

Discussiestuk voor het Thema
“De consument als doelmatig zorggebruiker”

door: Michiel Mulder en Daniël Waagmeester
datum: 13 april 2005

1. Doelstelling en scope

‘Vraagsturing’ en ‘de consument centraal’ zijn belangrijke kernen in het nieuwe zorgstelsel. Meer dan nu moet de patiënt en zijn of haar belangen in het centrum van het stelsel staan. Het taalgebruik verraadt hier meteen een belangrijk element: spreken we over de patiënt of over de consument? De patiënt is de ontvanger van zorg, degene voor wie het allemaal moet gebeuren. De patiënt verlangt kwalitatieve de beste zorg, verwacht snel te worden behandeld en is niet primair geïnteresseerd in kosten; zijn verzekeraar draagt deze wel. Tegelijkertijd moeten we dezelfde patiënt zien als een consument: een vrager van zorg, die soeverein zijn keuze voor een verzekeraar maakt, opdat deze verzekeraar zowel de kosten van het gehele stelsel laag houdt als de kwaliteit hoog.

Waarom meer keuzevrijheid voor de zorg- en verzekeringsconsument? Dit is niet een doel op zich, maar een middel. Het doel is beheersing van de kosten van de gezondheidszorg, zonder af te dingen op de kwaliteit van de zorg. De gedachte is de introductie van meer ‘markt’ zal leiden tot prikkels tot efficiëntie en innovatie (met name bij zorgaanbieders), zoals in ‘normale markten’ gebruikelijk is. De prikkels lopen in principe van de verzekeringsconsument via de verzekeraar naar de zorgaanbieder, maar ook direct van de zorgconsument naar de zorgaanbieder. De prikkel van de consument zal moeten komen van zijn bereidheid om te kiezen en te switchen naar aanbieders met de beste prijs/kwaliteit verhouding.

De focus hier is daarom op de prikkel die de consument afgeeft en zelf krijgt. Een aantal vragen staat daarbij centraal:

- *Kan* de consument in het huidige stelsel een doelmatig zorggebruiker zijn? Doelmatig: in staat om te kiezen op prijs en kwaliteit en daardoor in staat effectief vraag uit te oefenen. Doelmatig zorggebruik leidt niet noodzakelijkerwijs tot goedkopere zorg, maar wel tot een eerlijke afweging van de kosten en de baten.
- *Wil* de consument een doelmatig zorggebruiker zijn?
 - o Wil de consument wel keuze hebben? Welke risico's wil hij daarvoor aanvaarden (anders gezegd: welke zekerheden wil hij opgeven)?¹
 - o Wil de ‘gimme generatie’ wel offers brengen (i.e. minder zorg of meer betalen)
- **Macrokostenbeheersing:** Als de consument een deel van de keuze afwentelt op de collectiviteit, hoe kunnen we hem of haar dan kostenbewust maken zonder dat de toegankelijkheid in gevaar komt?

We beperken ons tot de *cure*, waarbinnen we een aantal categorieën zorg onderscheiden: electieve zorg, spoedeisende zorg en zorg voor chronische patiënten. Bij spoedeisende zorg speelt prijs en zelfs kwaliteit amper een rol. Geografische nabijheid telt en de breedte van het aanbod wellicht. Concurrentie is dus bijna niet mogelijk en een keuze-element voor de consument moeilijk denkbaar. Chronische patiënten daarentegen zijn voor een deel ‘expert-patiënten’, ze gedragen zich meer als consument. Ze zijn vaak in staat en bereid informatie te verzamelen, doen “herhaalaankopen” en zeer gevoelig voor reputatie-effecten.. De prikkel zal zich primair richten op kwaliteit en wellicht het type behandeling; kosten zijn wellicht minder een overweging. De electieve zorg zit hier tussenin en wordt ook wel planbare zorg genoemd.² Het is niet zoals spoed, waar de medische noodzaak de zorgkeuze ‘dicteert’; de

¹ Dit is deels een schijntegenstelling: ook in het huidige stelsel loopt de patiënt risico's, maar die kent hij meestal niet.

² De minister van VWS schrijft “Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld. Dit betreft zowel de somatische ziekenhuiszorg als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

electieve consument is echter ook niet zo goed geïnformeerd als de chronische patiënt, die vrij goed zelf wil (en kan) kiezen. In feite is bij electieve zorg de consument minder geïnformeerd. Hij weet immers niet welke ziekte hij zal krijgen, dus welk ‘product’ zich over te informeren. Anders gezegd: de *consument* weet ten tijde van zijn consumentenbeslissing – het inkopen van een verzekering – nog niet wat voor soort *patiënt* hij zal zijn.

2. De positie van de consument in het nieuwe stelsel

De consument kan kiezen tussen een basispakket en aanvullende verzekeringen. De consument kan bij elke verzekeraar terecht voor het basispakket; er geldt een acceptatieplicht. De verzekeraar kan zich onderscheiden in prijs van het pakket en in dienstverlening. De verzekeraar mag echter niet verschillende consumenten een andere prijs berekenen.

Dienstverlening gaat niet alleen over service, maar juist ook over de contracten die de verzekeraar heeft met ‘zijn’ zorgaanbieders (bijvoorbeeld over hoe snel je als consument geholpen wordt). De verzekeraar kan verschillende polissen aanbieden: een polis in natura (behandeling bij een door de verzekeraar vooraf gecontracteerde aanbieder) of een polis ‘in cash’: kostenvergoeding bij (door de consument) zelf gekozen aanbieders. De verwachting is dat de naturapolis goedkoper zal zijn (in premie, of minder aanvullende betalingen), omdat die de zorgverzekeraar in staat stelt grote contracten met zorgaanbieders aan te gaan. In alle polissen geldt een verplichte ‘no claim’; in aanvulling daarop kan de consument een (niveau van) eigen risico kiezen.

Het verhaal voor de aanvullende verzekering is iets anders. Daarbij geldt geen acceptatieplicht voor de verzekeraar. Het is vooralsnog niet mogelijk om bij een andere dan je eigen basispakketverzekeraar een aanvullend pakket af te sluiten. Wel kan in de toekomst van basispakket worden gewisseld, terwijl de verzekerde zijn aanvullende verzekeraar bij de oude verzekeraar aanhoudt.

Het komt erop neer dat consumenten kunnen ‘stemmen met de voeten’; ze moeten van verzekeraar wisselen om hun consumentenmacht uit te oefenen. Het stelsel staat of valt dus met de vraag of consumenten ook daadwerkelijk die macht zullen uitoefenen.

De beperkte ervaringen tot nu toe zijn niet meteen hoopvol. Uit een enquête van het Centrum voor Verzekeringsstatistiek³ (CVS) blijkt dat consumenten de verschillende verzekeringen nauwelijks vergelijken wanneer zij een ziektekostenverzekering afsluiten. Vergelijkingsorganisatie Independer⁴ schat het huidige aantal overstappers afgelopen jaar (in de huidige particuliere verzekering) op 2½ à 3%. Dit terwijl in de weken voorafgaand aan de datum dat consumenten mochten wisselen van verzekeraar zo’n 35 miljoen euro door verzekeraars is uitgegeven aan reclamecampagnes. Ook waren zowel de prijsverhoging als de prijsverschillen aanzienlijk dit jaar. De Consumentenbond ziet vergelijkbare bewegingen. Ook in de energiemarkt stelde de Consumentenbond vast dat er weinig overstappers zijn: minder dan 4%. In de CVS-enquête geeft zes op de tien respondenten aan dat de prijs de doorslag geeft.

Aan de ene kant geldt dat massaal switchen niet nodig is om consumentenmacht uit te oefenen; ook de dreiging van switchen kan al voldoende prikkel zijn voor de verzekeraar. Aan de andere kant kunnen verzekeraars consumenten als het ware ‘dwingen’ te blijven (de

Onder de GGZ versta ik dat deel dat per 1-1-2006 wordt overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg, dat wil zeggen de gehele extramurale GGZ en alle intramurale GGZ korter durend dan één jaar. De somatische ziekenhuiszorg bestaat voor ongeveer 70% uit electieve zorg, de curatieve GGZ bestaat voor ongeveer 90% uit electieve zorg. (Zie brief van VWS op http://www.minvws.nl/images/CZ-2526374_tcm10-56058.pdf)

³ Bron: Telegraaf

⁴ Bron: Volkskrant, 1 februari 2005

verzekeraar kiest de consument, in plaats van de consument die een verzekeraar kiest). Het is onduidelijk welke mogelijkheden hier liggen voor de verzekeraar, maar bijvoorbeeld een chronische patiënt die een aandoening heeft die niet in het basispakket zit, zit in feite vast aan het aanvullend pakket bij zijn huidige verzekeraar (en daarmee aan het basispakket). Overigens lijkt dit probleem pas te gaan spelen als het basispakket kleiner zou worden. In het huidige basispakket worden weinig aandoeningen uitgesloten. Het pakket wordt vastgesteld aan de hand van verstrekkingen, niet aandoeningen (zo zitten ziekenhuiszorg, de huisarts en medicijnen in het pakket).

2.1 Wie dient de belangen van de consument?

Op het moment dat de consument zich gaat verzekeren, is hij veelal nog geen patiënt. Hij vindt op dat moment de financiële kwestie waarschijnlijk het belangrijkste. Echter, de belangen veranderen als de verzekerde door ziekte in zijn rol als patiënt terecht komt. Dan pas wordt duidelijk wat hij/zij voor zorg zou willen als patiënt.

Het idee van het nieuwe stelsel is dat de verzekeraar zijn kennis van het aanbod in dienst stelt van de belangen van de consument.⁵ Maar is de verzekeraar wel echt de beste belangenbehartiger van de consument? Strikt genomen is de verzekeraar al blij als hij tegen de laagste kosten zorg kan inkopen zonder verlies van klanten (consumenten als verzekeringnemer). Met het bieden van de beste kwaliteit kan een verzekeraar klanten vinden, maar hoe weet de consument nu wat de beste kwaliteit is? Ook in haar relatie met de verzekeraar ondervindt de consument dus problemen met betrekking tot haar informatieachterstand én met het feit dat hij/zij nog steeds niet kiest als patiënt.

In het nieuwe stelsel wordt de rol van de werkgever naar de achtergrond gedrukt. Deze kan namelijk geen collectieve contracten meer afsluiten. In het verleden trad de werkgever echter vrij succesvol op als belangenbehartiger van de consument, omdat de belangen dezelfde waren (én de beste kwaliteit én de laagste kosten).

Wellicht dat een derde partij op kan treden als belangenbehartiger van de consument. Bijvoorbeeld een belangenorganisatie. Bij chronisch gehandicapten blijkt dat een dergelijke belangenorganisatie flink wat marktmacht kan uitoefenen. Bij incidentele zorg (zowel electief als acuut) licht dat vaak weer anders. De consument weet nog niet of hij/zij de heup gaat breken of een ingeklapte long krijgt, zodat hij/zij zich niet van tevoren bij een belangenorganisatie aansluit. Ook ná een operatie zal hij/zij blij zijn dat het probleem verholpen is en niet geneigd zijn zich in te zetten voor een belangenorganisatie.

Een accreditatie-instituut kan wellicht wel een rol spelen met betrekking tot het monitoren van de kwaliteit die verschillende verzekeraars en aanbieders bieden. Hier wordt verder op ingegaan bij het koopje 'transparantie'.

3. Knelpunten

In het nieuwe stelsel komen we een aantal knelpunten tegen, die ertoe leiden dat de zorg-of verzekeringsconsument zich wellicht nog niet gedraagt zoals in het ideaalbeeld, waarin de consument de markt kent (prijs en kwaliteit), zijn verzekeraar prikkelt het consumentenbelang te dienen en de consument de totale kosten van zijn keuzes in ogenschouw neemt. We gaan hieronder in op een aantal van deze knelpunten.

3.1 Transparantie

Consumentensoevereiniteit staat of valt met een consument die een keuze *kan* maken. Hij moet daarvoor het product kennen en verschillende aanbiedingen kunnen vergelijken. De

⁵ Bij 'in cash' polissen gaat dit echter niet op, dan kan de consument zelf een aanbieder kiezen.

verzekeringsproducten kenmerken zich door een prijs en een bepaalde dekking, wat in het nieuwe stelsel vooral gaat over welke specifieke afspraken de verzekeraar met zorgaanbieders heeft gemaakt. Als de consument een 'in natura' polis heeft, is verdere informatie minder noodzakelijk, indien de verzekerde de verzekeraar de zorg voor kwaliteit toevertrouwd. De 'in cash' verzekerden zullen zeker over het zorgaanbod zelf informatie willen hebben, over de prijs en met name de kwaliteit.

Een prijsvergelijking is snel gemaakt, of het daarbij nu gaat om een verzekering of een bepaalde behandeling. Het valt te verwachten dat deze prijzen ook wel bekend worden in de markt. Waarschijnlijk sneller voor standaard, electieve behandelingen (staar, een liesbreuk, etc.), en ook sneller naarmate de consument (verzekerde of patiënt) beter georganiseerd is. Indien de prikkel vanuit de vraagzijde van de markt hier niet groot genoeg is, kan de overheid prijstransparantie afdwingen.

Lastiger is vergelijking van kwaliteit van de zorg zelf.⁶ Twee problemen spelen eigenlijk een rol: de beschikbaarheid van informatie over kwaliteit en de verspreiding en bundeling ervan. De beschikbaarheid is momenteel nog slecht. Met name ziekenhuizen zien er geen brood in hun (al dan niet meetbare) kwaliteitsgegevens op straat te leggen en hebben ze vaak zelf ook niet. Het is dus de vraag in hoeverre in het nieuwe stelsel vragen gaan worden gesteld over kwaliteit. Patiënten hebben hier belang bij. De verzekeraar dus indirect ook; idem voor consumentenorganisaties.

De verspreiding en/of bundeling van kwaliteitsinformatie kan verschillende vormen krijgen. Denk bijvoorbeeld aan accreditatiebureaus. Accreditatie wil zeggen dat een gezaghebbende organisatie heeft erkent dat een zorgaanbieder competent is om haar taak uit te voeren. Of zijn er andere middelen? Heeft niet de verzekeraar zelf ook een belang bij optimale transparantie, zodat de markt ook echt kan werken? In enkele Amerikaanse staten is ook de overheid actief betrokken bij de verbetering van transparantie via verplichte 'record cards', waarop de uitkomsten op een groot aantal prestatie-indicatoren per zorgverzekeraar en de door hem ingekochte zorg worden samengevat. Iets voor Nederland?

Wat betreft de vergelijkbaarheid van verzekeringsaanbiedingen, zouden vormen van standaardisatie behulpzaam zijn. Hoewel dit wellicht op gespannen voet staat met een vrije verzekeringsmarkt, zijn hier wel mogelijkheden denkbaar. Hetzelfde geldt voor een rol voor de overheid in dit coördinatieprobleem. In ieder geval wordt al de inhoud van het standaardpakket worden vastgesteld door de overheid. Een alternatief kan zijn dat de overheid informatie verzameld en beschikbaar stelt in een *format* dat vergelijking mogelijk maakt. Zo wordt in de Noorse energiemarkt aan het einde van ieder jaar een vergelijking van de verschillende diensten huis aan huis verspreid.

Concluderend: bij transparantie gaat het over de openbaarheid van informatie én de bundeling ervan zodat vergelijking mogelijk is. Indien deze zaken niet door de markt, of onder druk van belanghebbenden (als patiënten- of consumentenorganisaties) tot stand komt, kan de overheid ervoor kiezen transparantie af te dwingen.

