

**CTZ**

College toezicht zorgverzekeringen



## Consultatiedocument Monitor zorgverzekeringsmarkt

*Publicatienummer*      25068236-10  
Juli 2005

<i>Auteurs</i>	Medewerkers CTG-ZAio en CTZ
----------------	-----------------------------



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
2	1.b. Doelstelling van dit rapport
5	1.c. Afbakening
5	1.c.1. Markttoezicht en ander toezicht
6	1.c.2. Basisverzekering en aanvullende verzekering
6	1.c.3. Andere markten
7	1.d. Leeswijzer consultatiedocument
7	1.e. Proces consultatie
9	2. Ordening van de zorgverzekeringsmarkt vanaf 2006
9	2.a. Inleiding
9	2.b. Veranderende ordening van de zorgverzekeringsmarkt
11	2.c. Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)
12	2.d. Mededingingswet (Mw)
14	2.e. Wet toezicht verzekeringsbedrijf (Wtv)
14	2.f. De Wet financiële dienstverlening (Wfd)
16	3. Structuur van markten voor zorgverzekeringen
16	3.a. Inleiding
16	3.b. Concurrentie tussen zorgverzekeraars (interne concurrentie)
16	3.b.1. Aantal zorgverzekeraars
17	3.b.2. Marktafbakening
19	3.b.3. Risico's van regionale markten
20	3.c. De dreiging van toetreders (potentiële concurrentie)
21	3.c.1. Voorwaarden voor toetreding als zorgverzekeraar
21	3.c.2. Schaalvoordelen
23	3.c.3. Scopevoordelen
24	3.d. Verticale integratie

25	3.e. Beleidsvoornemens
26	4. De prikkel van het overstappen door verzekerden
26	4.a. Inleiding
26	4.b. Welke verzekerden stappen over?
28	4.c. Waarom stappen verzekerden over?
28	4.c.1. Lage prijsgevoeligheid
30	4.c.2. Kiezen voor kwaliteit en pakket
31	4.d. Barrières voor het overstappen
31	4.d.1. Zoekkosten
33	4.d.2. Omschakelingskosten
34	4.d.3. Contractuele voorwaarden
36	4.e. De invloed van voorkeursaanbieders en collectieve contracten op overstappen
36	4.e.1. Voorkeursaanbieders
38	4.e.2. Collectieve contracten
40	4.f. Beleidsvoornemens
42	5. Anticompetitieve gedragingen
42	5.a. Inleiding
42	5.a.1. Ongewenste prijszetting
43	5.a.2. Productdifferentiatie
44	5.a.3. Ongewenste contractuele voorwaarden
44	5.a.4. Horizontale samenwerking
45	5.a.5. Verticale samenwerking
45	5.b. Beleidsvoornemens
47	6. Markttuitkomsten
47	6.a. Inleiding
47	6.b. Premies
48	6.c. Aanbod
49	6.c.1. Diversiteit van polissen
49	6.c.2. Innovatie van polissen
50	6.d. Voorkeuren van consumenten
51	6.e. Beleidsvoornemens

52	7. Aanzetten tot inrichting van de monitor voor de zorgverzekeringsmarkt
52	7.a. Inleiding
52	7.b. Doelstelling
52	7.c. De structuur van de monitor
55	7.d. Rapportages



## Managementsamenvatting

**Hoofdstuk 1:  
Inleiding**

Het kabinet streeft ernaar het zorgstelsel meer doelmatig te laten functioneren. Om dat te bereiken moet zowel in zorginkoopmarkten als in de zorgverzekeringsmarkt sprake zijn van gereguleerde marktwerking. De op te richten Nederlands Zorgautoriteit (NZa) heeft als taak de werking van de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen met het oog op een actieve rol van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. De NZa krijgt de bevoegdheid onderzoek te doen naar marktbelemmerende factoren en daarover te rapporteren. Ook moet de NZa toezien op de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt die verzekerden in staat moet stellen afgewogen keuzes te maken. Als het nodig mocht zijn kan de NZa deze transparantie bevorderen, in het uiterste geval door zelf informatie te verspreiden. Bovendien kan de NZa zorgspecifieke regels stellen voor de informatieverstrekking door zorgverzekeraars om de vergelijkbaarheid van de verzekeraars te vergroten.

**Scherp oog voor de  
positie van de  
consument**

De NZa ziet erop toe dat de consument een volwaardige plek krijgt op de zorgverzekeringsmarkt. Hij of zij moet geen onoverkomelijke hindernissen bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar ondervinden. Ook moet de consument een afgewogen keuze kunnen maken. Dat betekent geen te hoge zoekkosten in geval van bijvoorbeeld een hoge mate van polisdifferentiatie. Bovendien speelt de NZa een belangrijke rol bij het waarborgen van de rechten van consumenten door andere toezichtstaken dan het in dit document toegelichte markttoezicht. De NZa ziet bijvoorbeeld ook toe op het naleven van de algemene acceptatieplicht van verzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie die gelden voor de basisverzekering tegen ziektekosten.

**Focus van de  
monitor**

Een eerste noodzakelijke stap om tot goed markttoezicht te komen is het verzamelen van informatie over de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt. Dit gebeurt in de vorm van een structurele monitor. Op expliciet verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) richt de NZa zijn monitor breder in, dan alleen die aspecten van de zorgverzekeringsmarkt waarbij het op basis van het voorstel van Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) als marktmeester een rol speelt. Ook moet antwoord kunnen worden gegeven op concrete, bestaande informatievragen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Daarbij staan zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen centraal. De taak van de NZa is uitgebreider dan

van het huidige College toezicht zorgverzekeringen; dit college houdt tot het nieuwe stelsel uitsluitend toezicht op de ziekenfondsen en zorgkantoren. Het CTZ gaat met het College

tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) op in de NZa.

CTZ en CTG/ZAio gebruiken in dit consultatiedocument gemakshalve de naam NZa vooruitlopend op de daadwerkelijke oprichting ervan. De lezer dient zich hiervan bewust te zijn. Het kabinet streeft ernaar om de NZa per 1 januari in 2006 opgericht te hebben. Het wetsvoorstel voor de Wmg is daartoe op 18 juli jongstleden bij de Tweede Kamer ingediend.

***NZa: ook toezicht wettelijke verplichtingen***

De NZa voert naast het sectorspecifieke markttoezicht ook het toezicht op de wettelijke verplichtingen van zorgverzekeraars in het kader van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wmg uit.

***maar niet aan de orde in dit document***

De vormgeving van deze andere toezichtsactiviteiten op de zorgverzekeraars komt echter niet aan de orde in de hier aangeboden analyse van de markt. Uiteraard kan ook de informatie uit de monitor op de zorgverzekeringsmarkt gebruikt worden voor het toezicht op de wettelijke verplichtingen van zorgverzekeraars

Het CTZ en CTG/ZAio willen de monitor van de zorgverzekeringsmarkt baseren op een visie die tot stand komt na consultatie van betrokkenen en deskundigen. Dit consultatiedocument vormt de basis daarvoor. De kern ervan is een analyse van de mogelijke risico's van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt. De informatie uit de consultatie wordt verwerkt in een visie op de monitor die in het najaar bekend wordt. In die visie krijgen ook specifieke monitorwensen van VWS hun plek.

Een belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van de monitor is het zo laag mogelijk houden van de administratieve lasten. Dit gebeurt door niet de gehele markt, maar alleen de risico's te volgen en gebruik te maken van al beschikbare informatie.

***Hoofdstuk 2: Ordening van de zorgverzekeringsmarkt na 2006***

In het publieke zorgverzekeringsstelsel is al langer sprake van deregulering. In die zin is de invoering van gereguleerde marktwerking eerder een voortzetting van een ontwikkeling dan een totale herstructurering. Toch verandert het zorgverzekeringsstelsel op het moment dat de Zvw wordt ingevoerd op een aantal punten fundamenteel:

- er is geen onderscheid meer tussen ziekenfondsen en

- particuliere verzekeraars door de introductie van één basisverzekering;
- zorgverzekeraars mogen met winstoogmerk gaan werken dat voorheen voorbehouden was aan particuliere zorgverzekeraars;
- de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om via risicoselectie hun schadelast te beperken vervalt door de acceptatieplicht;
- premies worden vergaand genominaliseerd;
- de verplichting tot leveren van verzekerde zorg in natura voor ziekenfondsen geldt niet meer voor zorgverzekeraars;
- de introductie van functionele in plaats van wettelijk nauw omschreven zorgaanspraken.

Deze veranderingen betreffen de basisverzekering. De ordening van de markt voor aanvullende verzekeringen blijft grotendeels hetzelfde.

***Afbakening met mededingings-toezicht***

Van belang voor het markttoezicht op de nieuwe zorgverzekeringsmarkt is de afbakening met het algemene mededingingstoezicht. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma) kan op basis van de Mededingingswet ingrijpen in gevallen van misbruik van economische machtsposities. De NZa kan zelf geen individuele verplichtingen opleggen in geval van marktmacht op de zorgverzekeringsmarkt. De NZa kan ondanks deze beperking wel richting Nma signaleren dat anticompetitief gedrag de werking van de zorgverzekeringsmarkt frustreert.

***Krachtige positie NZa op de inkoopmarkten***

Belangrijk is dat deze beperking van bevoegdheden alleen de zorgverzekeringsmarkt betreft. Op de zorginkoopmarkten heeft de NZa verschillende mogelijkheden om in te grijpen ter bevordering van de concurrentie. Zo kan de NZa verplichtingen opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht op een zorginkoopmarkt. Voor een verdere uitleg wordt hier verwezen naar het visiedocument ziekenhuiszorg en het consultatiedocument fysiotherapie van CTG-ZAio.

***Afstemming met Nma***

Voor de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkten is het van belang dat de werkzaamheden van NZa en Nma op elkaar aansluiten. De afstemming tussen NZa en Nma wordt door protocollen gestuurd. In 2006 worden zij aangepast aan de Wmg.

***Hoofdstuk 3: Structuur van zorgverzekeringsmarkten***

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars gaan vechten om de gunst van verzekerden door verschillende concurrentieprikkels. Ten eerste de concurrentie met andere zorgverzekeraars op desbetreffende markten ('interne' concurrentie). Ten tweede de zogeheten potentiële

concurrentie die ontstaat door de druk van mogelijke toetreders tot de markt. Ten derde gaat het om de druk die de vragende partijen (consumenten en werkgevers) op de zorgverzekeraars leggen ('externe' concurrentie). De laatste prikkel komt in hoofdstuk 4 aan de orde, de eerste twee in dit hoofdstuk.

***Interne concurrentie*** Interne concurrentie betreft de concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. In het consultatiedocument wordt aangegeven dat als regionale markten ontstaan, er risico's voor de zorgverzekeringsmarkt zijn. Deze hangen samen met de vanouds regionale dominantie van ziekenfondsen, in termen van zowel aantallen verzekerden als inkoopkracht. Dit wordt in de nieuwe markt niet gecompenseerd door de intrede van particuliere ziektekostenverzekeraars (deze behoren vaak tot groepen waarvan ook ziekenfondsen deel uit maken). Risico's zijn het ontstaan van relevante toetredingsdrempels door machtsconcentraties op de regionale inkoopmarkt, het door zorgverzekeraars mijden van regio's uit efficiencyoverwegingen en het niet doorgeven van voordelen bij de zorginkoop aan de verzekerden.

