



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Hobbels op het speelveld van zorgverzekeraars

Keuzenkamp, H.A.; Kok, L.; Pomp, M.

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Keuzenkamp, H. A., Kok, L., & Pomp, M. (2003). Hobbels op het speelveld van zorgverzekeraars. (SEO-rapport; No. 692). Amsterdam: SEO.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



Stichting voor Economisch Onderzoek
der Universiteit van Amsterdam

Hobbels op het speelveld van zorgverzekeraars

Onderzoek in opdracht van het Verbond van Verzekeraars

Hugo Keuzenkamp
Lucy Kok

Met medewerking van
Marc Pomp

Amsterdam, 5 mei 2003

"Het doel der Stichting is het verrichten van economische onderzoekingen, zowel op het terrein der sociale economie als op dat der bedrijfseconomie, ten dienste van wetenschap en onderwijs, mede ten nutte van overheid en bedrijfsleven"

(art. 2 der stichtingsakte)

SEO-rapport nr. 692

Copyright © 2003 SEO Amsterdam. Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt op welke wijze dan ook zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting voor Economisch Onderzoek te Amsterdam.

Inhoud

Conclusies.....	1
1 Inleiding.....	3
2 Concentratie in de huidige markt.....	5
3 Intermezzo: ontwikkelingen in de VS	7
4 Concentratie in de toekomstige markt.....	11
4.1 Horizontale integratie.....	12
4.2 Verticale integratie	13
4.3 Conclusie: er ontstaan regionaal machtige verzekeraars.....	14
5 Mogelijkheden voor bevordering concurrentie	17
Literatuur.....	19

Conclusies

- Een gedeeld speelveld voor ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars zal de consolidatietendens in zorgverzekeringen versterken.
- Of particuliere zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel zelfstandige marktkansen behouden hangt vooral af van aanvullende regulering. Deze regulering betreft (1) de uitwerking van acceptatieplicht; (2) de spelregels voor contracteren door zorgaanbieders met regionale marktmacht, i.c. algemene ziekenhuizen; (3) de omvang van het basispakket; (4) de ruimte voor collectieve zorgverzekeringscontracten.
- Uitgaande van een landelijke acceptatieplicht en een verbod op exclusieve relaties tussen zorgaanbieders met marktmacht en verzekeraars zal er een marktstructuur ontstaan die een mengeling laat zien van een zeer beperkt aantal landelijk opererende zorgverzekeraars en een groter aantal dominante regionale zorgverzekeraars.
- Voor de consument is dit niet bezwaarlijk zolang er sprake is van concurrentie tussen de dominante regionale verzekeraars. Voorwaarde voor concurrentie tussen de dominante regionale verzekeraars is het uitsluiten van exclusieve relaties tussen verzekeraars en zorgaanbieders met marktmacht. Wanneer dat niet gebeurt kan de regionaal dominante verzekeraar alle zorgaanbodcapaciteit opkopen, waardoor de consument niet kan overstappen naar een verzekeraar in een andere regio.
- Voor het functioneren van de verzekeringsmarkt van groot belang hoe zorgaanbieders worden gereguleerd. Als een verzekeraar een preferentiële relatie met een zorgaanbieder verwerft voor een (belangrijk) deel van de zorgcapaciteit, dan is de vraag hoe het restdeel gecontracteerd kan worden. Zal dat deel door de marktmeester gedwongen onder dezelfde voorwaarden aan andere verzekeraars worden geboden? Of zijn de leveringsvoorwaarden ongunstiger? Dit vraagstuk behoeft nadere uitwerking.
- Concurrentie tussen verzekeraars kan verder worden bevorderd door:
 - a) het bevorderen van concurrentie tussen zorgaanbieders: slechten toetredingsdrempels ziekenhuizen, schrappen numerus fixus medicijnen
 - b) het bevorderen van collectieve contracten

1 Inleiding

In het toekomstige zorgstelsel moeten zorgverzekeraars de rol van regisseur gaan spelen. In plaats van schade uitkeren moeten ze de kosten van de zorg in de hand houden. Nu gebeurt dit laatste nog door budgettering van de overheid. De gedachte achter de stelselherziening is dat wanneer zorgverzekeraars de kosten van de zorg in de hand houden zij een lagere premie kunnen vragen en daardoor meer klanten trekken. De kosten kunnen verzekeraars laag houden door scherp te onderhandelen met zorgaanbieders. Om scherp te kunnen onderhandelen moeten zorgverzekeraars voldoende machtspositie hebben ten opzichte van zorgaanbieders. Daarnaast is de onderhandelingsbekwaamheid van groot belang.

Momenteel onderhandelen de ziekenfondsen met zorgaanbieders over prijs en hoeveelheid van de te leveren zorg. Particuliere zorgverzekeraars haken aan bij deze onderhandelingen. Dit beperkt de onderhandelingsbekwaamheid: er is, ten opzichte van ziekenfondsen, relatief weinig kennis van de zorgmarkt. Daar staat tegenover dat particuliere verzekeraars een zakelijker bedrijfscultuur hebben. Dat kan het onderhandelingsvermogen, zodra dat ingezet moet worden, ten goede komen.

Omdat particuliere zorgverzekeraars meestal landelijk werken is hun regionale marktaandeel klein. Zij hebben daardoor weinig inkoopmacht ten opzichte van zorgaanbieders, met name ten opzichte van de ziekenhuizen die regionaal een sterke positie hebben. Particuliere verzekeraars kunnen hun kosten momenteel laag houden door een efficiënte bedrijfsvoering, of door risicoselectie. Het laatste geschiedt door vooral te concurreren op imago (Kok, Hoeben, Desczka, 2000).

Ziekfondsen en particuliere verzekeraars hebben dus een zeer verschillende uitgangspositie op de toekomstige zorgmarkt. Het Verbond van Verzekeraars heeft de SEO in kort bestek gevraagd inzicht te geven in het effect van de stelselherziening op de positie van de particuliere zorgverzekeraars. De onderzoeksvragen van het Verbond van Verzekeraars zijn:

1. Komen er regionale monopolies? Zo ja, welke gevolgen heeft dit voor de consument?
2. Hoe kan concurrentie in het nieuwe stelsel bevorderd worden?

Hoofdstuk 2 gaat in op de huidige mate van concentratie op de zorgverzekeringsmarkt. Hoofdstuk 3 bespreekt in vogelvlucht enkele relevante ervaringen in de Verenigde Staten. De reden om dit te doen is dat de door beleidsmakers gewenste concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk uitgevochten gaat worden door het aangaan van preferentiële relaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoals die in de VS reeds langer bestaan.

Dit levert lessen voor de marktstructuur die in Nederland kan ontstaan. In hoofdstuk 4 beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag: komen er regionale monopolies en wat betekent dit voor de consument? In hoofdstuk 5 beantwoorden we de tweede onderzoeksvraag: hoe kan concurrentie bevorderd worden.

2 Concentratie in de huidige markt

Van de 16 miljoen Nederlanders was in 2001 65% ziekenfondsverzekerd en 35% particulier verzekerd. De particulier verzekerden hadden meer keuze in verzekeraars dan de ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden konden kiezen uit 47 verzekeraars en ziekenfondsverzekerden uit 25 verzekeraars (zie Tabel 1). Ruim de helft van de particulier verzekerden is verzekerd op een collectief contract dat de werkgever met de verzekeringsmaatschappij sluit.

Tabel 1 Aantal verzekerden en aantal ziektekostenverzekeraars, 2001

	aandeel verzekerden (in procenten)	aantal verzekeraars
Ziekenfondsen	65	25
Particuliere ziektekostenverzekeraars	35	47
Totaal	100	72

Bron: Vektis

Zowel de particuliere ziektekostenverzekeraars als de ziekenfondsen werken samen met andere verzekeraars. Zo zijn bij Achmea ziektekostenverzekeraars aangesloten, die zowel een ziekenfondspoot als een particuliere poot hebben (Zilveren Kruis, Groene Land, FBTO). Gezamenlijk hebben de verzekeraars van Achmea een landelijk marktaandeel van 18%. Daarmee is Achmea de grootste ziektekostenverzekeraar in Nederland (zie Tabel 2).

Tabel 2 Marktaandelen verzekeraars

	Naam	type	marktaandeel in procenten
1	Achmea	Zfw en particulier	18
2	CZ	Zfw en particulier	12
3	Agis	Zfw	11
4	VGZ	Zfw en particulier	11
5	Amicongroep	Zfw en particulier	10
6	Delta Lloyd Nuts Ohra	Zfw en particulier	6
	Overig		32
	Totaal		100

Bron: Ministerie van VWS, 2002

Landelijk hebben de ziekenfondsen de grootste marktaandelen, maar er is geen sprake van zorgwekkende concentratie. De vier grootste verzekeraars hebben 52% van de markt in handen. Regionaal is echter wel sprake van een sterke concentratie. De regionale marktaandelen van de grootste ziekenfondsen varieerden in 1998 van 57% tot 92% van de

ziekenfondsverzekerden (Van den Brink, 2001). Omgerekend naar het totaal aantal verzekerden (ziekenfonds plus particulier) betekent dit dat in de regio met de hoogste concentratie de grootste verzekeraar een marktaandeel heeft van 60%. Regionale marktaandelen van de grootste particuliere verzekeraars varieerden in 1998 van 10% tot 40% van de particulier verzekerden (Kok, e.a., 2000).¹ Dit is dus maximaal 14% van het totaal aantal verzekerden.

Tabel 3 Regionale marktaandelen, 1998

	Ziekenfonds	Particulier
	als percentage ziekenfondsverzekerden	als percentage particulier verzekerden
laagste marktaandeel grootste verzekeraar	57	10
hoogste marktaandeel grootste verzekeraar	92	40
	Als percentage alle verzekerden	als percentage alle verzekerden
laagste marktaandeel grootste verzekeraar	37	4
hoogste marktaandeel grootste verzekeraar	60	14

Sinds ziekenfondsverzekerden zelf mogen kiezen bij welk ziekenfonds ze verzekerd zijn loopt het marktaandeel van de ziekenfondsen in de eigen regio overigens wel terug. De marktaandelen van de particuliere ziektekostenverzekeraars zullen sinds 1998 wat zijn toegenomen door fusies tussen verzekeraars. Naar schatting lagen de regionale marktaandelen van de grootste ziekenfondsen in 2001 echter toch nog tussen de 48 en 88% van de ziekenfondsverzekerden. Regionaal hebben de ziekenfondsen dus nog steeds een dominante machtspositie.

¹ Gezien de beperkte opzet van dit onderzoek hebben wij geen meer recente data verzameld. Indien gewenst kan dat alsnog worden gedaan.

3 Intermezzo: ontwikkelingen in de VS

Om de gevolgen van de stelselherziening te beoordelen is het nuttig te kijken naar de ontwikkelingen in de VS, waar de verzekeringsmarkt vrijwel volledig privaat is. Een groot verschil met de toekomstige verzekeringsmarkt in Nederland is dat er in de VS geen acceptatieplicht bestaat voor verzekeraars. Mede hierdoor is de rol van werkgevers op de verzekeringsmarkt veel sterker dan in Nederland. Met collectieve contracten kunnen de risico's gespreid worden en de transactiekosten voor verzekeraars verlaagd. Werkgevers bieden hun werknemers een beperkte keuze in verzekeringspakketten (healthplans). Er is een groot aantal mensen onverzekerd, vooral kleine zelfstandigen. In 1997 was 20% van de volwassen bevolking onverzekerd, 5% had een individuele verzekering, 68% een verzekering via de werkgever en 7% had een publieke verzekering (medicare, medicaid) (Pauly en Percy, 2000).

Managed care

In de VS heeft vanaf de jaren tachtig een sterke ontwikkeling plaatsgevonden richting managed care. Managed care is een verzamelterm voor verzekeringsvormen waarbij de verzekeraar invloed uitoefent op het zorgaanbod om de kosten te beheersen. De belangrijkste vormen van managed care zijn:

1. HMO: Health maintenance organization. Hierbij is sprake van exclusieve relaties tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Er bestaan twee soorten:
 - group/staff: In deze vorm zijn de zorgaanbieders geen zelfstandige ondernemingen, maar vormen ze onderdeel van de HMO. De artsen zijn in loondienst
 - IPA: Een IPA (Independent practice association) is een netwerk van zorgaanbieders. In deze vorm sluit de verzekeraar contracten met IPA's. De keuze van de verzekerden is beperkt tot de gecontracteerde zorgaanbieders. Ten opzichte van de group/staff variant kan de verzekerde uit meer zorgaanbieders kiezen. Een variant hierop is de POS (Point of service), waarbij de patiënt tegen bijbetaling een aanbieder buiten het netwerk kan kiezen.
2. PPO: preferred provider organization. Verzekeraars bedingen in deze vorm lagere prijzen bij netwerken van zorgaanbieders. Als de consument kiest voor de gecontracteerde zorgaanbieders betaalt hij minder dan wanneer hij kiest voor een andere zorgaanbieder.

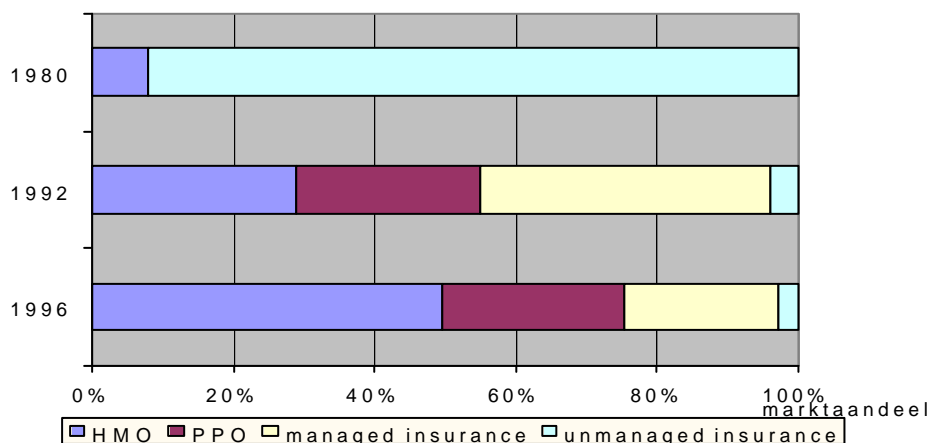
In onderstaand overzicht geven we de belangrijkste kenmerken weer van verschillende verzekeringsvormen.

	insurance	managed insurance	managed care		
			PPO	HMO/IPA	HMO group staff
aanbieders	vrijwel alle	vrijwel alle	vrijwel alle (voorkeur voor netwerk)	Keten	keten
keuze aanbieder	patiënt	patiënt	patiënt	Poortwachter	poortwachter
betaling patiënt	eigen bijdrage	eigen bijdrage	bijbetaling voor aanbieders buiten netwerk	hoge bijbetaling voor aanbieders buiten IPA	volledige betaling voor aanbieders buiten HMO
betaling aanbieder	prijs per verrichting	prijs per verrichting	prijs per verrichting, korting op aanbieders in netwerk	prijs per patiënt	salaris
rol verzekeraar	betalen rekening	betalen rekening monitoren gebruik	betalen rekening, contracteren netwerk	betalen rekening, contracteren netwerk, monitoren gebruik	zorg leveren

Bron: Handbook of health economics, 2000

In 1980 was het marktaandeel van verzekeraars die zich niet met het zorgaanbod bemoeiden 92%. In 1998 was dit nog maar 3%. Verzekeraars die zich enigszins met het zorgaanbod bemoeien door het aanbod te monitoren hadden in 1996 nog een marktaandeel van 22%. Het marktaandeel van HMO's is in dezelfde periode gestegen van 8% naar 50%. De groei van het marktaandeel van HMO's de laatste jaren is voor al toe te schrijven aan de HMO/IPA's. HMO's is het gelukt om de kosten van de zorg te beheersen. Geschat wordt dat HMO's 10% goedkoper zijn dan andere vormen van verzekering (Glied, 2000).

Figuur 1 Marktaandelen verzekeringsvormen VS



Bron: Cutler, Zeckhauser, 2000

Concurrentie

De verschillende verzekeringsvormen trekken verschillende typen klanten. Ouderen zijn vaak niet bereid te switchen van zorgaanbieder en kiezen daarom niet voor een HMO. Nieuwe verzekerden kiezen vaker voor een HMO. De sterke groei van HMO's wordt toegeschreven aan de grote rol van werkgevers, die zeer prijsgevoelig zijn. Individueel verzekerden kiezen zelden voor HMO's (Pauly en Percy, 2000, Gaynor en Haas-Wilson, 1999).

Wanneer aan consumenten gevraagd wordt wat de belangrijkste factor is in de keuze voor een verzekering dan noemen ze de kwaliteit van de zorgaanbieder als eerste. De tweede belangrijke factor is de mogelijkheid zelf de behandelaar te kiezen. Omdat de kwaliteit van de zorgaanbieder vaak moeilijk waarneembaar is kiezen individueel verzekerden daarom vaker voor verzekeringen waarbij ze zelf de behandelaar mogen kiezen op het moment dat ze ziek worden (PPO's of gewone verzekeraars) (Sisk, 1998).

Uit een onderzoek naar de keuze van werknemers tussen HMO's blijkt dat er sprake is van een grote prijsgevoeligheid. Standaardisatie van de pakketten vergroot de prijsgevoeligheid. Ouderen blijken minder prijsgevoelig. Mogelijk omdat ze niet willen switchen van zorgaanbieder, maar ook risicoselectie van de verzekeraar kan een rol spelen (Beeson Royalty en Solomon, 2000).

Omdat de kwaliteit van zorgaanbieders moeilijk te beoordelen is kan toenemende concurrentie op prijs leiden tot een lagere kwaliteit. Dit zou welvaartverlagend zijn. Onderzoek wijst echter niet in die richting (CPB, 2002, Sari, 2002). Wanneer het aantal zorgaanbieders sterk afneemt lijkt de kwaliteit van de zorg wel af te nemen (Sari, 2002).

In eerste instantie is de groei van HMO's sterk tegengewerkt door zorgaanbieders. Mededingingsautoriteiten hebben regels opgelegd om dit te verhelpen. Nog steeds is er lokale tegenstand van zorgaanbieders tegen HMO's (Frech 2002).

Concentratie en schaalgrootte

De minimaal efficiënte schaal voor een HMO is niet groot. Schattingen variëren van 50.000 tot 115.000 verzekerden (Gaynor en Haas-Wilson, 1999). Omdat HMO's de patiëntstromen bepalen kunnen ook kleine HMO's grote kortingen bedingen bij ziekenhuizen (Frech, 2002). Frech noemt voorbeelden van startende HMO's die kortingen bedingen van tenminste 20% en soms zelfs 40-50%.

Desondanks is er een tendens naar schaalvergroting, zowel aan de kant van verzekeraars als aan de kant van de zorgaanbieders. Er is vooral een grote groei geweest van IPA's (netwerken van zorgaanbieders). Een van de redenen daarvoor is dat verzekeraars een deel

van het risico in de contracten met zorgaanbieders afwentelen op zorgaanbieders, bijvoorbeeld door betaling per patiënt in plaats van per verrichting. Ook zijn zorgaanbieders bang dat ze buiten de boot vallen als ze geen onderdeel zijn van een netwerk (Gaynor, Haas-Wilson, 1998). Concentratie van zorgaanbieders leidt tot lagere kwaliteit van zorg (Sari, 2002).

Exclusieve relaties tussen zorgaanbieders en verzekeraars kunnen leiden tot toetredingsbelemmeringen voor verzekeraars. Exclusieve relaties tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn daarom in sommige staten in de VS verboden (maar niet in alle staten). Contractafspraken waarbij een specifieke verzekeraar een voorkeurspositie afdwingt bij de zorgaanbieder zijn wel overal verboden door de mededingingsautoriteit. Dit naar aanleiding van een afspraak tussen een verzekeraar en een zorgaanbieder waarbij de verzekeraar had bedongen dat de zorgaanbieder niet onder de afgesproken prijs aan andere verzekeraars mocht leveren (Gaynor, Haas-Wilson, 1999).

Lessen voor Nederland

De Amerikaanse ervaring is in een aantal opzichten leerzaam voor Nederland, wanneer een nieuw ziektekostenstelsel geïntroduceerd zou worden. Van groot belang daarbij is de wijze waarop een acceptatieplicht wordt vorm gegeven (in de VS ontbreekt deze), en of er nog rol voor de werkgever blijft bestaan (worden collectieve contracten wel of niet aantrekkelijk gemaakt). De volgende punten zijn relevant:

- a) de consument wil bij voorkeur zelf de zorgaanbieder kiezen; dit suggereert dat zonder zeer grote prijsverschillen een strikte HMO minder waarschijnlijk is, een PPO of gewone verzekeraar meer marktpotentie heeft;
- b) de individuele consument is prijsgevoelig, werkgevers zijn nog prijsgevoeliger;
- c) ook kleine verzekeraars kunnen forse kortingen bedingen bij zorgaanbieders, als er sprake is van overcapaciteit;
- d) managed care leidt tot welvaartverhoging, omdat de kosten dalen terwijl de kwaliteit niet wordt aangetast;
- e) managed care kan leiden tot sterke concentratie van zorgaanbieders;
- f) sterke concentratie van zorgaanbieders leidt tot welvaartsvermindering.

4 Concentratie in de toekomstige markt

In de toekomstige markt zal het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering komen te vervallen. Verzekeraars zullen vrij moeten contracteren met zorgaanbieders. De marktpartijen zullen niet passief reageren op een stelselwijziging. Er zijn verschillende reacties denkbaar, mede afhankelijk van de wijze waarop de stelselwijziging wordt ingevuld, en de manier waarop mededingingsbeleid wordt geïmplementeerd.

Om uitspraken te doen over de toekomst moeten we daarom enkele aannamen doen over de vormgeving van de stelselherziening. Onze eerste aanname is dat er een landelijke acceptatieplicht komt en geen regionale. Bij een landelijke acceptatieplicht zal er mobiliteit ontstaan van verzekerden op de verzekeringsmarkt. Verzekeraars blijven daardoor landelijk met elkaar concurreren. Een landelijke acceptatieplicht kan alleen wanneer er geen exclusieve relaties zijn met zorgaanbieders met marktmacht in de regio. Een tweede aanname is daarom dat het voor zorgaanbieders met marktmacht verboden is om exclusieve relaties aan te gaan met slechts een verzekeraar. Zorgaanbieders moeten ook verzekerden van anderen dan de regionaal grote verzekeraar zorg kunnen bieden. Anders kunnen verzekeraars hun acceptatieplicht niet waarmaken.

De derde aanname is dat er een uitgebreid basispakket komt, inclusief de huisarts. Wel wordt een systeem van eigen risico en eigen bijdragen ingevoerd. Dit betekent dat het grootste deel van de zorg in het basispakket komt en slechts een klein deel in het aanvullend pakket. Dit is van grote invloed op de uitkomsten van de stelselherziening omdat voor het aanvullend pakket geen acceptatieplicht en geen uniforme premie geldt. Verzekerden willen zich graag voor het volledige pakket verzekeren. Dit blijkt uit een enquête onder verzekerden (Kok, e.a. 2001). Ook blijkt dit uit het feit dat 95% van de huidige ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering heeft bovenop het huidige (toch zeer uitgebreide) ziekenfondspakket. Hoe groter het aanvullende pakket, hoe vaker verzekerden bij overstappen naar een andere verzekeraar geconfronteerd kunnen worden met hogere premies of weigering van acceptatie. Dit betekent een grotere rol voor werkgevers omdat bij collectieve verzekeringen over het algemeen geen individuele acceptatieplicht geldt. Door risicospreiding kunnen bovendien lagere premies gelden voor de aanvullende collectieve verzekeringen.

4.1 Horizontale integratie

Horizontale integratie tussen verzekeraars

Op dit moment is al een consolidatie gaande in de zorgverzekering. Deze tendens zal versterkt doorzetten, op het moment dat de grens op het speelveld tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeringen komt te vervallen. Er zijn drie fusiebewegingen mogelijk:

- tussen ziekenfondsen;
- tussen particuliere verzekeraars;
- tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

Een fusiebeweging tussen ziekenfondsen zal vooral leiden tot het verdwijnen van zelfstandige fondsen die onder de optimale schaalgrootte van een zorgverzekeraar zitten. Zowel Nederlands onderzoek als onderzoek in de VS duidt op een minimaal optimale schaal van 50.000 à 100.000 verzekerden (Kok, e.a., 2000, Gaynor en Haas-Wilson, 1999). Deze consolidatie zou ook plaats vinden zonder stelselwijziging. Interessanter is de te verwachten fusiebeweging tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, en tussen particuliere verzekeraars onderling.

Omdat ziekenfondsen een sterke regionale positie hebben kunnen ze hun inkoopmacht gaan uitbuiten. Door de onderhandelingskracht kunnen ze bij zorgaanbieders betere prijzen of hoeveelheden bedingen. Dit geeft de fondsen die in specifieke regio's sterk zijn een leidende rol in het fusieproces. In de thuisregio is fusie met de regionaal sterkste particuliere verzekeraar een logische ontwikkeling: er zal sprake zijn van complementariteit (het particuliere fonds brengt lucratieve cliënten en ondernemerschap in, het ziekenfonds heeft schaalgrootte te bieden, plus kennis van de zorgmarkt). Regionaal minder sterke particuliere verzekeraars en ziekenfondsen worden weggeconcurrerd.

Ook landelijk zal een concentratiebeweging optreden. Het is denkbaar dat een aantal landelijk opererende particuliere verzekeraars toenadering met elkaar zoekt. Zij blijven echter in een minder sterke onderhandelingspositie zitten in de slag met regionaal sterke verzekeraars om contracten met de regionale zorgaanbieders. Alleen wanneer er sprake zou zijn van overcapaciteit bij zorgaanbieders zouden zij lucratieve contracten met zorgaanbieders kunnen sluiten. Zorgaanbieders hebben dan immers ook belang bij de kleinere verzekeraars om hun overcapaciteit te benutten.

Horizontale integratie tussen zorgaanbieders

Als reactie op de fusies tussen verzekeraars is het goed mogelijk dat ook zorgaanbieders landelijke ketens vormen. Daarmee kunnen interessante contractpartijen ontstaan voor landelijk opererende zorgverzekeraars. Bij eerstelijns gezondheidszorg (huisartsen) is die

prikkel aanwezig door de beschikking van de NMa, die huisartsen verbiedt op districtniveau te contracteren. Om transactiekosten te reduceren kunnen huisartsen verschillende landelijke contractketens gaan vormen. Ook fysiotherapie en verzekerbare geestelijke gezondheidszorg (nu nog in de AWBZ, maar naar alle waarschijnlijkheid wordt deze naar het tweede compartiment overgeheveld) kunnen goed door landelijk opererende zorgverzekeraars gecontracteerd worden: de optimale schaalomvang van de aanbieder is klein, de kans dat in deze deelsectoren een monopolistisch zorgaanbod ontstaat waar slechts een regionaal dominante zorgverzekeraar goed mee kan contracteren is klein.

Bij tweedelijns zorg is ketenvorming denkbaar indien de zorgaanbieders meer vrijheid tot ondernemen krijgen. Zo kunnen enkele landelijk opererende ziekenhuisconcerns ontstaan, die goede contractpartijen zijn voor landelijk opererende zorgverzekeraars. Het aantal ketens van curatieve zorgaanbieders zal niet heel erg groot kunnen zijn: de markt is daarvoor te klein. Wel is het onwaarschijnlijk dat de concentratiegolf in het ziekenhuisaanbod doorzet: eerder zal er ruimte komen voor een flink aantal specifieke zorgaanbieders (orthopedie-klinieken, oogheelkundeklinieken en dergelijke). Hiervoor zal voldoende variatie in aanbod ontstaan om een groter aantal zorgverzekeraars onderhandelingsruimte te geven. Het aantal brede algemene ziekenhuizen zal echter beperkt blijven.

4.2 Verticale integratie

Een alternatieve strategie voor verzekeraars en voor zorgaanbieders is ‘verticale integratie’. Dit staat bekend als managed care; de ervaringen in de Verenigde Staten werden reeds in het vorige hoofdstuk geschetst. Ziektekostenverzekeraars sluiten exclusieve overeenkomsten met zorgaanbieders (ziekenhuizen, huisartsen), waardoor ze kleinere verzekeraars uit de markt drijven en toetredingsbelemmeringen oproepen voor nieuwe verzekeraars. Dit is in het bijzonder denkbaar in relatief eenvoudige electieve zorg. Waar op dit moment de curatieve zorg geconcentreerd is in brede algemene klinieken die graag allemaal het hele palet van zorgdiensten (productiewerk tot en met topklinische behandelingen) bieden, kunnen de meeste standaarddiensten in kleinere (gespecialiseerde) eenheden worden aangeboden. De toetredingsdrempels voor zulke aanbieders worden kleiner. Nu al is dit zichtbaar in de opening van zelfstandige behandelcentra ofwel zbc’s. Er kan wederzijds voordeel zijn bij het maken van exclusieve contractafspraken.

Ook in de huisartsensfeer is integratie met de verzekeraar mogelijk (tot eind 2002 was dit overigens niet toegestaan). Omdat huisartsen last hebben van de transactiekosten, die gepaard gaan met het contracteren van alle verzekeraars van de patiënten, en omdat

verzekeraars zich kunnen profileren met het garanderen van (schaarser wordende) huisartsenzorg, zal deze integratie zich verder ontwikkelen. De positie van landelijk gespreide verzekeraars is hierin relatief zwak. Voor exclusieve afspraken met een lokale huisarts of tweedelijns zorgaanbieder is de lokale schaal voor de meeste landelijk gespreide particuliere verzekeraars te klein. Aan de andere kant kan een huisarts of een zorgaanbieder van zijn klanten verlangen zich collectief bij een specifieke zorgverzekeraar aan te melden (het is zelfs denkbaar dat een ondernemende zorginstelling een nieuw eigen ziekenfonds gaat oprichten).

Hoe uitgebreider het basispakket hoe minder verticale integratie van de grond zal komen. In de VS komt verticale integratie vooral tot stand door het kostenbewustzijn van werkgevers. Werkgevers hebben meer mogelijkheden werknemers aan zicht te binden wanneer het basispakket klein is en het aanvullend pakket groot. Werkgevers kunnen dan voor hun werknemers tegen een relatief lage premie een collectief contract sluiten met verzekeraars. Werknemers hebben hier voordeel bij omdat ze bij individueel verzekeren meer moeten betalen en geweigerd kunnen worden. Werkgevers zijn prijsbewuster dan individueel verzekerden waardoor managed care eerder van de grond komt.

4.3 Conclusie: er ontstaan regionaal machtige verzekeraars

De fusiebeweging tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars leidt tot een ‘shake out’ van regionaal gespreide particuliere verzekeraars. In het meest extreme geval ontstaan regionale verzekeringsmonopolies. Of deze extreme situatie werkelijkheid wordt is echter twijfelachtig: zorgaanbieders hebben er belang bij om met meerdere zorgverzekeraars zaken te kunnen doen. Ook zal mededingingsbeleid de concentratiegolf op een zeker moment gaan belemmeren (vergelijk de wijze waarop de NMa probeert om een pluriforme regionale pers in stand te houden).

Indien zorgverzekeraars met preferred provider overeenkomsten de beste marktvooruitzichten hebben, dan zal het aantal zorgverzekeraars dat in dit scenario overleeft beperkt zijn. Het gaat om een aantal sterke regionale verzekeraars, gevormd rond de voorheen regionaal sterkste ziekenfondsen, en een handvol landelijk opererende zorgverzekeraars. De regionale marktaandelen kunnen hoog zijn, maar omdat er in de directe nabijheid een (weliswaar beperkt) aantal andere sterke verzekeraars opereert is de markt ‘betwistbaar’. De oligopolistische markt is in die zin competitief.

De prijs die in dit scenario voor zorgdiensten betaald moet worden zou opwaarts gedreven kunnen worden door gebrek aan concurrentie tussen verzekeraars. Omdat een beperkt aantal verzekeraars echter in staat geacht moet worden naburige markten te 'betwisten', is er wel degelijk dreigende concurrentie. De sterke verzekeraars vormen een goede counterpart voor de regionaal sterke zorgaanbieders. Dit draagt bij aan kostenbeheersing en efficiëntie in het zorgaanbod. Concentratie is, met andere woorden, niet per definitie slecht voor de consument. Het is zelfs goed mogelijk dat consumenten meer baat hebben bij een relatief geconcentreerde verzekeringsmarkt, omdat daardoor de neerwaartse druk op de kosten van zorgaanbieders het grootst kan zijn.

Indien verzekerden slecht kunnen overstappen, zal de marktuitsluiting minder gunstig zijn. Een goed vereveningssysteem is daarvoor noodzakelijk. Ook is het nodig dat de verzekeringsmarkt transparant is, waardoor verzekerden op prijs kiezen. Anders zullen consumenten niet snel van verzekeraar wisselen en is de disciplinerende werking van verzekeraars in de zorgmarkt beperkt.

5 Mogelijkheden voor bevordering concurrentie

Welke aanvullende maatregelen van overheidswege zijn gewenst om te zorgen voor een speelveld voor zorgverzekeraars, dat tot goede marktuitskomsten leidt? Welke mogelijkheden heeft de overheid om te zorgen dat er meer concurrentie ontstaat tussen verzekeraars na de stelselherziening? Wij zien daarvoor de volgende mogelijkheden:

- c) uitsluiten exclusieve relaties tussen verzekeraars en zorgaanbieders met marktmacht
- d) bevorderen concurrentie tussen zorgaanbieders: slechten toetredingsdrempels ziekenhuizen, schrappen numerus fixus medicijnen
- e) bevorderen collectieve contracten

Uitsluiten exclusieve relaties tussen verzekeraars en zorgaanbieders met marktmacht

Zonder aanvullende regulering zal mogelijk de situatie ontstaan dat de regionaal dominante verzekeraar alle bedden weet te claimen, en daarmee consumenten vrijwel geen keuze in verzekeraar laat. Daarom is voor het functioneren van de verzekeringsmarkt van groot belang hoe zorgaanbieders worden gereguleerd. Als een verzekeraar een preferentiële relatie met een zorgaanbieder verwerft voor een (belangrijk) deel van de zorgcapaciteit, dan is de vraag hoe het restdeel gecontracteerd kan worden. Zal dat deel door de marktmeester gedwongen onder dezelfde voorwaarden aan andere verzekeraars worden geboden? Of zijn de leveringsvoorwaarden ongunstiger?

