

Den Haag, 30 januari 2020

Op 7 december heeft u een brief ontvangen van de heer v. U. over de werking van het Nederlandse zorgstelsel. In deze reactie ga ik graag in op de punten die de heer v. U. naar voren brengt.

Het Nederlandse zorgstelsel is er opgericht om kwalitatief goede zorg, betaalbaar en toegankelijk te maken voor iedereen in Nederland. Er is gekozen voor een stelsel dat is gebaseerd op gereuleerde marktwerking, in de overtuiging dat dat op lange termijn het beste resultaat oplevert. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar op hoogte van de premie, de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg en door hen geleverde service. Zorgaanbieders concurreren met elkaar op prijs en kwaliteit van de geleverde zorg.

Er zijn 11 verschillende zorgverzekeraars in Nederland actief. Zorgverzekeraars onderscheiden zich van elkaar in hoogte van de premie, soorten polis, de dienst-verlening, de omvang en de focus (regionaal of nationaal). Er is daarmee voldoende keuze voor verzekerden. Iedereen kan bij elke zorgverzekeraar terecht want de zorgverzekeraars hebben een wettelijk vastgelegde «acceptatieplicht». Er is geen sprake van machtsconcentratie ook al hebben de vier grootste zorg-verzekeraars bijna 90% van de markt in handen. Ook de grote zorgverzekeraars concurreren onderling in voldoende mate. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt hierop toezicht. Bijna alle zorgverzekeraars zijn coöperaties die eigendom zijn van hun leden, lees hun verzekerden. Zij hebben geen winst-oogmerk. Uiteraard moeten zij wel winst maken om hun bestaan op lange termijn te garanderen. Nederlandse Zorgverzekeraars keren dan ook geen winst uit. Als de kosten lager zijn dan de baten, kan de winst alleen maar terugvloeien naar de verzekerden (via verlaging van de premie) of aangehouden worden als solvabiliteit. Ook de bedrijfskosten van zorgverzekeraars zijn bijzonder laag. Het gaat om slechts 2,8% van de kosten van de zorg, hetgeen lager is dan ten tijde van de Ziekenfondswet. Daarmee werken zorgverzekeraars efficiënter dan de oude ziekenfondsen.

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zij voldoen aan de wettelijke zorgplicht die zij hebben voor hun verzekerden. Zorgaanbieders leveren de zorg en maken daarmee de kosten en de kwaliteit van de zorg. Door te onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van de zorg, prikkelen de zorgverzekeraars de zorgaanbieders om optimaal te blijven presteren. De zorgverzekeraars willen de hoogste kwaliteit zorg voor de laagste prijs, zodat zij de zorgverzekeringspremie laag kunnen houden terwijl de zorg van een goed niveau is. Doordat zij veel zorgaanbieders contracteren hebben zorgverzekeraars een beter beeld van kwaliteitsverschillen tussen de zorgaanbieders dan verzekerden. Zorgverzekeraars proberen contracten af te sluiten met de best presterende zorgaanbieders. Dit betekent ook, dat minder goed presterende zorgaanbieders geen of een minder gunstig contract kunnen krijgen van de zorgverzekeraar. Wil een verzekerde naar een zorgaanbieder waarmee zijn zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten, dan kan het voorkomen dat de verzekerde zelf moet bijbetalen. Dit is het geval als een verzekerde een zogenaamde naturapolis heeft. De verzekerde kan ook kiezen voor een zogenaamde restitutiepolis. Dan heeft de verzekerde recht op een volledige vergoeding. De premie voor dit soort polissen is vaak wat hoger.

Ten aanzien van de opmerking dat de dekking wordt uitgekleeft, merk ik op dat de verzekerde zorg uit het basispakket voor alle verzekerden en voor alle zorg-verzekeraars hetzelfde is. Er is geen sprake van dat zorgverzekeraars «als er te weinig wordt verdiend» zoals de heer v. U. stelt, de dekking van de basis-verzekering zouden kunnen beperken. Bovendien is het basispakket de laatste jaren uitgebreid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan behandelingen die automatisch het pakket instromen zodra ze effectief bevonden worden zoals het gebruik van een kunsthart, nieuwe stamceltherapieën of behandeltechnieken voor een herseninfarct en nieuwe geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden voorgeschreven. Hierbij zitten ook zeer dure geneesmiddelen zoals de onlangs toegelaten middelen Orkambi tegen taaislijmziekte en Spinraza tegen de spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA). Verder zijn er de afgelopen jaren wijzigingen in het pakket doorgevoerd, zo is de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) per 2019 toegevoegd aan het basispakket, is de vergoeding voor zittend ziekenvervoer ruimer geworden en worden oefentherapie bij COPD en logeervergoeding voor mensen die ver van huis worden behandeld, voortaan vergoed. Er is dus geen sprake van het uitkleden van de dekking vanuit de basisverzekering in tegendeel.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins