

# De vrouw van tien miljard: Marjolein Verstappen, vice-voorzitter divisie Zorg & Gezondheid van marktleider Achmea

**Carina van Aartsen**

**Marjolein Verstappen heeft zichtbaar plezier in haar baan. De voormalig Agis-topvrouw is sinds kort directeur zorginkoop en vice-voorzitter van Achmea divisie Zorg & Gezondheid, waar ze over een budget van 10 miljard euro gaat. 'Dit is echt iets wat uit mijn hart komt.'**

Na de fusie met Agis is Achmea ruimschoots marktleider van het land. Het aantal zorgverzekerden bij Achmea kan oplopen tot 5,3 miljoen als de fusie met de Friesland Zorgverzekeraar een feit is. Deze verzekeraar fuseert in de loop van het jaar met Achmea maar behoudt voor zeker vijf jaar een grote mate van autonomie. Agis had eenzelfde afspraak maar integreerde begin dit jaar vervroegd met Achmea, bijna drie jaar eerder dan gepland. Verstappen: "Er was een profileringsdrift van de twee organisaties, zonde van de energie. Dan kun je beter samenwerken. We werken nu aan één backoffice. Door het efficiencyvoordeel dat we daarmee halen, stijgt de premie voor onze verzekerden niet meer dan nodig. Een ander voordeel is dat wij meer informatie hebben over zorggebruik, waardoor we beter kunnen inkopen."

## **Grote verantwoordelijkheid**

Verstappen heeft antropologie gestudeerd en heeft in haar werk altijd naar maatschappelijke betrokkenheid gezocht. Voor ze bij Agis kwam, werkte ze als directeur van de GGD in Rotterdam en vervolgens in Amsterdam. Die maatschappelijke betrokkenheid vindt ze ook terug bij Achmea. "Als marktleider in zorg hebben wij een grote verantwoordelijkheid en die nemen wij ook. Wij willen de gezondheidszorg effectiever maken, dat houdt in: kwalitatief goed en betaalbaar. Dit is echt iets wat uit mijn hart komt." Met winst draaien is geen doel op zich, verzekert ze. "Marktwerking, dat klinkt als grote winsten en bedrijven als Philips en Shell. Maar zo is het niet bij zorgverzekeraars. Wij hebben geen winstoogmerk. Van elke 100 euro aan premiegeld gaan er 96 naar de zorg, 3 naar de beheerskosten en 1 naar rendement. Die 3 euro voor de organisatie is weinig, maar het kan omdat zorgverzekeraars veel doen aan efficiency."

Niet alleen de verzekeraar zelf, ook samenwerkingspartners kunnen profiteren van

de schat aan informatie die Achmea bezit. Verstappen: "Toen ik bij de gemeente werkte, realiseerde ik me helemaal niet dat zorgverzekeraars over deze informatie beschikken. Nu kunnen wij gemeenten laten zien hoe het zorggebruik per wijk is. Hoe komt het dat in de ene wijk veel meer wordt verwezen naar ziekenhuizen? Heeft dat te maken met de populatie of ligt dat aan het aanbod? Als het aanbod niet goed georganiseerd is, kunnen wij daar als verzekeraar een bijdrage aan leveren." Verstappen haalt een project aan in Utrecht Overvecht waar eerstelijnszorgverleners, gemeente en zorgverzekeraar in samenwerken. "De organisatie van de eerstelijnszorg is sterk verbeterd, waardoor er minder onnodige verwijzingen zijn naar het ziekenhuis. Uitgangspunt is dat goede zorg wijkgericht, dichtbij en laagdrempelig is en bij voorkeur wordt geboden door een multidisciplinaire eerste lijn. We beogen hiermee dat onze verzekerden tijdig worden doorverwezen naar de juiste hulpverlening. Het blijkt daarnaast te leiden tot 4 procent kostendaling, wat wij vooraf niet precies wisten. Onze investering heeft geloond.?"

### **Van efficiency naar kwaliteit**

Nu al is Achmea de krachtigste partij in de zorgmarkt. Verstappen: "We hebben 4,8 miljoen verzekerden, hoeveel weet je dan niet van het zorggebruik? Dat geeft een enorme kick." Ter vergelijking: de eerstvolgende, UVIT, heeft 4,1 miljoen verzekerden. Minister Schippers zei begin juli bij het sluiten van het convenant tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen te hopen dat zorgverzekeraars nu eindelijk werk gaan maken van het selectief inkopen van zorg en harder met elkaar gaan concurreren. Verstappen voorziet een omslag. Verzekeraars beconcurreren elkaar nog heel erg op efficiency. Concurreren op kwaliteit wordt de grote uitdaging. "De vraag is hoe ver je daarin wilt gaan. We hebben in Nederland een heel groot goed met ons brede basispakket. Daar concurreren wij niet op."

Waar Achmea wel op wil concurreren, is juist die grote hoeveelheid informatie. Informatie over kwaliteit, die de verzekeraar op de website inzichtelijk maakt voor verzekerden. Het is tevens spiegelinformatie voor zorgaanbieders. Gekregen van zorgaanbieders. "Wij onderhouden nauwe contacten met zorgverleners. Hierdoor ontstaat een vertrouwensband. Door gegevens over zorgconsumptie met elkaar te delen, streven we samen naar zorgverbetering".

Er zijn zorgverzekeraars die niet bereid zijn te investeren in kwaliteit als de zorg er niet aantoonbaar goedkoper door wordt. Bij Achmea ligt dat anders. "Investeren in zorg is niet altijd meteen te vertalen in lagere kosten", zegt Verstappen: "Wij gaan

ervan uit dat betere kwaliteit van zorg leidt tot betere kwaliteit van leven van onze verzekerden en dat leidt uiteindelijk tot relatief lagere zorgkosten.”

Ze wijst op de technologische ontwikkelingen die hebben geleid tot een langere gemiddelde levensduur en een betere kwaliteit van leven. Een mooi voorbeeld van dat laatste, noemt ze de niersteenvergruizer. “Langer doorlopen met een niersteen is absoluut goedkoper. Maar het is voor de patiënt toch wel heel fijn dat zo’n steen er nu eerder uit kan. Een ander gevolg is dat er minder mensen hoeven te worden geopereerd. Dus als je het in breder verband ziet, maakt het de zorg vermoedelijk toch goedkoper.”

### **Informatie democratiseren**

Al met al beschikken zorgverzekeraars nog over te weinig kwaliteitsinformatie, vindt Verstappen. Daar komt rap verandering in, denkt ze, en wijst op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. “Wij weten dat de kwaliteit van borstkankerzorg in het ene ziekenhuis beter is dan in het andere. Er zit de facto verschil in de overlevingskans tussen ziekenhuis A en ziekenhuis B. Vroeger wist men dat niet, behalve mensen die kennissen of familie hadden in medische kringen. Nu is die informatie er wel. Het is onze taak om die kwaliteitsinformatie te democratiseren.”

Borstkanker, nu we het er toch over hebben... Verzekeraar CZ was vorig jaar de eerste die hardop in de pers liet weten dat het borstkankerzorg niet meer zou inkopen bij vier ziekenhuizen. Vervolgens ontstond een enorme commotie over de normen en de interpretatie ervan. Ineens bleken zorgverzekeraars verschillende criteria te hanteren. Het bekendste voorbeeld is de beoordeling van het Drentse Bethesda Ziekenhuis. Volgens CZ voldeed het ziekenhuis niet aan de norm, terwijl het van Menzis juist een topzorgpredicaat had gekregen. Verstappen: “Dat kan je gewoon niet maken, patiënten weten niet meer waar ze aan toe zijn.”

Achmea oefent liever druk uit achter de schermen, zegt ze. “Ons doel is niet om in de publiciteit te komen.” Wat de zorgverzekeraar doet, is echt scherpe normen voor goede zorg publiceren die zijn ontwikkeld door wetenschappelijke verenigingen. Achmea vraagt bij ziekenhuizen na of ze zich aan de normen houden. Het resultaat wordt vervolgens op internet gezet. De zorgverzekeraar zet daarmee druk op de ketel waardoor zorgaanbieders die de normen niet of nauwelijks halen, zelf beslissen die zorg te staken. “Stoppen ze niet met die zorg, dan zullen we vanaf 1 januari 2012 deze ingrepen niet meer bij die ziekenhuizen en maatschappen inkopen. Zo blijven de kwalitatief beste ziekenhuizen over.” Uiteindelijk moet er één

indicatorenset komen, vindt ze. Het initiatief moet komen van de medisch specialisten, maar zorgverzekeraars spelen daar een belangrijke rol in. "Onze rol is stimuleren dat de discussie wordt gevoerd. Waar dat stukt, grijpen wij in."

### **Dicht bij huis**

Zowel in Amsterdam als bijvoorbeeld in Meppel en Hoogeveen discussieert Achmea mee over concentratie en kwaliteit. De zorgverzekeraar wil verzekerden kunnen garanderen dat de zorg dicht bij huis goed is georganiseerd. "Die is van minstens zo groot belang als de complexe zorg. Kleine ziekenhuizen gaan veel kwijtraken. Samen met hen kijken we dan naar combinaties met huisartsenzorg." Verstappen verwacht dat mensen hun basiszorg vooral blijven kiezen in het dichtstbijzijnde ziekenhuis maar dat ze voor complexe zorg van hoge kwaliteit bereid zijn verder te reizen. Zoals velen in de zorg, verwacht Verstappen dat er minder ziekenhuizen zullen overblijven. Aan een voorspelling wil ze zich echter niet wagen. Een aantal spoedeisende hulpposten zal zeker verdwijnen. Dat is logisch, vindt Verstappen: "Kwaliteit kan niet worden gegarandeerd als een spoedeisende hulp 's avonds en 's nachts te weinig patiënten krijgt. Dan is er sprake van schijnzekerheid." Ze ziet het als taak van de zorgverzekeraar om samen met zorgaanbieders te zorgen voor een goede organisatie van huisartsenzorg als er een SEH wordt gesloten.