***Potentiële concurrentie*** De dreiging van nieuwe concurrenten op de desbetreffende markt (potentiële concurrentie) dwingt zorgverzekeraars de consument tevreden te houden. De kans op substantiële belemmeringen voor toetreding is gering. Ten eerste lijken de wettelijke toetredingsdrempels proportioneel en niet belemmerend. Ook schaalvoordelen- en scopevoordelen vormen in dit licht geen noemenswaardige risico's. Potentiële concurrentie is namelijk het meest waarschijnlijk van verzekeraars die al actief zijn in een andere geografische markt en niet van volledig nieuwe toetreders. Een kanttekening geldt voor de schaalvoordelen die bestaan bij het maken van naturacontracten en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie.

***Verticale integratie*** De voor- en nadelen van verticale integratie laten zich op dit moment nog niet goed tegen elkaar afwegen, omdat nog niet bekend is wat er na invoering van de Zvw gebeurt op dit gebied. Ook kunnen voor- en nadelen pas beoordeeld worden per geval waarin integratie optreedt.

***Hoofdstuk 4:  
De prikkel van het overstappen door verzekerden*** Concurrentie in een markt heeft als voorwaarde dat consumenten moeten kunnen overstappen. Gegevens leren dat in de zorgverzekeringsmarkt het aantal verzekerden dat bewust overstapt niet groot is (ongeveer 3 %), maar ook dat de verzekerdenmobiliteit groeit. Zo heeft ongeveer 11 % van de ziekenfondsverzekerden in 2005 overwogen om van

verzekeraar te wisselen tegenover ongeveer 6 % in 2001. Het lage percentage overstappers hangt samen met de sterke voorkeur van verzekerden voor de zekerheid van de bestaande situatie ('status-quo bias'). Een andere factor van belang is de relatief lage prijsgevoeligheid van de Nederlandse verzekerde. Het overstappen kan tevens worden belemmerd door te hoge zoekkosten (waarbij de transparantie van de markt een grote rol speelt). Beperkende contractuele voorwaarden in de aanvullende verzekering vormen een risico als verzekerden sterk geneigd zijn hun verzekeringen bij dezelfde zorgverzekeraar af te sluiten. Door het belang voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de gesignaleerde risico's spelen ontwikkelingen in het overstappen en hun achtergronden een belangrijke rol in de monitor. De NZa kan bovendien bevorderen dat belemmeringen voor het overstappen weggenomen worden. Dit varieert van het bevorderen van transparantie tot het publiceren van bevindingen over beperkende contractuele voorwaarden in aanvullende verzekeringen. Verzekerden kunnen zich ook als collectief aanbieden. Het is nog onbekend hoe het aantal collectieve contracten zich zal gaan ontwikkelen. Naast positieve effecten van een omvangrijk aandeel van collectiviteiten als versterking van de vragerkant zijn mogelijke nadelen te onderkennen (bijvoorbeeld gevaar voor hogere premies voor bepaalde individuele verzekerden). Ook bij voorkeursaanbieders zijn vraagtekens te plaatsen vanuit het perspectief van de preferenties van verzekerden.

***Hoofdstuk 5:  
Anticompetitieve  
gedragingen***

In het consultatiedocument wordt aandacht besteed aan vijf vormen van anticompetitieve gedragingen: ongewenste prijszetting, extreme productdifferentiatie, ongewenste contractuele voorwaarden en horizontale en verticale samenwerking. Wat betreft productdifferentiatie en horizontale en verticale samenwerking ziet de NZa geen voorname risico's. Het is daarentegen nog niet duidelijk welke vormen van ongewenste prijszetting zullen voorkomen. Ook lijkt het de NZa raadzaam in kaart te brengen of zorgverzekeraars vanwege de looptijd van de polis in de basisverzekering investeren in zaken die een langere terugverdientijd dan een jaar hebben.

***Hoofdstuk 6:  
Marktuitlekken***

De NZa wil bevorderen dat er een effectieve zorgverzekeringsmarkt komt die zorgverzekeraars aanzet tot het behalen van goede resultaten op de inkoopmarkt. Het is echter mogelijk dat bepaalde voorwaarden voor een effectieve zorgverzekeringsmarkt afwezig zijn. Het is de taak van de NZa als marktmeester om te kunnen constateren dat consumenten niet met onnodig hoge premies worden geconfronteerd als gevolg van onvoldoende

marktwerking tussen zorgverzekeraars. Men name in een transitie markt als de nieuwe zorgverzekeringsmarkt is dit van belang. Het is tevens wenselijk dat een gedifferentieerd aanbod tot stand komt. Het is voor de NZa dan ook van belang om te monitoren in welke varianten zorgverzekeraars hun polissen gaan aanbieden. Ten slotte is het wenselijk dat zowel proces- als productinnovatie plaatsvindt op de nieuwe zorgverzekeringsmarkt.

***Hoofdstuk 7:  
Aanzetten tot  
inrichting van de  
monitor voor de  
zorgverzekeringsmarkt***

De structurele monitor van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt heeft als doelstelling ontwikkelingen op de markt vroegtijdig te signaleren. De NZa rapporteert hierover ten behoeve van verschillende afnemers (ministeries, andere toezichthouders, marktpartijen etc). Verder biedt de monitor informatie op basis waarvan de NZa zijn taken als sectorspecifieke toezichthouder kan uitvoeren.

Het consultatiedocument beschrijft een aantal risico's op de zorgverzekeringsmarkt. Voor die risico's benoemt de NZa indicatoren. Een overzicht van te volgen aspecten van de zorgverzekeringsmarkt staat in paragraaf 7.c. (p. 49). Het accent zal liggen op de mobiliteit van verzekerden en de achtergronden daarvan. De inschatting in dit consultatiedocument is dat informatievragen aan marktpartijen gering zullen zijn.

Het benoemen van risico's en indicatoren is afhankelijk van toenemend inzicht in de werking en ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt. De monitor kan dus in de loop der tijd van structuur veranderen.

De monitor resulteert in periodieke monitordocumenten. Het monitordocument presenteert en beschrijft periodiek gemeten indicatoren (reguliere onderwerpen in het monitordocument) en indicatoren die incidenteel onderzocht worden (speciale thema's). De periodiek gemeten indicatoren worden in het monitorrapport trendmatig weergegeven opdat de ontwikkeling in de tijd zichtbaar is.

**Beleidsvoornemens**

1. De NZa en Nma consulteren elkaar wederzijds over marktafbakeningen.<sup>1</sup>
2. De NZa zal de volgende aspecten gaan monitoren:

---

<sup>1</sup> In het huidige samenwerkingsprotocol tussen Nma, CTG/ZAio en CTZ is onder meer opgenomen: "Begrippen uit het algemene mededingingsrecht en mededingingsgerelateerde begrippen uit de WTG, zullen door CTG/ZAio en de Nma op consistente wijze worden uitgelegd. De Nma en CTG/ZAio consulteren elkaar over de wijze van uitleg van begrippen." Het ligt in de verwachting dat dergelijke afspraken mutatis mutandis worden gecontinueerd na de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg.

- de ontwikkeling van het aanbod op relevante (geografische en product-) markten;
  - de aanwezigheid en gevolgen van schaalvoordelen in de zorgverzekeringsmarkt. Het betreft hierbij de schaalvoordelen die bestaan bij het maken van naturacontracten en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie;
  - de mogelijke beperking van het aantal keuzemogelijkheden voor naturapolissen in relevante geografische markten in geval van verticale integratie.
3. De NZa volgt de verzekerdenmobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt systematisch volgen en bevordert die waar nodig en mogelijk. Daartoe doet de NZa onderzoek naar de achtergronden van het overstapgedrag van verzekerden. De resultaten van dit onderzoek gebruikt de NZa om, waar nodig, verbeteringen te stimuleren.
  4. De NZa heeft de bevoegdheid om openbare uitspraken te doen over de (on)wenselijkheid van contractuele voorwaarden in de verzekeringen (naming en shaming). Als deze het overstappen van verzekerden belemmeren doet de NZa in het openbaar uitspraken over ongewenste contractvoorwaarden.
  5. De NZa volgt de ontwikkeling van voorkeursaanbieders en collectieve contracten en is alert op signalen over de invloed ervan op de overstapmogelijkheden van verzekerden. Zowel voorkeursaanbieders als collectieve contracten kunnen een positief effect op de zorgverzekeringsmarkt hebben. Gezien het belang voor de mobiliteit van verzekerden zal de NZa publiekelijk de beperkende invloed van bovenstaande factoren signaleren en waar nodig aandringen op beleidsmaatregelen van bevoegde organen. De NZa zal de ontwikkeling van de markt van collectiviteiten nadrukkelijk volgen met het oog op mogelijke nadelen voor individuele verzekerden (zoals hogere premies).
  6. De NZa monitort de prijzen en het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van premies en van een gedifferentieerd en innovatief aanbod (zowel bij de basisverzekering als bij de aanvullende verzekeringen). Speciale aandachtspunten daarbij zijn de verhouding tussen het aantal natura- en restitutiepolissen en het marktgedrag van zorgverzekeraars met winststreven. Onder het volgen van de prijzen vallen ook de vormen van prijszetting, inclusief die in de markt van aanvullende verzekeringen. Hierdoor signaleert de NZa vroegtijdig mogelijke vormen van ongewenst marktgedrag.
  7. Gezien de taakverdeling tussen NZa en Nma stelt de NZa signalen over mogelijk ongewenste marktgedragingen ter

beschikking van de Nma om zo de uitvoering van de Mededingingswet te bevorderen.

8. Tevens zal de NZa monitoren of zorgverzekeraars aan hun verzekerden innovatieve zorg en ziektepreventie aanbieden.
9. De NZa zal bevorderen dat er tevredenheidsonderzoeken komen om zo te kunnen monitoren of de prestaties van de zorgverzekeringsmarkt overeenkomen met de wensen van de verzekerden.

Bij zijn inrichting van zijn monitor zal de NZa niet alleen die aspecten van de zorgverzekeringsmarkt meenemen die gevolgd moeten worden op basis van de eigen risicoanalyse (zie bovenstaande beleidsvoornemens). Ook zal ruimte zijn voor onderzoeksthema's die door het ministerie van VWS worden aangedragen en waarover de Tweede Kamer geïnformeerd moet worden.

## 1. Inleiding

### *1.a. Aanleiding*

#### ***Gereguleerde marktwerking***

Het kabinet streeft naar meer doelmatigheid in het zorgstelsel met instandhouding van publieke randvoorwaarden (de zorg moet betaalbaar, kwalitatief goed en toegankelijk blijven). Om dit te bereiken zet het kabinet het instrument van gereguleerde marktwerking in. Dit geldt zowel voor de zorginkoopmarkten als voor de zorgverzekeringsmarkt. Om meer marktwerking op zorginkoopmarkten te bewerkstelligen is sprake van deregulering in bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg en fysiotherapie. Op de zorgverzekeringsmarkt wil het kabinet burgers meer financiële verantwoordelijkheden en meer invloed en reële keuzevrijheden geven bij het bepalen van hun zorgverzekering. Daarmee komen zorgverzekeraars naar verwachting in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen.<sup>2</sup>

#### ***Zorgverzekeringswet<sup>3</sup>***

Om meer marktwerking mogelijk te maken, wordt er vanaf 2006 geen onderscheid meer gemaakt tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. De Zorgverzekeringswet (Zvw) die volgens planning op 1 januari 2006 ingaat regelt een verplichte standaardverzekering tegen ziektekosten (basisverzekering). De Ziekenfondswet (ZFW) wordt ingetrokken. Op de markt voor de basisverzekering kunnen alle huidige zorgverzekeraars, ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars, vanaf dan polissen aanbieden. Daarnaast blijft de markt voor aanvullende zorgverzekeringsbestaan. Vele verzekerden willen immers een uitgebreidere dekking dan alleen die voor noodzakelijke zorg.

Om concurrentie op de basisverzekering binnen publieke randvoorwaarden te stimuleren bevat de ZVW prikkels tot concurrerend gedrag bij zorgverzekeraars en wettelijke waarborgen voor publieke belangen (zie verder hoofdstuk 2).

#### ***Veranderingen in***

Met de regulering van de verzekeringsmarkt verandert ook het

---

<sup>2</sup> Memorie van Toelichting Zvw.

<sup>3</sup> In dit consultatiedocument wordt vooruitgelopen op de invoering van een aantal wetten. De politieke discussie hierover is nog niet afgelopen. De lezer dient dan ook telkens te lezen dat het gaat om voornemens van het kabinet zowel wat betreft de inhoud als het moment van invoering. Dus daar waar verwezen wordt naar de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg gaat het nog om voorstellen van wet. Vanwege de leesbaarheid wordt voorgenoemde wetgeving zonder deze toevoeging opgevoerd. Uiteraard zullen in het visiedocument Monitor Zorgverzekeringsmarkt de relevante wijzigingen in het wetsvoorstel worden meegenomen.

**toezicht** toezicht op de zorgverzekeraars. Tot 1 januari 2006 ziet het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) toe op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW (en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)). De Nederlandse Bank (DNB) ziet toe op de solvabiliteit van de particuliere verzekeraars. Het kabinet wil dat vanaf 1 januari 2006 de NZa onder meer sectorspecifiek markttoezicht gaat uitoefenen op de zorginkoopmarkten en de zorgverzekeringsmarkt. Het CTZ gaat samen met CTG/ZAio op in de NZa. De solvabiliteit wordt een zaak van de DNB. De precieze taken van de NZa zullen worden aangegeven in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Voor de afstemming tussen toezichthouders worden protocollen gehanteerd.

**De NZa als markttoezicht-houder** De NZa heeft als sectorspecifieke markttoezichthouder voor de zorgverzekeringsmarkt als belangrijke taken het bevorderen van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en het bevorderen van de transparantie ten behoeve van de consument. Een eerste stap bij de uitvoering van deze taak is het verzamelen van informatie.<sup>4</sup> Een goed opgezette monitor die past binnen een aanpak van proportioneel toezicht zorgt er voor dat de NZa tijdig en voldoende op de hoogte is van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt. De informatie die vrijkomt kan aanleiding zijn tot acties van de NZa of tot beleidsmaatregelen van betrokken ministeries.<sup>5</sup>

**Daarnaast ook toezicht op de wettelijke verplichtingen zorgverzekeraars** Een andere belangrijke pijler is het toezicht op de uitvoering van de Zvw. Deze bevat bepalingen waardoor de nieuwe zorgverzekering ook een sociale verzekering blijft. Zorgverzekeraars moeten zich in de nieuwe concurrerende omgeving onder meer houden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

**Risicoanalyses** Ook voor de focus van de andere toezichtsactiviteiten hanteert de NZa de uitkomsten van een risicoanalyse.

### ***1.b. Doelstelling van dit rapport***

**Doelstelling: consultatie over marktanalyse...** De doelstelling van dit rapport is om partijen in de sector en andere deskundigen te consulteren over de analyse van de zorgverzekeringsmarkt en de inventarisatie van risico's. Deze risico's kunnen betrekking hebben op de structuur van de markt, de gedragingen van de spelers en de uitkomsten van de

---

<sup>4</sup> Brief minister van VWS aan Tweede Kamer, 2003–2004, 29324, nr. 3/Brief minister van VWS aan Tweede Kamer, 14 april 2005 ('Rapportage NPCF overstap zorgverzekeraar').

<sup>5</sup> Per brief van 18 februari 2005 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het CTZ gevraagd in 2005 een monitor te ontwikkelen voor het structureel volgen van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt. Het ministerie vraagt daarbij om samenwerking met CTG/ZAio.

markt.

***met het oog op het visiedocument voor de ontwikkeling van een monitor***

De inzichten van de consultatie worden vastgelegd in een visiedocument. Het visiedocument vormt de basis voor de monitor van de zorgverzekeringsmarkt (zie onderstaand figuur).



Tevens is al in dit consultatiedocument (en later het visiedocument) aangegeven wat de NZa gaat doen met de informatie uit de monitor. In dit document staan nog geen concrete aanbevelingen voor verbeteringen in de zorgverzekeringsmarkt. Deze formuleert de NZa zodra monitoruitkomsten beschikbaar zijn.

Om de focus van de consultatie scherp te krijgen zijn de volgende vragen van belang:

1. In hoeverre bepalen de taken van de NZa de inhoud van de monitor?
2. Welke risico's kunnen op basis van huidige inzichten worden onderscheiden wat betreft structuur, gedrag en uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt?

***Ad 1. De monitor heeft een brede insteek***

De NZa richt zijn monitor breed in. Het gaat om zaken die op basis van de wetgeving gevolgd moeten worden en om ontwikkelingen waarover VWS en de Tweede Kamer geïnformeerd willen worden.

***Monitoring 'ex leges'***

De monitor heeft betrekking op die aspecten van de zorgverzekeringsmarkt waarbij het op basis van de Wmg als marktmeester een rol speelt. Zoals gezegd heeft de NZa als taak de werking van de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen met het oog op een actieve rol van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. De NZa heeft de bevoegdheid onderzoek te doen naar marktbelemmerende factoren en daarover te rapporteren. Tevens moet de NZa toezien op de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt. Als dat nodig mocht zijn, kan de NZa deze transparantie bevorderen, in het uiterste geval

door zelf informatie te verspreiden. Ook kan de NZa regels stellen aan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars om de vergelijkbaarheid te vergroten.

***Op de  
zorgverzekerings-  
markt heeft de NZa  
enkele  
bevoegdheden  
niet...***

Als sectorspecifieke markttoezichthouder voor de zorgverzekeringsmarkt ontbreekt het de NZa aan enkele bevoegdheden. De NZa kan zorgverzekeraars geen individuele verplichtingen opleggen in geval van marktmacht. Ook voor de contractvoorwaarden van de polissen kan de NZa geen regels stellen.

Het is de Nma die op basis van de Mededingingswet toezicht zal houden op misbruik van machtsposities van zorgverzekeraars.

Dit betekent echter niet dat situaties van marktmacht en contractvoorwaarden niet van belang zijn voor de NZa. Beide factoren hebben immers invloed op de werking van de markt en vragen dus om een actieve houding van de NZa. Zo kan de NZa ongewenste marktgedragingen in situaties van marktmacht signaleren en de Nma van informatie voorzien. Ook kan de NZa bevindingen van onderzoek naar marktversturende effecten van contractvoorwaarden (bijvoorbeeld in de vorm van beperking van overstapmogelijkheden) publiceren en aandringen op oplossingen. De monitor moet mogelijkheden bieden om informatie over dergelijke zaken te genereren.

***maar wel op de  
zorginkoopmarkt!***

Daar waar de bevoegdheden op de zorgverzekeringsmarkt dus enigszins beperkt zijn, heeft de NZa op de zorginkoopmarkten verschillende instrumenten om er voor te zorgen dat eerlijke concurrentie ontstaat. Zo kan de NZa regels stellen voor de te sluiten contracten en verplichtingen opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht. Bovendien zal de NZa nauwgezet afstemmen met de Nma vanwege diens taak bij de beoordeling van fusies en misbruik van economische machtsposities.

***Naast de wettelijke  
taken ook aandacht  
voor andere  
aspecten***

Naast de informatie die de NZa nodig heeft voor het bevorderen van de (transparantie van de) markt moet de monitor de NZa in staat stellen om VWS te informeren over een aantal zaken en dan met name over die aspecten van de zorgverzekeringsmarkt waarvan de Tweede Kamer heeft aangegeven daarover geïnformeerd te willen worden.<sup>6</sup> Welke onderwerpen van belang zijn is mede afhankelijk van het verloop van het politieke debat in de tweede helft van 2005.

***Ad 2. Risicoanalyse*** In het consultatiedocument worden risico's op de

---

<sup>6</sup> Brief Minister van VWS aan Tweede Kamer, 9 maart 2005 ('Monitoring verzekeringsmarkt')

***als uitgangspunt  
voor de inrichting  
van de monitor***

zorgverzekeringsmarkt onderscheiden. Het is belangrijk om de monitor te richten op de daadwerkelijke risico's voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt om overbodige informatievragen te voorkomen. Het is bij de ontwikkeling van de monitor voor de zorgverzekeringsmarkt een belangrijk uitgangspunt dat het verzamelen van informatie zo weinig mogelijk administratieve lasten voor de zorgverzekeraars met zich mee brengt. Dat betekent aangepaste informatievragen aan zorgverzekeraars en zoveel mogelijk gebruik maken van reeds beschikbare informatie.

***Conclusie***

Een inventarisatie van aspecten van de zorgverzekeringsmarkt op basis van de wettelijke taken van de NZa en een risicoanalyse (inclusief de reacties op het consultatiedocument) vormen de aanzet voor de ontwikkeling van de monitor gericht op een passende informatieuitvraag. Informatieverzoeken van VWS krijgen een plek in de monitor van de NZa maar zijn geen onderwerp van de onderhavige consultatie.

***Externe partijen  
consuleren***

Dit rapport is een consultatiedocument. Dit betekent dat het wordt voorgelegd aan externe partijen om de analyse en conclusies te toetsen. De informatie die het consultatieproces genereert wordt verwerkt in een visiedocument. Het voornemen is het visiedocument in het najaar door de beide colleges (CTZ en CTG/Zaio) te laten vaststellen.

***Juridisch niet  
bindend***

Het consultatiedocument heeft geen juridische status en is niet bindend voor het CTZ, CTG-ZAio of de NZa. Door verschillende oorzaken is het mogelijk dat bevindingen, conclusies en voornemens veranderen.

***1.c. Afbakening***

Deze consultatie richt zich op de zorgverzekeringsmarkt. Ten behoeve van duidelijkheid over deze reikwijdte is het van belang enkele onderscheiden helder te hebben:

1. het onderscheid tussen sectorspecifiek markttoezicht op de zorgverzekeringsmarkt en toezicht op de uitvoering van de Zvw;
2. het onderscheid tussen de markt voor de zogeheten basisverzekering en de markt voor de aanvullende verzekeringspakketten;
3. het onderscheid tussen de zorgverzekeringsmarkt en de markten van zorgaanbod en zorgverlening.

***1.c.1. Markttoezicht en ander toezicht***

***Andere toezicht***

Zoals gezegd voert de NZa vanaf 2006 naast het

sectorspecifieke markttoezicht het toezicht op de wettelijke verplichtingen van zorgverzekeraars in het kader van de Zvw uit.