Dit geldt vooral als de overheid vasthoudt aan de beheersing van het aantal ziekenhuisbedden. Hoe ziekenhuizen zich in onderhandelingen met zorgaanbieders gaan gedragen hangt derhalve sterk af van aanvullende aanbodregulering. Een reguleringsvariant is dat ziekenhuizen niet toegestaan wordt hun volledige capaciteit aan de regionaal dominante verzekeraar te gunnen. Daarmee blijft een restcapaciteit beschikbaar voor concurrerende verzekeraars. Omdat de marge in principe de uitkomsten van economische onderhandelingen bepaalt, is deze variant nadere uitwerking waard.

Bevorderen concurrentie tussen zorgaanbieders

Concurrentie tussen verzekeraars kan worden bevorderd door concurrentie tussen zorgaanbieders te bevorderen. Wanneer er geen concurrentie is tussen zorgaanbieders hebben verzekeraars geen countervailing power tegenover zorgaanbieders. Hiertoe moeten toetredingsdrempels voor alle zorgaanbieders worden verminderd. Het moet makkelijker

worden een privé-kliniek dan wel een zelfstandig behandelcentrum te starten. De aanbodregulering moet hiervoor worden afgeschat. Ook de numerus fixus voor de medicijnenstudie moet worden afgeschaft. De extra kosten die daarvoor in het onderwijs ontstaan kunnen op termijn ruimschoots worden terugverdiend door lagere tarieven in de zorg.

Bevorderen collectieve contracten

Werkgevers zijn prijsgevoeliger dan individuele consumenten. Daardoor, en door de omvang van collectieve contracten, kunnen zij verzekeraars meer onder druk zetten. Het is op voorhand moeilijk te zeggen of er ruimte blijft voor collectieve contracten, die werkgevers voor hun werknemers afsluiten met zorgverzekeraars. Ten eerste hangt dit af van de wijze waarop de wetgever een stelselwijziging invult. De plannen uit ‘Zorg aan bod’ zijn wat dat betreft nog niet hoopgevend: de werkgever betaalt weliswaar een fors deel van de ziektekostenpremie, maar heeft geen invloed op de keuze van verzekeraar. Of werknemers door hun werkgever verleid kunnen worden tot het afsluiten van een collectief contract, via aantrekkelijke aanvullende verzekeringsvoorwaarden, hangt sterk af van de omvang van het basispakket. Bij een smal basispakket zullen veel mensen kiezen voor een aanvullend pakket, waarvoor geen acceptatieplicht geldt. De premie voor de aanvullende verzekering kan laag blijven door risicospreiding in collectieve contracten. In het vanuit werkgeversperspectief gunstige geval van een beperkt basispakket, en stuurmogelijkheden op de aanwending van de premie, zal een ontwikkeling richting managed care zich versterkt voordoen. Dit biedt meer mogelijkheden voor kostenbeheersing. Bovendien biedt het mogelijkheden om verzuimschade en zorgschade met elkaar in verband te brengen, en de totale schadelast te reduceren.²

² Zie Keuzenkamp, Kok, van Seters, 2002.

Literatuur

Beeson Royalty, A. N. Solomon (2000), Health plan choice, Price elasticities in a managed care competition setting, *The journal of human resources*, vol. XXXIV, nr 1

Brink, R.J. van de (2001), Een efficiënte ziekenfondsmarkt?, *ESB*, 9-3-2001

CPB, *Zorg voor concurrentie, Een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Den Haag 2003

Cutler, D.M., R.J. Zeckhauser (2000), The anatomy of health insurance, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Amsterdam

Frech, H.E. (2002), The competitive revolution, *Health & Medicine*, summer 2002

Gaynor, M., D. Haas-Wilson (1999), Change, Consolidation and competition in Health care markets, *Journal of economic perspectives*, vol 13, nr 1

Glied, S. (2000), Managed Care, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of health economics*, Amsterdam

Keuzenkamp, H.A., L. Kok, J. van Seters (2002), *De sociale zekerheid uitgedokterd*, SEO.

Kok, L., J. Hoeben, S. Desczka (2000), *Concurrentie tussen particuliere ziektekostemwerzekerders*, IOO, Den Haag

Ministerie van VWS (2002), *Geconcentreerd dereguleren?*, Den Haag

Pauly, M.V. and A.M. Percy (2000), Cost and performance: A comparison of the individual and group health insurance markets, *Journal of health policy and law*, vol 25, no 1

Sari, N. (2002), Do competition and managed care improve quality?, *Health economics*, vol 11, 571-584

Sisk, J.(1998), Increased competition and the quality of health care, *The Milbank Quarterly*, vol 76, nr.4

Schut, F.(2001), Prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen nog niet effectief, *ESB*, 23-2-2001