Zorgverzekeraars moeten vanaf volgend jaar per ziekenhuis bepalen hoeveel een ziekenhuis mag groeien, om zo aan de afgesproken maximumgroei van 2,5 procent te komen. Dan kan je de situatie krijgen dat een klein ziekenhuis bijvoorbeeld de verloskunde overlaat aan een groter ziekenhuis in de buurt. Verstappen: "Die 2,5 procent groei is een landelijk gemiddelde. Wij moeten kijken hoe we dat regionaal gaan vertalen. Dat is lastig, want ziekenhuizen zullen compensatie willen voor verlies aan zorg. Het zullen spannende gesprekken worden."

### **Voordeliger contracten**

Minister Schippers wil dat zorgverzekeraars sterker gaan sturen waardoor ze voordeliger contracten kunnen afsluiten met goede zorgaanbieders. Zo hoopt ze dat betere kwaliteit leidt tot goedkopere zorg. Die 'winst' zouden verzekeraars moeten doorberekenen aan de verzekerden. Naturapolissen zouden substantieel goedkoper moeten worden dan restitutiepolissen, waarbij een verzekerde niet hoeft bij te betalen. Verstappen denkt wel dat het prijsverschil groter zal worden, maar wil geen bedrag noemen. "De euro moet in de eerste plaats optimaal worden besteed aan zorg." Dit kan op gespannen voet komen te staan met de vrije artsenuitvoering.

Verstappen verwacht dat patiënten kiezen voor kwaliteit; Achmea zal verzekerden nooit dwingen om naar voorkeursartsen te gaan. Het speelt al bij de ketenzorgprojecten in de eerste lijn, vertelt ze. "Stel dat een oogarts voor wie een patiënt voorkeur heeft of bij wie hij al in behandeling is, niet in de keten zit omdat de huisarts een contract heeft met andere oogartsen. De patiënt mag dan nog steeds naar die eigen oogarts, maar zal een deel van de kosten zelf moeten betalen." Lachend voegt ze toe: "Verzekerden hebben de vrijheid om naar de beunhaas op de hoek te gaan, als ze dat willen. Wij zullen altijd een deel blijven vergoeden."

### **Druk op AWBZ-aanbieders**

Een andere tak van sport is de AWBZ. Vanaf 2013 gaan de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren voor hun klanten: "Heel mooi", zegt Verstappen enthousiast. "De klant krijgt een keuze en kan gemakkelijker van verzekeraar wisselen. Nu is hij gebakken aan een zorgkantoor in de buurt." Zorgverzekeraars gaan meer druk uitoefenen op zorgaanbieders. Agis houdt nu in Amsterdam regelmatig gesprekken over kwaliteit van zorg met de plaatselijke ouderenzorgorganisaties. "Natuurlijk is het prettig dat je als zorgverzekeraar veel verzekerden vertegenwoordigt, dan sta je sterk", vindt Verstappen.

Ze kijkt ernaar uit om ook in de AWBZ meer te experimenteren met verschillende zorgvormen. Dat is nu niet mogelijk omdat financieringsregels in de weg zitten. "Er zitten geen prikkels in het systeem om mensen thuis te laten wonen. Wij kunnen cliënten door de hele keten volgen, bijvoorbeeld in dementieprojecten, waardoor we steeds meer leren over de effectiviteit van zorg. Daar profiteren onze klanten van."

Ten slotte zullen ook de ouderenzorg en Wmo niet ontkomen aan de invoering van kwaliteitsindicatoren. Achmea is al bezig met de ontwikkeling ervan. Dat heeft als consequentie dat evenals in de ziekenhuiszorg zorgaanbieders door zorgverzekeraars kunnen worden uitgesloten. "Stel een zorgaanbieder scoort beneden de norm, dan kunnen wij de zorg ergens anders contracteren. Dat kan overigens alleen als er een goed alternatief is in de buurt." Verstappen is er zeker van dat in de AWBZ veel meer concurrentie ontstaat tussen instellingen. "Dienstverlening bijvoorbeeld, daar kun je wel degelijk op concurreren. Of je kunt denken aan hogere tarieven voor betere prestaties. Dat doen we nu bij fysiotherapeuten. Achter de schermen doen wij heel veel. Het is niet zo bekend, want de publieke belangstelling gaat meer uit naar de zweep." •

*Marjolein Verstappen: 'Investeren in zorg is niet altijd meteen te vertalen in lagere kosten' 'Die 2,5 procent groei is een landelijk gemiddelde. Wij moeten kijken hoe we dat regionaal gaan vertalen'*

**Bron: Zorgvisie, 29 juli 2011.**