Bij het toezicht op de uitvoering van de Zvw gaat het vooral om verplichtingen die de publieke randvoorwaarden moeten waarborgen. Die verplichtingen bestaan uit de acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en verplichtingen over verzekeringstechnische uitvoering en verantwoording. Verder moet de NZa in aanvulling op het gangbare gedragstoezicht van de AFM er op toezien dat zorgverzekeraars geen informatie verstrekken die afbreuk doet aan de informatie die zij dienen te verstrekken op grond van de Zvw, Wmg, of AWBZ.

De vormgeving van deze toezichtactiviteiten komt niet aan de orde komt in de hier aangeboden analyse van de markt.

#### *1.c.2. Basisverzekering en aanvullende verzekering*

#### ***Basisverzekering versus aanvullende verzekering***

Het sectorspecifieke markttoezicht van de NZa heeft betrekking op de ziektekostenverzekering in de brede betekenis van het woord, dus inclusief de aanvullende verzekering.<sup>7</sup> In principe moet de monitor dus over beide markten – de basisverzekering en de aanvullende verzekering – informatie genereren. Algemene analyses voor beide markten kennen dezelfde bouwstenen (bijvoorbeeld aantallen aanbieders, marktaandelen, polisdifferentiatie, premieontwikkeling).

Daarbij komt dat ontwikkelingen in de markt voor aanvullende verzekeringen invloed hebben op de markt voor de basisverzekering. Te denken valt aan effecten voor de kosten van de basisverzekering, risicosamenstelling, en de mobiliteit van verzekerden.<sup>8</sup> Signalen die aanleiding geven tot het veronderstellen van effecten van de aanvullende verzekering op de basisverzekering kunnen aanleiding zijn de monitor hierop specifiek te richten.

#### *1.c.3. Andere markten*

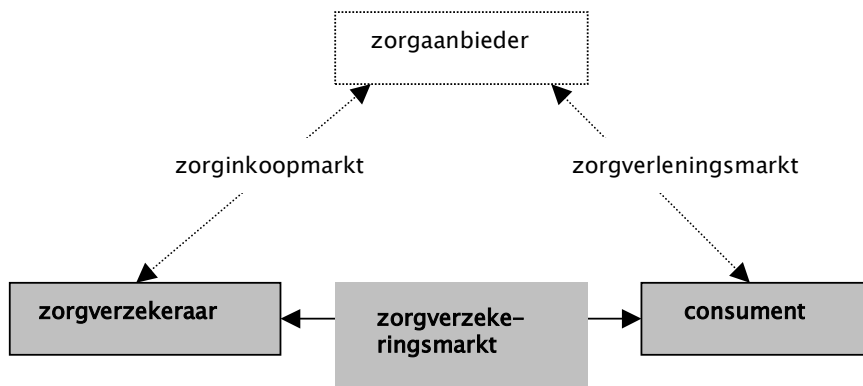
De monitor richt zich primair op de zorgverzekeringsmarkt met als marktpartijen de zorgverzekeraars en de consument. De consument kan een individu of een collectief zijn. Markt en marktpartijen staan in onderstaand schema

---

<sup>7</sup> Tweede Kamer, 2004–2005, 29324, nr. 4

<sup>8</sup> F.T. Schut, T. Laske–Aldershof en D. de Bruijn, Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse, iBMG, Rotterdam, 2004

vetgedrukt/gearceerd.



De markten beïnvloeden elkaar. Een goed werkende zorgverzekeringsmarkt moet zorgverzekeraars prikkelen om goede contracten met zorgaanbieders af te sluiten. Andersom betekenen voordelen op de inkoopmarkt voor een zorgverzekeraar een betere concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt. Het consumptiegedrag van partijen bij de zorgverlening is van invloed op de kosten van zorgverzekeraars met mutaties in de premies van zorgverzekeringen als gevolg.

In de analyse in dit consultatiedocument komen ontwikkelingen op de zorginkoopmarkt of de zorgverleningsmarkt alleen aan de orde indien relevant in termen van gedrag, structuur en uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt.

### ***1.d. Leeswijzer consultatiedocument***

Hoofdstuk 2 schetst in hoofdlijnen de ordening van de zorgverzekeringsmarkt vanaf 2006. Vanaf hoofdstuk 3 komen de risico's aan de orde op de terreinen van achtereenvolgens de structuur van de markten voor zorgverzekeringen, overstapmogelijkheden en anti-competitieve gedragingen. In het daaropvolgende hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt. Het document eindigt met aanzetten voor de inrichting van de monitor voor de nieuwe zorgverzekeringsmarkt.

### ***1.e. Proces consultatie***

Voor dit consultatiedocument is desk research gepleegd. Literatuur over de zorgverzekeringsmarkt is geraadpleegd. Ook is al met een aantal marktpartijen, onderzoeksinstituten en VWS van gedachten gewisseld over de mogelijke inhoud van de monitor.

Het hier voorliggende consultatiedocument is breed verspreid onder marktpartijen, overheidsinstellingen, wetenschappers,

onderzoeksinstellingen en brancheorganisaties. De geadresseerden wordt gevraagd schriftelijk te reageren op de consultatievragen. In aanvulling daarop vinden bezoeken aan verschillende partijen plaats om zo mogelijk nog meer bruikbare reacties te verkrijgen. Termijnen en procedures staan in de begeleidingsbrief. Een hoorzitting sluit de consultatieprocedure af. Daarin krijgen partijen de gelegenheid hun schriftelijke reactie mondeling toe te lichten.

## 2. Ordening van de zorgverzekeringsmarkt vanaf 2006

### *2.a. Inleiding*

Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de veranderende ordening van de zorgverzekeringsmarkt. Ten tweede wordt het wettelijk kader voor het toezicht op de zorgverzekeringsmarkt geschetst. Het toezicht wordt geregeld in de Wmg. Er is ook aandacht voor andere regelgeving voor toezicht.

### *2.b. Veranderende ordening van de zorgverzekeringsmarkt*

In de afgelopen 15 jaar is geleidelijk steeds meer marktwerking in het ziekenfondsstelsel geïntroduceerd, terwijl particuliere verzekeraars steeds meer zijn geconfronteerd met regelgeving ten behoeve van consumentbescherming.<sup>9</sup> Het kabinet trekt met de invoering van de Zvw de ontwikkeling door van deregulering in combinatie met regelgeving ter bescherming van de publieke doelen. Hierdoor spreekt men van gereguleerde marktwerking.

Hoewel dus sprake is van een ontwikkeling, die al in gang is gezet in het afgelopen decennium, verandert het zorgverzekeringsstelsel met de invoering van de Zvw op een aantal punten fundamenteel. Deze staan in de volgende alinea's toegelicht.

#### ***Opheffing onderscheid ziekenfondsmarkt-particuliere markt***

Nederland kent een tweeledig ziektekostenverzekeringsstelsel. Naast de verplichte ziekenfondsverzekering voor personen met een inkomen onder de loongrens is er een vrije markt van particuliere ziektekostenverzekeringen.<sup>10</sup> In het nieuwe stelsel zijn beide soorten van verzekeringen vervangen door een privaatrechtelijk vormgegeven verplichte basisverzekering met een markt voor aanvullende verzekeringen.

Met de Zvw is op de markt van de basisverzekering sprake van maar één soort aanbieder. Voor de markt van de aanvullende verzekeringen gelden de bepalingen van de Zvw niet en kunnen dus ook andere verzekeringsbedrijven hun producten aanbieden.

---

<sup>9</sup> De OECD typeert de particuliere verzekering als een combinatie van minimale regulering van de meeste verzekeringsproducten en belangrijke 'safety net'-voorzieningen. Vooral van invloed zijn geweest de regels van de overheid ter bescherming van overstappende ziekenfondsverzekerden (65+). Zie: OECD, *Private Health Insurance in the Netherlands: a case study*, 2004.

<sup>10</sup> Hier niet genoemd zijn de groepen van ambtenaren die verzekerd zijn op grond van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.

**Winstoogmerk**

De zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren mogen met winstoogmerk gaan werken. Het kabinet ziet hierin een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars om zo doelmatig mogelijk te werken, zowel intern (beheer) als extern (inkopen van zorg). Tot dusver was de situatie zo dat ziekenfondsen weliswaar prikkels hadden om een goed financieel resultaat te behalen, maar deze niet konden uitkeren aan bijvoorbeeld aandeelhouders. Dat was voorbehouden aan de particuliere ziektekostenverzekeraars.<sup>11</sup>

**Vervallen van risicoselectie**

Particuliere zorgverzekeraars zijn van oudsher schadeverzekeraars die hun premies baseren op calculaties van financiële risico's van bepaalde groepen van verzekerden. Het selecteren op gezondheidsrisico's en premiedifferentiatie is dan ook gebruikelijk in de particuliere verzekeringsmarkt.

Vanaf 2006 bestaat voor de basisverzekering een acceptatieplicht. Een gelijk speelveld (level playing field) vereist dat zorgverzekeraars met relatief ongezonde populaties gecompenseerd worden. Het zogeheten Zorgverzekeringsfonds moet de verschillen in gezondheidsrisico's tussen zorgverzekeraars mitigeren. Uit het fonds worden aan de zorgverzekeraars jaarlijks gelden verstrekt ter verevening van ongelijke risico's. Daartoe bestaat een vereveningsstelsel dat zorgverzekeraars ervan moet weerhouden minder gezonde verzekerden te weren. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed door de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen en de rijksbijdragen. De verstrekking uit het Zorgverzekeringsfonds moet 50 % van de kosten (inclusief bovengenoemde risicoverevening) van de basisverzekering dekken. De rest moeten de zorgverzekeraars dekken door de nominale premies. Daarnaast bestaan tijdelijk nog compensatiemechanismen voor bijvoorbeeld extreem hoge kosten.

**Vergaande nominalisering van de premie**

Ziekenfondsverzekerden betalen nu een premie die afhankelijk is van het loon en een nominale premie. De nominale premie bedraagt in 2005 gemiddeld ongeveer € 385 per jaar. Particulier verzekerden betalen alleen een nominale premie. Vanaf 2006 betalen alle verzekerden een nominale premie. Naar verwachting moet een verzekerde ongeveer € 1100 per jaar betalen (exclusief premies voor aanvullende verzekeringen). De premie verschilt per zorgverzekeraar maar

---

<sup>11</sup> Een belangrijke voorwaarde voor het behoud van reserves bij de invoering van het nieuwe stelsel is dat zorgverzekeraars hun winst 10 jaar lang niet mogen uitkeren aan aandeelhouders. Als veel zorgverzekeraars kiezen voor behoud van hun reserves zal het aantal met winstoogmerk niet snel toenemen.

ook door mogelijke kortingen als gevolg van eigen risico's of collectiviteiten.

Het Ministerie van VWS gaat er van uit dat een nominale premiecomponent met een dergelijke omvang voldoende effectief is als prikkel voor zowel concurrentie tussen zorgverzekeraars als voor een kostenbewustzijn bij de burgers.

Naast de nominale premie moet de verzekerde een inkomensafhankelijke premie betalen die door de Belastingdienst wordt geïnd. Bepaalde groepen van verzekerden hebben bij een te grote premie in verhouding tot het inkomen recht op gedeeltelijke teruggave via de Belastingdienst.

***Restitutie ook voor de basisverzekering, evenals voorkeursaanbieders***

Ziekenfondsen zijn momenteel grotendeels verplicht hun verzekering in naturavorm aan te bieden, maar zorgverzekeraars kunnen vanaf 2006 zowel natura- als restitutiepolissen of een gemengde vorm aanbieden.<sup>12</sup> Ook mag de zorgverzekeraar ervoor kiezen om voorkeursaanbieders te kiezen en te contracteren.

***Functionele aanspraken***

Nu is in het ziekenfondsstelsel wettelijk bepaald wie welke zorg kan verstrekken. Vanaf 2006 echter zijn aanspraken van verzekerden functioneel omschreven. Waar en door wie de zorg moet worden verleend, wordt niet meer voorgeschreven. Dit heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat de zorgverzekeraar voor verschillende elementen van de zorgaanspraken verschillende zorgaanbieders kan contracteren, en dus niet alleen de voorgeschreven zorgaanbieders, en dat ook in de polis zo kan aanbieden op de verzekeringsmarkt.

***2.c. Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)***

De Wmg geeft aan welke taken en bevoegdheden de NZa heeft.

***Sectorspecifiek markttoezicht vs algemeen mededingingstoezicht***

In dit document gaat het om het sectorspecifieke markttoezicht. Sectorspecifiek markttoezicht dient als aanvulling op het algemene mededingingstoezicht op zogeheten transitie markten. In markten met vrije prijsvorming heeft het sectorspecifieke markttoezicht vooral tot doel de concurrentie te bevorderen. Bij bevorderen kan gedacht worden aan het totstandbrengen van transparantie. Prijsregulering in een markt met vrije prijzen is geen doel van het toezicht. De nieuwe zorgverzekeringsmarkt is een sector

---

<sup>12</sup> De aanpassing van de ZFW door de Herziening Overeenkomsten Zorg (HOZ) in 2005 geeft ziekenfondsen op bepaalde zorggebieden al voor 2006 meer contracteervrijheid.

waar vrije prijsvorming waar mogelijk zijn intrede doet.

Het toezicht bestaat uit drie stappen:

1. informatieverzameling;
2. oordeelsvorming;
3. interventie.

### ***Informatieverzameling***

Informatieverzameling vindt plaats via een structurele monitor voor de zorgverzekeringsmarkt. Uitgangspunt daarbij is een risicoanalyse die proportioneel markttoezicht mogelijk maakt en voorkomt dat onnodig veel informatie wordt opgevraagd. Zo nodig voert de NZa specifiek nader onderzoek uit.

Ook voor de overige toezichtstaken wordt op basis van een risicoanalyse duidelijk welke informatie nodig is. Het verwerven van deze informatie sluit zoveel als mogelijk is aan op het verzamelen van informatie voor de taak als marktmeester.

In hoofdstuk 7 (Aanzetten tot inrichting van de monitor) staat een indicatief overzicht van informatiebronnen.

### ***Oordeel***

De NZa moet op basis van de informatie tot een oordeel komen over:

- het presteren van de zorgverzekeringsmarkt in termen van prijzen, hoeveelheden en prijs-kwaliteitverhoudingen
- de mate waarin op de zorgverzekeringsmarkt voldaan is aan voorwaarden voor marktwerking: voldoende mogelijkheden voor toetreding en overstappen alsmede afwezigheid van anti-competitief gedrag.

Ook moet de NZa nagaan dat publieke doelen en wettelijke verplichtingen zijn gerealiseerd. Ook hiervoor kan informatie uit de monitor gebruikt worden.

### ***Interventie***

Interventies van de NZa op de zorgverzekeringsmarkt zullen voornamelijk betrekking hebben op het stimuleren van een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en het bevorderen van de transparantie van deze markt. In situaties van anticompetitief gedrag dient de NZa te signaleren dat dit gedrag de werking van relevante markten frustreert. Dit helpt de Nma bij zijn bevoegdheden om te interveniëren in gevallen van misbruik van marktmacht.

### ***2.d. Mededingingswet (Mw)***

De Mededingingswet (Mw) is van toepassing op afspraken en gedragingen van ondernemingen op terreinen waar sprake is van daadwerkelijke mededinging. De rechtsvorm waarin

ondernemingen zijn georganiseerd en de manier waarop de activiteiten van de onderneming worden gefinancierd, zijn voor de toepassing van de Mw niet van belang. Zorgverzekeraars worden gezien als ondernemingen in het kader van de Mw.<sup>13</sup> De Nma voert de Mw uit.

De Mw verbiedt:

- kartels;
- bepaalde fusies van ondernemingen zonder voorafgaande melding;
- misbruik van economische machtspositie.

### ***Kartels***

Kartels zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen of onderling afgestemde gedragingen die de mededinging beperken. Zo zijn bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken en het verdelen van markten verboden. Het verbod geldt niet voor afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet (de zogenoemde bagatelbepaling), omdat dergelijke afspraken de markt slechts zeer gering beïnvloeden.

### ***Fusies***

Wanneer ondernemingen willen fuseren, moeten zij dat melden bij de Nma. De Nma kan een fusie verbieden wanneer daardoor een economische machtspositie ontstaat of wordt versterkt. Niet alle fusies hoeven gemeld te worden aan de Nma. Er geldt een meldingsplicht voor fusies, wanneer de gezamenlijke omzet van de fuserende partijen meer bedraagt dan €113.450.000 wereldwijd en de omzet van ten minste twee van de fuserende partijen ieder minimaal € 30.000.000 in Nederland bedraagt.

### ***Misbruik van machtspositie***

Een onderneming die een machtspositie heeft en zich daardoor bij het bepalen van haar beleid weinig hoeft aan te trekken van de andere marktpartijen, kan een bedreiging vormen voor de markt als zij misbruik maakt van die economische machtspositie. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf niet in strijd met de Mw. Van die machtspositie mag echter geen misbruik worden gemaakt. Van misbruik van een economische machtspositie kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer een onderneming te hoge (excessieve) prijzen rekent, te lage (roof)prijzen rekent, bepaalde afnemers uitsluit van levering of onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden hanteert die de

---

<sup>13</sup> De situatie is nu anders. De Nma heeft in het besluit tot afwijzing van klachten van zorgaanbieders gericht tegen zorgverzekeraars dd 26 mei 2005 (zaaknummer 3473BEM) aangegeven dat de Nederlandse ziekenfondsen geen ondernemingsactiviteiten uitoefenen bij het uitvoeren van de Ziekenfondswet en dus momenteel niet onder de Mw vallen.

wederpartij niet zou hebben geaccepteerd als de andere marktpartij geen machtspositie had gehad, zoals koppelverkoop, langetermijncontracten en het verhogen van overstapkosten.

***Afstemming Nma-NZa***

Op 6 juni 2005 hebben CTG-ZAio, Nma en CTZ protocollen gesloten met afspraken over wederzijdse consultaties. Met de oprichting van de NZa blijven de protocollen in aangepaste vorm bestaan.

***2.e. Wet toezicht verzekeringsbedrijf (Wtv)***

Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993) moeten zorgverzekeraars in het bezit zijn van een vergunning van De Nederlandsche Bank (DNB). Een van de toelatingseisen is dat de personen die het dagelijks beleid van een verzekeraar bepalen, naar het oordeel van de DNB voldoende deskundig zijn om het verzekeringsbedrijf uit te oefenen. De voornemens, handelingen of antecedenten van de personen die het beleid van de verzekeraar bepalen of mede bepalen, moeten de DNB in het belang van de verzekerden overtuigen van de betrouwbaarheid van deze personen. Ook moet de vergunningsaanvrager solvabel zijn, onder meer om de kosten voor de inrichting van de administratie te kunnen dragen.

***2.f. De Wet financiële dienstverlening (Wfd)***

Het kabinet wil in het najaar van 2005 de nieuwe Wet financiële dienstverlening (Wfd) invoeren. Daarmee ontstaat een nieuw wettelijk kader met regels voor financiële dienstverleners over hoe zich tegenover de consument te gedragen. De Wfd legt vast aan welke kwaliteitskenmerken de financiële dienstverlening moet voldoen. Zo mag bij de informatieverstrekking geen gebruik gemaakt worden van misleidende reclame en moet advisering zorgvuldig zijn. De Autoriteit Financiële Markten (AFM) is belast met het zogeheten gedragstoezicht op financiële markten. De NZa ziet er, in aanvulling op het gedragstoezicht van de AFM, op toe dat zorgverzekeraars geen informatie verstrekken die afbreuk doet aan de informatie die zorgverzekeraars op grond van de Zvw, Wmg of AWBZ dienen te verstrekken.

Naast de genoemde wetgeving speelt voor zorgverzekeraars niet nader genoemde wetgeving ook een belangrijke rol, met name die van toepassing is op de zorginkoopmarkten. Het CTG/ZAio heeft in consultatiedocumenten uitgebreid aandacht besteed aan deze wetgeving. Korthedshalve verwijzen wij hier naar deze documenten ([www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl)).



### 3. Structuur van markten voor zorgverzekeringen

#### ***Verskillende concurrentie-prikkels***

#### ***3.a. Inleiding***

Zorgverzekeraars moeten gaan vechten om de gunst van verzekerden door verschillende concurrentieprikkels. Ten eerste de concurrentie met andere zorgverzekeraars op relevante markten ('interne' concurrentie). Ten tweede de zogeheten potentiële concurrentie die ontstaat door de druk van mogelijke toetreders tot de markt.<sup>14</sup> Ten derde gaat het om de druk die de vragende partijen (consumenten en werkgevers) en toeleveranciers (zorgaanbieders) op de zorgverzekeraars leggen ('externe' concurrentie). Deze vormen van concurrentie bepalen samen hoe competitief de zorgverzekeringsmarkt genoemd kan worden. Bij voldoende competitiviteit moet de aanbieder tegemoet komen aan de wensen van de consument om 'in business' te kunnen blijven.

Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgens de mate van interne en potentiële concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. In het volgende hoofdstuk komt externe concurrentie aan de orde door met name de mobiliteit van verzekerden te beschrijven.

#### ***3.b. Concurrentie tussen zorgverzekeraars (interne concurrentie)***

Als er genoeg zorgverzekeraars zijn die een substitueerbaar product leveren, heeft de consument voldoende mogelijkheden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar als de huidige niet bevalt. De consument vergelijkt zijn huidige zorgverzekeraar met diens concurrenten op de prijs, de kwaliteit en de leveringsvoorwaarden van het product. Deze vergelijking dwingt de zorgverzekeraar ertoe om zijn consumenten tevreden te houden.

##### ***3.b.1. Aantal zorgverzekeraars***

Begin 2005 zijn er 59 zorgverzekeraars. Het gaat daarbij om 22 ziekenfondsen, 33 privaatrechtelijke en 4 publiekrechtelijke zorgverzekeraars. Van deze 59 zorgverzekeraars behoren 11 zorgverzekeraars niet tot een groep.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Tot potentiële concurrentie wordt ook de dreiging van substituten gerekend. Daar wordt hier niet op ingegaan omdat er een verzekeringsplicht is.

<sup>15</sup> Vektis. Zorgthermometer april 2005. Een groep kan ook 1 ziekenfonds en 1 privaatrechtelijke zorgverzekeraar bevatten. Tevens kunnen groepen verschillende labels op de markt brengen.

De marktaandeelen zijn ongelijk verdeeld over de groepen zorgverzekeraars; ongeveer 70 % van de verzekerden zit bij de vijf grootste groepen. Dit hoeft geen bezwaar te zijn vanuit het oogpunt van concurrentie. Berekening van de zogeheten Herfindahl-Hirschmanindex leert dat de mate van concentratie op de landelijke markt van zorgverzekeringen geen belemmering vormt voor interne concurrentie.<sup>16</sup> Hierbij moet overigens worden aangetekend dat het concentratieproces nog niet tot stilstand is gekomen.<sup>17</sup>

Belangrijk bij deze beoordeling is de marktafbakening. Daarbij gaat het om de afgrenzing van de geografische en productmarkt. De consequenties van marktafbakening worden in de volgende paragraaf geschetst.

