



'We moeten gezonde gewoonten voor ouderen importeren uit Japan, Zuid-Korea en China.'

FOTO: QILAI SHEN/BLOOMBERG

Geen leedvermaak om Trump, ook Nederland worstelt met verbeteren zorgverzekering

Eduard Bomhoff

President Trump en de Republiken zijn akelig afgegaan met hun poging om de ziektekostenverzekering in Amerika binnen honderd dagen te veranderen. Hatelijk schrijft Maureen Dowd in de New York Times dat de claim van Donald Trump tijdens de campagne ('Ik ben geen politicus') kan worden beaamd nu zijn eerste grote actie in het parlement zo mislukt.

Voordat we proesten van het leedvermaak, is het nuttig om te memoreren dat we ook in Nederland weten hoe moeilijk het is om de verzekering voor ziektekosten goed in het vat te gieten. SP, PvdA en 50+ hebben het opgegeven en willen naar het systeem van Canada en Engeland, waar de overheid de verzekering overneemt. Een kwart miljoen mensen tekenden een petitie van de SP om de verzekering te nationaliseren en recent opinieonderzoek laat zien dat 57% van de Nederlanders het daarmee eens is. Toch is één nationale verzekering een recept voor wachtlijsten.

CDA, CU en GroenLinks willen nog niet zo ver gaan als nationalisatie, maar wel de concurrentie tussen verzekeraars streng beperken. Misschien is er daarom nu een politieke opening om de zorgverzekering beter te organiseren. Tien jaar ervaring met het huidige stelsel is voldoende om te weten wat er mis is. In 2006 was er nog de hoop dat verzekeraars zouden concurreren op kwaliteit

Concurrentie op prijs zet verzekeraars ertoe aan plafonds af te spreken met ziekenhuizen voor aantallen behandelingen, zodat de wachtlijsten weer groeien

en vooral ook zouden gaan werken aan programma's voor preventie tegen de grote killers, overgewicht, diabetes, hartkwalen en ataques. Tien jaar later weten we dat er wel geconcurrerd wordt, maar uitsluitend op de prijs.

De zorg is te gecompliceerd en doorzichtig voor concurrentie op kwaliteit en omdat verzekerden elk jaar moeiteloos kunnen switchen, is het voor verzekeraars onmogelijk om groot in te zetten op preventie. Concurrentie op de prijs zet verzekeraars onder druk om geheime plafonds af te spreken met de ziekenhuizen voor het aantal behandelingen per jaar, zodat de wachtlijsten weer groeien. Een halfjaar voor sommige operaties en vorig jaar zelfs nog langer bij de geestelijke gezondheidszorg. Bij een autoverzekering zou niemand zulke wachttijden accepteren. De oplossing is zichtbaar in de gekleurde landkaart die bureau Vektis elk jaar publiceert met per gemeente de dominante zorgverzekeraar. Friesland, Drente, Salland, Utrecht en Flevoland zijn chocoladebruin ingekleurd voor Achmea. Zeeland, landelijk Brabant en Zuid-Limburg grijs voor CZ. Menzis is sterk in Groningen, Twente, de Achterhoek en tussen de rivieren. VGZ heeft Noord-Holland boven Amsterdam, veel grote steden in Brabant, Noord- en Midden-Limburg en Nijmegen.

Het is daarom denkbaar om per provincie, regio en (grote) gemeente alle verzekerden onder te brengen bij de verzekeraar die daar nu al de grootste is. Met één verzekeraar per regio wordt het mogelijk voor gemeenten om afspraken te maken over toegankelijkheid, langer thuis wonen en ondersteuning in de gemeente van ouderen met dementie. Dat is precies wat op sommige plaatsen al gebeurt, bij voorbeeld in Delft, het Westland en Rijswijk, waar DSW de dominante verzekeraar is en aan tafel zit met de gemeenten. Handen ineen voor goede

zorg noemt het AD dat terecht.

Met één verzekeraar per regio kunnen verzekeraars en gemeenten eindelijk grondig beginnen met preventie en bij voorbeeld gezonde gewoonten voor ouderen importeren uit Japan, Zuid-Korea en China. De levensverwachting voor vrouwen is niet alleen in Zuid-Korea en Japan, maar zelfs in Peking hoger dan in Nederland en niet omdat de lucht in Peking gezond is. We moeten aan de tai chi, de ouderengymnastiek in het zwembad en aan het dansen met muziek op het stadsplein, activiteiten die snel mogelijk worden wanneer gemeenten met één lokale verzekeraar zaken kunnen doen.

Nederland moet overstappen op het stelsel van Finland, Zweden en Denemarken, waar de zorgverzekering per gemeente of regio is geregeld. Verzekeraars zullen dan worden vergeleken op de uitkomsten voor levensverwachting en op overlevingskansen bij ernstige aandoeningen in hun regio. Zo kunnen zij kosten en baten van preventie meenemen in hun strategie.

Trump heeft de verzekering voor zorg niet binnen honderd dagen kunnen aanpakken, maar in Nederland komt de Tweede Kamer al een paar jaar niet verder dan ongerichte stemmingmakerij tegen de verzekeraars. Het stelsel van Scandinavië is een goed werkend alternatief met als grote voordelen de aandacht voor preventie én de vergelijking van verzekeraars niet op prijs, maar op de uitkomsten voor de gezondheid.

Eduard Bomhoff is hoogleraar economie aan Monash University op de campus in Kuala Lumpur. Hij pleitte als minister van Volksgezondheid in 2002 al voor regionale verzekeraars.



Reageren?
Mail naar opinie@fd.nl