekken. Saillant voorbeeld van dat laatste is de recent door een verbod getroffen collectiviteitskorting. Zorgverzekeraars gaven tot voor kort korting aan verzekerden die zich als collectief – vaak via de werkgever – aanmeldden. Meer verzekerden, meer marktaandeel, meer marktmacht. En meestal met een gunstig risicoprofiel, onder meer vanwege de lage gemiddelde leeftijd. Logisch toch?

Het zorgverzekeringsstelsel van 2006 is opgetuigd rondom één centraal idee, namelijk doelmatiger zorginkoop en de doorvertaling daarvan naar de premie, met de zorgverzekeraar in de rol van regisseur. De mate waarin dat alles wordt gerealiseerd zou allesbepalend moeten zijn voor de efficiënte werking van de zorgverzekeringsmarkt.

De marktmacht van de verzekeraar zou onder het juk van de onderlinge concurrentie moeten neerslaan in gunstiger premies of een aantrekkelijker zorgaanbod voor de aangesloten verzekerden. Vooral collectieven zouden in theorie hiervan moeten kunnen profiteren.

Pas recent is de overheid – rijkelijk laat – tot het inzicht gekomen dat er in de praktijk iets heel anders gebeurde. De premie voor iedereen eerst werd verhoogd, waarna men een korting weggaf aan collectieven. Kennelijk had de overheid de jaarlijkse risicoverevening van 25 miljard euro even over het hoofd gezien, een mechanisme dat zij zelf heeft opgetuigd. Dat elimineert immers vanuit het Zorgverzekeringsfonds zoveel mogelijk de verschillen in risicoprofiel van de aangesloten verzekerden per verzekeraar. Insiders wisten dat drommels goed. In verhullend taalgebruik heet het nu “dat bij verreweg de meeste collectiviteiten de korting niet kan worden gelegitimeerd door (zorg)inhoudelijke afspraken”.

De pijnlijke bevinding luidt dat alle zorgverzekeraars op één na (DSW, verguisd als onruststoker en klokkenluider) jarenlang bewust meededen aan deze grootschalige vorm van misleiding. Verzekeraars bieden nu collectieve polissen aan die duurder zijn dan die voor de individueel verzekerde. Klaarblijkelijk hoopt men op een snelle, ‘spontane’ uitstroom.

Langjarig onderzoek wijst uit dat er tussen zorgverzekeraars geen noemenswaardige verschuivingen in marktaandeel optreden. Het (povere) bedrijfsresultaat is tamelijk constant te noemen, wat eveneens wijst op geringe dynamiek. Zorgverzekeraars hebben nauwelijks macht om zich onafhankelijk te gedragen ten opzichte van hun directe concurrenten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zich geen nieuwe toetreders (op één uitzondering na) op de zorgverzekeringsmarkt melden. Dat in schrille tegenstelling met de zorgmarkt zelf, die al te vaak wordt overspoeld met (vooral buitenlandse) ‘private equity’-partijen, op zoek naar rendement. In hun ogen is de zorgverzekeringsmarkt commercieel oninteressant, en vooral een administratieve jungle, waarin concurrentie niet rendeert, meer eerder contraproductief is.

Ook dit jaar wisselen zo’n 1 miljoen verzekerden van zorgverzekeraar. Mede daardoor kon onder meer de grote verzekeraar CZ in 2023 400.000 verzekerden bijschrijven. Dat werd bewerkstelligd door 120 miljoen euro in te zetten uit de reserves om zo de premie laag te houden. In een interview met een landelijk dagblad merkte bestuursvoorzitter De Groot naar aanleiding daarvan – met enig gevoel voor understatement – op, dat verzekerden ‘premiegericht’ zijn. Opvallend genoeg stelt hij verder dat die ontwikkeling hem niet tevreden stemt. *“Het is voor ons niet alleen goed nieuws. Hoe meer verzekerden we hebben, hoe hogere reserves we volgens de regels moeten aanhouden. En de druk op de klantenservice wordt te hoog. De groei was simpelweg te groot.”* Hij voegt daaraan toe: *“Gereguleerde marktwerking was een goed idee, maar er zijn plekken waar het minder goed werkt dan we dachten.”*

Opvallend genoeg is CZ in het daaropvolgende verzekeringsjaar er niet toe over gegaan om opnieuw een concurrerende premie aan te bieden.

De reden: de groei van het verzekerdenbestand bleek niet te leiden tot een structureel sterkere marktpositie met een hoger bedrijfsresultaat. Op een goed werkende markt zou je dat wèl verwachten. Bovendien stapten veel CZ-verzekerden voor een paar euro verschil weer over naar een andere verzekeraar.

Dat mag voor sommigen misschien een verrassing zijn, maar niet voor de verzekeraar DSW. Die had bij monde van directeur Aad de Groot al eerder geconstateerd: *“Concurreren kost geld en zorgverzekeraars concurreren op zaken die geen enkele toegevoegde waarde voor de zorg hebben.”* Ook hier een wrange diagnose, die kan verklaren waarom zovelen terug verlangen naar het oude ziekenfonds, hoe imperfect dat ook was.

Harry Suykerbuyk

april 2024