### *3.b.2. Marktafbakening*

Om marktwerking mogelijk te maken is een voldoende aantal aanbieders van substitueerbare Zvw-polissen nodig op elke markt. Als wordt uitgegaan van een landelijke markt dan is het risico voor de omvang van het aanbod van zorgverzekeringen vooralsnog als gering in te schatten. Er ontstaat echter een ander beeld als sprake zou zijn van regionale markten. Regionale markten kunnen ontstaan omdat ziekenfondsen in de praktijk vaak regionaal georiënteerd zijn. Het is mogelijk dat ook onder de Zvw de zorgverzekeringsmarkt een regionaal georiënteerde markt blijft. Daarbij is de aanname dat het vervangend aanbod in het nieuwe stelsel voor de huidige ziekenfondsverzekerden veelal een zorg in natura polis betreft. Een consument koopt bij de aankoop van een zorg in natura-polis, eigenlijk toegang tot bepaalde zorgaanbieders. Verzekerden hebben een voorkeur voor regionale aanbieders.

### ***Historische marktaandeelen***

Belangrijk bij marktafbakening is dat ziekenfondsen als gevolg van hun jarenlange monopoliepositie nog sterk geconcentreerd zijn in bepaalde regio's. Van den Brink schat dat in 2001 gemiddeld 77 % van de ziekenfondsverzekerden verzekerd was bij de regionaal grootste zorgverzekeraar.<sup>18</sup> De

---

<sup>16</sup> Berekeningen van het CTZ op basis van verzekerdenaantallen in 2005 geven een concentratie van 1030 aan. Dit geldt als een matige vorm van concentratie. Nyfer komt op basis van verzekerdenaantallen in 2002 op dezelfde conclusie uit. Nyfer, Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte. Breukelen, 2003, p. 39. De HHI geeft de concentratie in een bepaalde markt weer. Hij kan variëren tussen 0 en 10.000 punten, waarbij een hogere HHI een hogere concentratie aangeeft. Een markt waarin de marktaandeelen meer asymmetrisch verdeeld zijn kent derhalve een hogere HHI.

<sup>17</sup> Zie bijvoorbeeld het voorgenomen samengaan van zorgverzekeraars CZ en OZ en van VGZ-IZA en Trias. Beide zijn midden 2005 gemeld bij de Nma.

<sup>18</sup> R. van den Brink, Een efficiënte ziekenfondsmarkt, Economische Statistische Berichten, 2001

Heij geeft aan dat in 2003 in een kwart van de regio's het regionale ziekenfonds een marktaandeel heeft van meer dan 75 %.<sup>19</sup> Het CTZ heeft berekend dat in vrijwel elke provincie de concentratiegraad als hoog moet worden aangeduid.<sup>20</sup> Nyfer stelt dat de samenvoeging met particuliere verzekeraars de gemiddelde regionale concentratie van zorgverzekeraars wel zal 'verdunnen'.<sup>21</sup> Dat neemt echter niet weg dat (groepen van) zorgverzekeraars aanzienlijke marktaandelen behouden.

### ***Invloed Zvw***

Het ontstaan van regionale markten zou mogelijk zijn omdat de Zvw voor zorgverzekeraars de mogelijkheid biedt zich op provincies te richten. Alleen zorgverzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden zijn verplicht in heel Nederland polissen aan te bieden, ofwel elke verzekeringsplichtige te accepteren, ongeacht waar deze in Nederland woont. Kleinere zorgverzekeraars kennen deze verplichting niet. Hen is toegestaan een beperkter werkgebied te hanteren.<sup>22</sup> Bovendien mogen zorgverzekeraars hun polissen differentiëren naar provincies, zowel qua prijs als inhoud.

Het kabinet geeft drie redenen voor het mogelijk maken van een beperkt werkgebied:<sup>23</sup>

1. Nieuwe zorgverzekeraars kunnen gemakkelijker toetreden tot de markt, omdat zij in aanvang op een beperkte schaal kunnen werken.
2. Kleine, vrijwel uitsluitend regionaal actieve ziekenfondsen kunnen hun werkzaamheden blijven uitvoeren.
3. Zorgverzekeraars bieden naar verwachting voor 'verre verzekerden' restitutie-polissen aan. Dit is niet de altijd de meest efficiënte manier van werken.<sup>24</sup> Door een kleinere zorgverzekeraar, die waarschijnlijk sterker regionaal georiënteerd is, niet te verplichten elke Nederlander te accepteren, wordt de kans kleiner dat veel verzekerden 'verre verzekerden' zullen zijn.

---

<sup>19</sup> L.J.M. de Heij, Zorgverzekeringswet kan tot minder zorgverbetering leiden, in: ESB, 9-7-2004, p. 320-321.

<sup>20</sup> Berekeningen van het CTZ op basis van verzekerdenaantallen in 2005. Daarbij zijn vooralsnog de provinciegrenzen gehanteerd ter afbakening van regio's.

<sup>21</sup> Nyfer, p. 41

<sup>22</sup> Zvw artikel 29 leden 1 en 2: Het werkgebied van een zorgverzekeraar is Nederland. Een zorgverzekeraar kan zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies zolang bij hem minder dan 850.000 verzekerden op basis van een zorgverzekering verzekerd zijn.

<sup>23</sup> Memorie van toelichting Zvw, 29763 nr. 3, p. 26.

<sup>24</sup> Een natura-verzekering brengt hogere onderhandelingskosten van zorginkoop met zich mee, maar deze zijn bij een voldoende aantal verzekerden lager dan de beheerskosten van restitutie. Hierin schuilt een schaalvoordeel, zie latere paragraaf.

### *3.b.3. Risico's van regionale markten*

Vooruitlopend op marktafbakeningen worden in deze paragraaf de risico's van regionale markten voor zorgverzekeringen geschetst.

<b><i>Efficiëntiewinst komt niet ten goede van de verzekerde</i></b>	Het kabinet zelf geeft aan dat de facilitering van beperkte werkgebieden niet zonder risico's is. Ten eerste kan de concurrentie afnemen en wordt de kans dat huidige situaties met sterke marktposities blijven bestaan groter. Het nadeel van aanzienlijke marktmacht is dat de prikkel voor de zorgverzekeraar kleiner wordt om de voordelen behaald op de inkoopmarkten door te geven aan de verzekerde of zelfs om die voordelen te behalen. De toename van de efficiëntie 'verdamp't bij de zorgverzekeraar.
<b><i>Mijden van provincies</i></b>	Ten tweede ontstaan mogelijkheden voor zorgverzekeraars om provincies te mijden door onaantrekkelijke polissen aan te bieden. Dit kan bijvoorbeeld door hoge premies te vragen. Onder voorwaarde van een afdoende werkend vereveningssysteem gaat het daarbij niet zozeer om geografische risicoselectie. Wel is het mogelijk dat zorgverzekeraars provincies gaan mijden uit efficiencyoverwegingen.
<b><i>Afname concurrentie</i></b>	Ten derde lijkt het aanvankelijk aantrekkelijk dat zorgverzekeraars met een groot marktaandeel 'countervailing power' hebben ten opzichte van zorgaanbieders, maar op de langere termijn kunnen de concurrentieprikkel tussen zorgverzekeraars, de keuzevrijheid van verzekerden, de prikkel tot scherp inkopen van zorg en uiteindelijk de doelmatigheid van het geheel in gevaar komen. <sup>25</sup>
<b><i>Toetredingsdrempels</i></b>	Daaraan kan worden toegevoegd dat sterke posities bij de zorginkoop die regionaal is toetredingsdrempels kunnen vormen voor potentiële concurrenten, maar ook kleinere spelers op de regionale markt buitenspel kunnen zetten. <sup>26</sup> Momenteel is de situatie zo dat in verschillende regio's ziekenhuizen hun productie voor meer dan 80 % gefinancierd krijgen door de dominante zorgverzekeraar. <sup>27</sup>
<b><i>Oligopole marktsituaties mogelijk</i></b>	Dit effect kan nog worden versterkt doordat een mogelijk regionale monopoliepositie aan de inkoopkant een voortgaande regionale concentratie van het zorgaanbod in de

---

<sup>25</sup> Memorie van toelichting Zvw, 29763 nr. 3, p. 26.

<sup>26</sup> Zie ook Nyfer, 2004.

<sup>27</sup> Wij baseren ons hierbij op de component verpleegdagen. De veronderstelling is dat het beeld niet veel anders is voor polibezoeken en dagopnamen.

hand kan werken, teneinde het evenwicht te herstellen. Dit leidt echter tot oligopole marktsituaties.

Er zijn naast de verplichtingen voor de grote zorgverzekeraar andere mechanismen mogelijk die de kans op nadelige effecten van inkoopmacht verkleinen. Het is mogelijk dat zorgaanbieders zorgverzekeraars stimuleren tot toetreding tot regio's waarin de situatie neigt naar verzekeringsmonopolies, bijvoorbeeld via aantrekkelijkere contractvoorwaarden. Zij hebben er immers belang bij hun zorg aan verschillende verzekeraars aan te kunnen bieden.<sup>28</sup>

### **Conclusie**

Al met al wordt hier geconcludeerd dat regionale markten voordelen hebben, maar dat er risico's zijn voor de omvang van het aanbod van zorgverzekeringen. Deze risico's worden lager ingeschat als moet worden gesproken van een landelijke markt. Dat wil echter niet zeggen dat een landelijke markt geen problemen kent. Daar waar dat van toepassing is komen ze in de rest van dit document aan de orde.

### **Consultatievragen:**

1. *Deelt u bovenstaande uitgangspunten bij de marktafbakening op de zorgverzekeringsmarkt?*
2. *Deelt u de analyse van de risico's van regionale markten of mist u iets?*
3. *Kunt u voorbeelden geven van manieren waarop zorgaanbieders de toetreding van actieve zorgverzekeraars (niet alleen restitutiepolissen) op een (regionale) zorgverzekeringsmarkt kunnen bevorderen?*

### **3.c. De dreiging van toetreders (potentiële concurrentie)**

Niet alleen een voldoende aantal zorgverzekeraars op dezelfde markt is een prikkel voor lagere prijzen, een betere kwaliteit en grotere klantgerichtheid. Ook de mogelijkheid dat nieuwe zorgverzekeraars toetreden tot de desbetreffende markt dwingt de zittende zorgverzekeraars ertoe de consument tevreden te houden.

### **Toetredingsdrempels**

De hierop volgende beschrijving van mogelijke toetredingsdrempels gaat eerst in op de voorwaarden die het kabinet stelt voor de uitvoering van de Zvw en vervolgens op schaal- en scopevoordelen.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> SEO, 2003.

<sup>29</sup> Wij laten hier de zogeheten 'sunk costs' (investeringen die niet terugverdiend kunnen worden) buiten beschouwing; vanwege hun beperkte omvang worden deze niet als toetredingsdrempel beschouwd.