3.2 Zoekkosten en prikkel tot switchen

Het wisselen van verzekeraar is niet 'gratis'. De verzekeringsconsument moet op z'n minst een avond folders doornemen en verschillende pakketten vergelijken die op veel verschillende dimensies niet vergelijkbaar zijn. Wat is de verhouding tussen deze kosten en de opbrengsten? In de energiesector bespaart men bij het switchen van aanbieder hoogstens 5-10 euro op een energierekening van 150 euro. Hier lijkt de prikkel dus te klein. In de zorgsector gaat het echter om grote prijsverschillen. Het zou kunnen zijn dat de perceptie van de consument

⁶ Meer over kwaliteit in het blokje hieronder.

anders is (zie vorige punt) en daarom niet switcht. Of gaat het de consument niet om de prijs? Wat is de prikkel voor de consument om te switchen?

De discussie over switchen is eigenlijk vergelijkbaar met die in andere markten: de drempels moeten worden weggenomen. Transparantie is daarbij de eerste noodzakelijke (maar niet voldoende voorwaarde), maar daarnaast zijn er andere mogelijkheden:

- Een verdere loskoppeling van het basispakket van het aanvullend pakket.
- De overheid kan een jaarlijkse keuze voor een verzekeringspolis verplicht maken. Dat wil niet zeggen dat de verzekerde niet kan bijtekenen op zijn huidige polis, maar wel dat hij of zij gedwongen wordt er opnieuw over na te denken.
- Hierop aansluitend kan gedacht worden aan een informatieplicht voor verzekeraars over alternatieven van andere aanbieders.
- Instelling van een elektronisch patiëntendossier, dat eenvoudig overdraagbaar is. Dit verkleint de afhankelijkheid van de patiënt van een bepaalde zorgaanbieder.
- Een vergelijkbaar idee is een uniform patiëntnummer.

3.3 Kwaliteit

Kwaliteit in de zorg is zowel een zeer belangrijk als een moeilijk grijpbaar begrip. Kwaliteit van verzekeraar en zorgaanbieder wordt pas duidelijk als er beroep op zorg gedaan wordt (en dan is het veelal te laat om te switchen).⁷ Bovendien is zorg een complex product en het is onduidelijk wat de bijdrage van de behandeling aan het eindresultaat (de gezondheid) is. De kwaliteit is daarom voor zowel consument als verzekeraar moeilijk te beoordelen (informatie-asymmetrie). In dergelijke situaties valt men terug op reputatie (zie ook de discussie over transparantie).

Kwaliteitsindicatoren kunnen de transparantie verhogen en het belang van reputatie verminderen, maar dergelijke instrumenten staan nog in de kinderschoenen. Zorgaanbieders willen niet aan kwaliteitsmeting meewerken, en/of hebben zelf ook geen goed inzicht. Bovendien, is het een vraag of kwaliteitsmeting of accreditatie niet louter leidt tot vergelijking op 'meetbare' kwaliteit, ten koste van onmeetbare kwaliteitsaspecten? We kunnen daarbij onderscheid maken tussen kwaliteit van het proces en kwaliteit van het product. Het proces (de organisatie in een ziekenhuis, bijvoorbeeld) is vergelijkbaar met andere 'gewone markten'. Het is zeer wel denkbaar dat daarvoor een norm zoals de ISO-norm wordt gehanteerd. Bij zo'n norm past een vorm van accreditatie of externe controle. Kwaliteit van 'het product' (de verleende zorg zelf) is moeizamer; dit is een uitvloeisel van de professionaliteit van het personeel. Concrete mogelijkheden zouden bijvoorbeeld kunnen zijn een patiënten-audit, of andere vormen van bundeling van patiëntenervaringen. Subjectieve *assessments* kunnen objectieve gegevens aanvullen.