### *3.c.1. Voorwaarden voor toetreding als zorgverzekeraar*

Verzekeraars die de Zvw willen uitvoeren moeten beschikken over een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor de branches 1) Ongevallen en 2) Ziekte. Die vergunning wordt verleend door DNB.<sup>30</sup> De eisen zijn voor alle vergunningaanvragers gelijk.<sup>31</sup>

Daarnaast moeten zorgverzekeraars op de markt van de basisverzekering voldoen aan de eisen van de Zvw. Enkele belangrijke voorwaarden daarbij zijn:

- de polissen passen binnen de Zvw;
- voldoen aan de zorgplicht;
- administratie opgezet overeenkomstig voorwaarden voor vereveningsregeling;
- het werkgebied beslaat geheel Nederland, of in geval een zorgverzekeraar minder dan 850.000 verzekerden heeft, mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies;
- de statuten waarborgen een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid.

#### ***Gering risico***

De wettelijke toetredingseisen voor de vergunning en de eisen voor de Zvw lijken proportioneel en niet belemmerend voor toetreding.

### *3.c.2. Schaalvoordelen*

Schaalvoordelen bestaan als de kostprijs van een product afneemt doordat de omvang van de productie toeneemt. Vaak gaat het om vaste kosten, zoals investeringen, die nodig zijn om productie te kunnen leveren. Bij een grotere productie worden de vaste kosten verdeeld over een groter aantal geproduceerde eenheden. De kostprijs per eenheid wordt daarmee lager. Dit heet een schaalvoordeel, omdat een aanbieder met een groter marktaandeel op grotere schaal produceert en een kostprijsvoordeel heeft ten opzichte van kleinere aanbieders. Nieuwe toetreders tot een markt starten doorgaans met een klein marktaandeel, en hebben door hun hogere kostprijs een concurrentienadeel ten opzichte van bestaande aanbieders. Dit verkleint de kans op succesvolle toetreding tot de markt en verhoogt de toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders.

#### ***Verzekerings-***

Naast deze schaalvoordelen hebben grote aanbieders op de

---

<sup>30</sup> Een vergunning kan ook verleend worden door een collega-toezichthouder van DNB in een andere lidstaat van de Europese Unie.

<sup>31</sup> Echter, voor een soepele overgang kunnen ziekenfondsen die op 31 december 2005 een toelating hebben voor de uitvoering van de ZFW bij de invoering van de Zvw van rechtswege beschikken over een vergunning voor de branches 1) Ongevallen en 2) Ziekte. Binnen 1 jaar moeten zij dan wel voldoen aan de voorwaarden.

***technische  
schaalvoordelen***

verzekeringsmarkt een andersoortig schaalvoordeel als gevolg van de Wet van de Grote Getallen. Hoe onzeker het optreden van een ziekte bij één individu ook is, door zo veel mogelijk individuen die aan het risico op de ziekte onderhevig zijn in één portefeuille te verzamelen, wordt de verwachte schade ten gevolge van de ziekte per jaar steeds beter voorspelbaar. Hoe minder verzekerden een zorgverzekeraar heeft, hoe hoger zijn premie moet zijn om met voldoende veiligheid (solvabiliteit) het zorgverzekeringsbedrijf te kunnen uitoefenen. De prijs van de onzekerheid van een kleine verzekerdenportefeuille uit zich in een hogere kostprijs. Als nieuwe zorgverzekeraars hogere premies moeten vragen dan bestaande, hebben zij een nadeel.

***Onduidelijkheid  
over  
schaalvoordelen***

Er is niet veel bekend over daadwerkelijke schaalvoordelen op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Verondersteld kan worden dat de boven beschreven schaalvoordelen vooral van toepassing zijn in geval van geheel nieuwe toetreders. Toetreders die al actief zijn in een andere regionale markt hebben te maken met veel minder schaalvoordelen bij zittende zorgverzekeraars (zij maken alleen extra kosten die samenhangen met de nieuwe geografische markt). Verzekeringstechnische schaalnadelen komen beperkt voor door de concentratie van zorgverzekeraars in groepen en de compenserende werking van de ex post-kostenvereveningen.

***Schaalvoordelen en  
natura- of  
restitutiepolis***

Het is zeer wel mogelijk dat zorgverzekeraars met maar een klein marktaandeel in bepaalde provincies afzien van naturapolissen. De beheerskosten die met restitutie samenhangen zouden dan lager zijn dan de beheerskosten van het uitvoeren van zorginkoop in die provincie. Naarmate het aantal verzekerden in die provincie groeit, wordt het aantrekkelijker om naturapolissen aan te bieden. Het is op dit moment onbekend bij welke omvang van verzekerden het omslagpunt ligt voor zorgverzekeraars.

Daarbij is van belang wat de machtspositie is van de zittende zorgverzekeraar(s) op de regionale inkoopmarkt. Als deze aanzienlijk is moet de toetreder aanmerkelijke kosten maken om naturacontracten af te kunnen sluiten. Bovendien kan het voor de toetredende zorgverzekeraar moeilijk zijn de eigen verzekerden innovatie in de zorg aan te bieden als gevolg van de moeilijke toegang tot zorgaanbieders. Dit is zeker het geval als dominante zorgverzekeraars daarover min of meer exclusieve afspraken met de zorgaanbieders maken (zogeneten foreclosure).<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> M. Motta, Competition policy. Theory and practice, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, p. 88-89.

***Al met al  
schaalnadelen  
gering voor al  
bestaande  
zorgverzekeraars***

Al met al is potentiële concurrentie het meest waarschijnlijk van verzekeraars die al actief zijn in een andere geografische markt en niet van volledig nieuwe toetreders. Schaalvoordelen hoeven in dit licht geen noemenswaardige beperking van concurrentie te zijn. Een kanttekening geldt voor de schaalvoordelen die bestaan bij het maken van naturacontracten en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie.

- Consultatievragen:***
- 4. Hoe groot acht u de mogelijkheid van geheel nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt en aan welke partijen denkt u (zorg- en/of schadeverzekeraars)?*
  - 5. Deelt u de analyse van schaalvoordelen als toetredingsdrempels in de zorgverzekeringsmarkt?*
  - 6. Kunt u andere vormen van schaalvoordelen aangeven met consequenties voor concurrentie?*

***3.c.3. Scopevoordelen***

Evenals schaalvoordelen leiden scopevoordelen ('assortimentsvoordelen') tot een hogere toetredingsdrempel voor nieuwe toetreders tot de markt wat de concurrentieprikkels van potentiële concurrentie verkleint. Een scopevoordeel treedt op wanneer het gezamenlijk aanbieden van verschillende producten leidt tot een lagere som van de kostprijzen van die producten dan de som van de kostprijzen van die producten als ze niet in één onderneming geproduceerd zouden worden.

In de praktijk zou men zich kunnen voorstellen dat het aanbieden van een assortiment van verzekeringen of andere financiële producten lagere totale kosten kent dan het aanbieden van al deze producten apart. Ook vormt een verzekeraar waar een verzekerde verschillende producten kan kopen een aantrekkelijke partij op de markt. Om in staat te zijn als nieuwe toetreders te overleven op de zorgverzekeringsmarkt, zou een zorgverzekeraar een dergelijk assortiment willen aanbieden, zeker wanneer de zittende zorgverzekeraars reeds een dergelijk assortiment aanbieden.

***Scopeaspecten ook  
bij collectieve  
contracten***

Een belangrijk scopevoordeel bestaat als een zorgverzekeraar in staat is op basis van zijn bestaande activiteiten werkgevers een completer collectief contract aan te bieden dan zijn concurrenten. Dus niet alleen een zorgverzekering, maar ook preventie, ARBO et cetera.

***Risico gering***

Evenals bij de schaalvoordelen zijn de beperkingen voor toetreding gering. Gezien het aantal groepen waartoe zorgverzekeraars behoren hoeven assortimentsnadelen niet te

leiden tot problemen bij toetreding tot markten voor al actieve zorgverzekeraars. Deze nadelen vormen alleen voor volledig nieuwe zorgverzekeraars een belangrijke toetredingsdrempel.

- Consultatievragen:**
7. *Deelt u de analyse dat scopevoordelen een belemmering zijn voor het toetreden van geheel nieuwe aanbieders op de zorgverzekeringsmarkt?*
  8. *Kunt u andere vormen van scopevoordelen aangeven met consequenties voor concurrentie?*

### **3.d. Verticale integratie**

Tot voor kort was van verticale integratie nauwelijks sprake op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Voor ziekenfondsen is het tot nu toe slechts beperkt mogelijk om zelf zorg te leveren aan verzekerden.<sup>33</sup> Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mag een particuliere zorgverzekeraar geen ander bedrijf uitoefenen dan het schadeverzekeringsbedrijf of het levensverzekeringsbedrijf. Doordat het een particuliere zorgverzekeraar wel is toegestaan om in een andere rechtspersoon een ander bedrijf dan het verzekeringsbedrijf uit te oefenen, is verticale integratie voor hen de facto toch mogelijk.

Onder de Zvw is het niet verboden financieel deel te nemen in een zorgaanbieder, maar worden hieraan wel voorwaarden gesteld.<sup>34</sup> Verschillende grote zorgverzekeraars hebben aangegeven hun financieel belang in ziekenhuizen te gaan vergroten.

Verticale integratie kan *voordelig* zijn voor de verzekerden en de maatschappij als geheel, als door lagere onderhandelingkosten de efficiëntie van het gehele zorgstelsel groter wordt. Anderzijds is het *nadeel* dat zorgaanbieders maar met één (of misschien enkele, maar zeker niet alle) zorgverzekeraars verticaal kunnen integreren. Als gevolg hiervan kunnen zorgverzekeraars marktmacht verkrijgen met daaraan gekoppeld ongewenste effecten in de vorm van overstapbeperkingen.

---

<sup>33</sup> Artikel 42 van de ZFW verbiedt het. Wel zijn op dat verbod uitzonderingen mogelijk. Dit artikel goldt niet voor het in gebruik geven van medische hulpmiddelen. Daarnaast is het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bevoegd om in bijzondere gevallen ontheffing te verlenen voor dit verbod. In 1998 heeft het CVZ van deze mogelijkheid gebruik gemaakt om farmaceutische zorg buiten dit verbod te plaatsen (Staatscourant, 1998, nr. 246, blz. 36). In 2002 heeft het CVZ besloten om huisartsenzorg buiten dit verbod te laten vallen (Staatscourant, 30 oktober 2002, nr. 209, blz. 24). Ziekenfondsen mogen dus zelf huisartsen in loondienst nemen. Dit gebeurt sporadisch, vooral in situaties waarbij er problemen zijn bij praktijkopvolging en groepen verzekerden zonder huisarts dreigen te komen.