Een belangrijke vraag is: wie is straks verantwoordelijk voor de kwaliteit op de zorgmarkt? De Inspectie voor de Volksgezondheid is zoals nu verantwoordelijk voor de handhaving van een minimum aan kwaliteit. De rest ligt feitelijk bij de zorgaanbieder. Zijn aanbieders te prikkelen tot kwaliteit, als er een sterke kostenfocus in het stelsel zit? En misschien belangrijker, zijn aanbieders te prikkelen tot *differentiatie in* kwaliteit? En vervolgens de rol van de verzekeraar, die ook een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit krijgt, zeker bij een 'in natura' polis. Kan de verzekeraar treden tussen patiënt en dokter, die beide geneigd zijn het beste (en dus duurste) medicijn te kiezen? Mag de consument geprikkeld worden tot minder zorg, bijvoorbeeld in zijn laatste dagen?

De relatie tussen kwaliteit en kosten is overigens nog onderwerp van discussie. De prijs van een behandeling is niet indicatief voor de kwaliteit. Het lijkt erop dat in het huidige stelsel

⁷ Dat de inschatting van je eigen toekomstige 'gedrag' op de zorgmarkt moeilijk is, blijkt uit een interessante paradox: mensen oververzekeren zich, maar schijnen tegelijkertijd het risico dat ze ziek worden te onderschatten.

kwaliteit niet duurder hoeft te zijn, maar dat dit vooral te wijten is aan de nog steeds gebrekkige organisatie in de zorg. Ruwweg wordt de prijs dus bepaald door de kwaliteit plus de vergoeding voor inefficiëntie. Indien de inefficiëntie terug zou worden gebracht, is de relatie van kosten en kwaliteit te beschrijven als een omgekeerde U: de kwaliteit neemt eerst toe bij meerkosten, maar na een optimum weer af. Het verschilt ook per groep, bijvoorbeeld voor chronische patiënten lijkt kwaliteit van zorg vaak op preventie. Dit is veelal goedkoper, omdat gecompliceerde verdere behandeling kan worden beperkt.

3.4 Prikkel tot kostenefficiëntie

Het inpassen van de juiste prikkel tot kostenminimalisering gaat niet zonder hoofdbrekens. De draagkrachtige consument is al snel bereid te betalen voor (vermeende) kwaliteit. Zoals we bij het kopje 'kwaliteit' bespraken, is de kans groot dat consumenten goedkope verzekeringspolis zien als een slechte polis (CPB 2003). Het gevaar doet zich voor dat de verzekeraar de facto helemaal geen prikkel heeft de kosten te drukken, aangezien de draagkrachtige consument de goedkope polis zal associëren met een lage kwaliteit. Paradoxaal genoeg kan de verzekeraar aldus zijn beste klanten kwijtraken, door de kosten te drukken.

Het is dus ook in het belang van de lage kosten dat de kwaliteitsverschillen tussen verschillende polissen en aanbieders goed zichtbaar zijn. Maar dan nog is de kans groot dat de consument zich 'koppig' gedraagt. Voor de consument is zijn gezondheid letterlijk van levensbelang en hij zal daar dan ook bereid zijn voor te betalen.

Het is ook de vraag of eigen risico's en no claim regelingen de kosten metterdaad zullen drukken. Het risico bestaat dat deze vormen van marktwerking niet het beoogde doel hebben doordat de marktmacht van de consument niet groot genoeg is. Aan de andere kant tast een eigen bijdrage of no claim wél de solidariteit in het stelsel aan doordat de minder daadkrachtige consument wél een prikkel voelt. Het nadeel van eigen risico en no claim is ook dat de consument geprikkeld wordt om pas in een laat stadium van zijn ziekte/aandoening aan te kloppen bij de huisarts. Hierdoor zullen de kosten voor een ingreep hoger zijn.

De prikkel tot kostenefficiëntie is dus wellicht nog het meest gebaat bij een beter inzicht in de kwaliteit en hiermee de prijs-kwaliteit verhouding. Als de informatie betrouwbaar genoeg is, zal ook de draagkrachtige consument hier beter rekening mee houden.

3.5 Prikkel tot preventie

In het verlengde van het voorgaande ligt het dilemma van de prikkel tot preventie. Kan de consument geprikkeld worden selectiever te zijn in zijn zorgvraag? Preventie voorkomt kosten in de toekomst, die echter toch vergoed worden. Waar de verzekeraars (als collectief) een prikkel hebben om toekomstige kosten te vermijden⁸, heeft de consument dit niet perse. Immers, wat zal zijn preventie (de 'kosten' is in termen van gedrag) bijdragen aan premiedaling (de baten)? De prikkel voor de consument werkt dus alleen als er individuele premiedaling staat tegenover zijn inspanning (dus niet collectieve premiedaling als gevolg van algemene kostendaling voor de verzekeraar, het effect van preventie). Premiedifferentiatie staat op gespannen voet met de systematiek van het nieuwe stelsel en tast bovendien de solidariteit aan tussen gezonde en ongezonde mensen: het principe van risicoverevening. Wellicht dat collectieve vormen van collectieve contracten hier een uitkomst kunnen bieden. Collectieve contracten kunnen een nuttig instrument zijn om algemene arbeidsgerelateerde risico's te beperken. In anticipatie op het nieuwe stelsel zijn er ook al verzekeraars die met patiëntenverenigingen collectieve contracten aangaan (Agis met gehandicapten en diabetici). Echter, de preventieprikkel voor de werkgever zit reeds besloten in de collectieve

⁸ De verzekeraar heeft ook een moeilijke preventieprikkel, omdat verzekerden kunnen overstappen. De investering in preventie betaalt zich dan uit bij een andere verzekeraar. We gaan hier niet verder op in, omdat dit stuk specifiek gaat over de positie van de consument.

arbeidsongeschiktheidsregelingen; de kans dat hier grote winst te behalen is in de zorgverzekering wellicht niet groot.

De belangrijkste prikkels bestaan in de vorm van een no-claim, eigen bijdrage en dergelijke. Is deze prikkel voldoende, om te leiden tot preventie? Dit soort maatregelen zou deels kunnen worden gekoppeld aan controleerbare lichaamskenmerken (bijv. lichaamsgewicht), maar dit is niet zonder problemen.

Het is overigens (voor de verzekeraar en de verzekerde) niet helder of preventie zich uitbetaald: ongezonde mensen leven vaak korter en maken minder kosten in hun laatste levensfase. Voor rokers is aangetoond dat zij uiteindelijk goedkoper zijn, gemeten in harde euro's. Hiermee is eigenlijk gezegd dat over preventie vooral in termen van gezondheidswinst moet worden gesproken. De paradox is dat men zou verwachten dat de prikkel voor de consument/patiënt hier dus heel sterk is. De praktijk leert echter dat dit te simpel geredeneerd is; de consument blijkt 'kortzichtig' in zijn gedrag.

4. Houvast voor de discussie en stellingen

In de tabel hieronder staan op de rijen de genoemde knelpunten. In de kolommen staan de typen consument. Dit kan tijdens de discussie dienen als houvast om te kijken welke maatregel, voor welke doelgroep leidt tot het oplossen van het genoemde knelpunt.

	Chronisch	Incidenteel		Oud	Jong	Arm	Rijk
		Electief	Acuut				
Transparantie bevorderen							
Zoekkosten verminderen							
Kwaliteitsprikkel							
Prikkel tot preventie							
Prikkel tot kostenefficiëntie							

Vooruitlopend op deze discussie worden hier de volgende algemene stellingen geponeerd:

1. Transparantie: Burgers moeten het recht krijgen geaggregeerde medische kerngegevens bij ziekenhuizen op te vragen.
2. Zoekkosten: Standaardisatie van verzekeringspolissen is noodzakelijk.
3. Kwaliteit: Er moet een accreditatie-instituut komen dat zorgaanbieders langs een kwaliteitstoets legt.
4. Preventie: In het nieuwe stelsel heeft niemand een prikkel tot preventie
5. Kostenefficiëntie: Werkgevers moeten weer collectieve contracten kunnen sluiten.