<sup>34</sup> In antwoord op vragen van Heemskerk en Arib heeft de minister van VWS aangegeven dat verticale integratie is toegestaan mits dit niet leidt tot misbruik of oneigenlijk gebruik. De NZa en Nma zullen daarop toezien. Tweede Kamer 2004–2005, Vragen, nr. 1469

De voor- en nadelen van verticale integratie laten zich op dit moment nog niet goed tegen elkaar afwegen, omdat nog niet bekend is wat er na invoering van de Zvw gebeurt op dit gebied. Ook kunnen voor- en nadelen pas beoordeeld worden per geval waarin integratie optreedt.<sup>35</sup> In ieder geval heeft de minister van VWS aan de Tweede Kamer toegezegd dat de NZa zal monitoren op verticale integratie op de zorgverzekeringsmarkt.<sup>36</sup>

<b>Consultatievraag:</b>	<i>9. Denkt u dat verticale integratie in omvang zal toenemen? 10. Bent u van mening dat dit ongewenste effecten op de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt heeft?</i>
--------------------------	--

### **3.e. Beleidsvoornemens**

- 1. De NZa en Nma consulteren elkaar over marktafbakeningen.<sup>37</sup>*
- 2. De NZa zal de volgende aspecten gaan monitoren:*
  - de ontwikkeling van het aanbod op relevante (geografische en product-) markten;*
  - de aanwezigheid en gevolgen van schaalvoordelen in de zorgverzekeringsmarkt. Het betreft hierbij de schaalvoordelen die bestaan bij het maken van naturacontracten en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie;*
  - de mogelijke beperking van het aantal keuzemogelijkheden voor naturapolissen in relevante geografische markten in het geval van verticale integratie.*

---

<sup>35</sup> Zie bijvoorbeeld de ervaringen bij Amerikaanse zorgverzekeraars in: Federal Trade Committee/Dept. Of Justice, A dose of competition, 2004.

<sup>36</sup> Tweede Kamer, 2004–2005, 29324, nr. 4/Tweede Kamer 2004–2005. Vragen. Nr. 1469

<sup>37</sup> In het huidige samenwerkingsprotocol tussen Nma, CTG/ZAio en CTZ is onder meer opgenomen: " Begrippen uit het algemene mededingingsrecht en mededingingsgerelateerde begrippen uit de WTG, zullen door CTG/ZAio en de Nma op consistente wijze worden uitgelegd. De Nma en CTG/ZAio consulteren elkaar over de wijze van uitleg van begrippen." Het ligt in de verwachting dat dergelijke afspraken mutatis mutandis worden gecontinueerd na de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg.

## 4. De prikkel van het overstappen door verzekerden

### 4.a. Inleiding

#### ***Stemmen met de voeten***

In elke concurrerende markt moet de consument in staat zijn over te stappen naar een andere producent die een betere prijs-kwaliteitverhouding levert. Door (de dreiging van) overstappen van consumenten heeft de producent een prikkel om de consument tevreden te houden.<sup>38</sup> Dit overstappen wordt vaak aangeduid met 'stemmen met de voeten'.

#### ***Factoren die overstapfrequentie beïnvloeden***

De mate waarin stemmen met de voeten plaatsvindt is afhankelijk van een aantal factoren, dat daardoor mede bepaalt in welke mate marktwerking tot de gewenste uitkomsten leidt. In dit hoofdstuk volgt een uitwerking. Aan de orde komen kenmerken van verzekerden en barrières voor overstappen (onder andere gerelateerd aan risicoselectie). Ook wordt stil gestaan bij de effecten van voorkeursaanbieders en collectieve contracten op de overstapmogelijkheden. Een paragraaf met beleidsvoornemens sluit het hoofdstuk af.

### 4.b. Welke verzekerden stappen over?

#### ***Aantal overstappers***

In de eerste maanden van 2005 is rond 3% van zowel de ziekenfondsverzekerden als van de particulier verzekerden bewust overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De onderzoekers concluderen een toenemende mobiliteit. Daarnaast neemt ook het percentage verzekerden dat overwogen heeft over te stappen toe. In de eerste maanden van 2005 heeft 10,7% van de ziekenfondsverzekerden serieus overwogen over te stappen.<sup>39</sup>

#### ***Status-quo bias***

Voor de omvang van het overstappen is van belang dat consumenten op verzekeringsmarkten een sterke voorkeur voor de status-quo (status-quo bias) hebben.<sup>40</sup> De status-quo bias bestaat op de zorgverzekeringsmarkt uit de onbekendheid met en de onzekerheid over de kwaliteit van het verzekeringsaanbod van de zorgverzekeraar. Bij de huidige zorgverzekeraar zijn deze onbekendheid en onzekerheid kleiner dan bij andere

---

<sup>38</sup> Behalve overstappen ('exit') hebben verzekerden ook de mogelijkheid door middel van 'voice' hun wensen bij zorgverzekeraars kenbaar te maken. Zie K. Horstman en J. van der Made, in: *Beleid en Maatschappij* 2004 (1) p. 42-51. In dit hoofdstuk worden de overstapmogelijkheden van verzekerden geanalyseerd. 'Voice' kan de marktwerking tussen zorgverzekeraars beïnvloeden maar blijft hier buiten beschouwing.

<sup>39</sup> T. Laske en F.T. Schut, *Monitor verzekerdenmobiliteit*. iBMG i.o.v. ministerie van VWS. April 2005. Het gaat hier om bewuste overstappers die zelf overstappen en dus niet om verzekerden die bijvoorbeeld door het veranderen van collectieve contracten 'meegaan' naar een andere verzekeraar. Als deze worden meegeteld stijgt uiteraard het aantal overstappers.

<sup>40</sup> Samuelson & Zeckhauser, *Journal of Risk and Uncertainty* 1 (1988) 7-59.

zorgverzekeraars. De kwaliteit in het verleden geeft daarbij een signaal over de te verwachten kwaliteit in de toekomst. Hoe groter de vertrouwdheid met de huidige zorgverzekeraar, hoe minder zeker de kwaliteit van de alternatieve zorgverzekeraar relatief wordt. Inherent aan het feit dat verzekerden status-quo bias ervaren, vergt het stimuleren van overstappen een extra inspanning van zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor de zorginkoop, waardoor zorgverzekeraars een zorginhoudelijk interessante polis kunnen samenstellen, als voor de marketing, waarmee de polissen onder de aandacht van verzekerden moeten worden gebracht.

<b>Consultatievraag</b>	<p>11. Deelt u de analyse van status-quo bias als overstap-belemmerende factor op de zorgverzekeringsmarkt?</p> <p>12. Welke mogelijkheden ziet u om de status-quo bias te verkleinen?</p>
-------------------------	--

**Verschillen in overstappen tussen groepen van verzekerden**

Bepaalde groepen van verzekerden zijn meer geneigd tot overstappen dan andere. Onderstaande tabel geeft de over- of ondervertegenwoordiging weer in procentpunten verschil tussen verzekerden die in 2004 en 2005 overstapten naar een ander ziekenfonds en alle ziekenfondsverzekerden.<sup>41</sup> Te lezen valt dat met name verzekerden tot 34 jaar in loondienst en hun kinderen relatief vaak overstappen, terwijl verzekerden van 65 jaar en ouder relatief weinig overstappen. Arbeidsongeschikten zijn licht oververtegenwoordigd als overstappende verzekerden ten opzichte van de gemiddelde overstappende verzekerde. Gegevens zijn niet gecorrigeerd voor de overstap-belemmerende werking die de gekoppelde verkoop van de ziekenfonds- en aanvullende polis heeft.

Gezien de verschillen in mate van overstappen moet de NZa in zijn monitor oog hebben voor verschillende achtergronden per leeftijdscategorie.

*Tabel 1: Procentpunten verschil tussen overstappende en alle verzekerden (2004 en 2005)*

	0 - 14	15 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 en ouder	totaal
--	--------	---------	---------	---------	---------	-------------	--------

<sup>41</sup> Data verzameld bij CTZ-onderzoek Risicoselectie bij 19 ziekenfondsen. N = 288.361 verzekerden. Een positieve waarde duidt op een hoger aandeel overstappers dan het aandeel in het totaal aantal verzekerden, een negatieve waarde op een lager aandeel. De leeftijdscategorie 15-34 bevat 23,2% van de verzekerden in loondienst en maakt voor 32,7% deel uit van de overstappers. De waarde is derhalve 9,5 procentpunt. N<sub>2004</sub> = 156.791; N<sub>2005</sub> = 131.584. Voor 2005 beschikt CTZ niet over alle overstappende verzekerden, omdat op het moment van opvragen van de data nog niet alle administratieve handelingen van ziekenfondsen verricht waren. Voor de betrouwbaarheid van de analyse heeft dit echter geen gevolgen, doordat de steekproefomvang groot genoeg is. Met name het verschil in overstappen tussen jongere en oudere verzekerden wordt door verschillende andere onderzoeken bevestigd.

		34	44	54	64	ouder	
<i>Loondienst</i>	3,9	9,5	2,9	0,8	-1,6		15,6
<i>Zelfstandige</i>	-0,7	-0,2	-0,5	-0,4	-0,5		-2,3
<i>ABW, WW e.d.</i>	-0,8	0,5	0,2	-0,2	-1,1		-1,4
<i>Arbeidsongeschikt</i>	1,1	0,4	0,0	-0,2	-1,1		0,2
<i>AOW</i>						-12,1	-12,1
<i>totaal</i>	3,6	10,2	2,6	0,0	-4,2	-12,1	0,0

Bron: CTZ

#### **4.c. Waarom stappen verzekerden over?**

##### **Motieven voor overstappen**

Uit de meest recente inventarisatie van redenen van ziekenfondsverzekerden om (te overwegen) over te stappen komt het volgende naar voren:

- Eerste baan, loongrens, collectief contract (40% verzekerden).<sup>42</sup>
- Premie hoofdverzekering te hoog (21%).
- Premie aanvullende pakket te hoog (10%).
- Dekking aanvullende pakket te beperkt (9%).<sup>43</sup>

Dit lijstje suggereert dat het voor zorgverzekeraars volstaat om op premiehoogte en de aanvullende verzekering te concurreren. Het overstapgedrag van verzekerden wordt echter door verschillende factoren bepaald.

##### **4.c.1. Lage prijsgevoeligheid**

##### **Prijselasticiteit**

De prijselasticiteit geeft aan in hoeverre consumenten gevoelig zijn voor prijsverschillen tussen zorgverzekeraars en daadwerkelijk overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar als deze aanmerkelijk goedkoper is.<sup>44</sup> Er zijn verschillende studies verricht naar de prijsgevoeligheid van ziekenfondsverzekerden. De conclusie is doorgaans dezelfde: de prijselasticiteit is laag. Uit een studie naar het keuzegedrag van particulier verzekerden bleek eveneens dat voor zowel individueel verzekerden als voor werkgevers de prijs van de ziektekostenverzekering niet op de eerste plaats komt.<sup>45</sup>

##### **Prijselasticiteit in andere landen:**

De lage prijsgevoeligheid van verzekerden in Nederland wordt mede veroorzaakt door het systeem waarbinnen keuzes moeten

<sup>42</sup> Gedwongen overstappen door eerste baan en loongrens is voor de beschrijving van overstapmogelijkheden en hun invloed op marktwerking tussen zorgverzekeraar niet relevant.

<sup>43</sup> T. Laske en F.T. Schut, 2005.

<sup>44</sup> Prijselasticiteit = (prijs / hoeveelheid) \* (hoeveelheidsverandering / prijsverandering)

<sup>45</sup> IOO 2000.

***systeem-  
afhankelijkheid***

worden gemaakt. In Duitsland en de VS is de prijsgevoeligheid van verzekerden aanmerkelijk hoger dan in Nederland. Volgens Schut en Hassink komt dit doordat in de VS veel ziektekostenverzekeringen worden afgesloten via de werkgever. De werkgever stelt overzichten op van een beperkt aantal polissen waaruit een werknemer kan kiezen. De overzichten verkleinen de hoeveelheid te verwerken informatie en maken dat de werknemer meer aandacht schenkt aan de premie.<sup>46</sup> De inhoud van de polissen wordt onderling vergelijkbaar waardoor een rationele afweging van de premiehoogte mogelijk wordt.

***Veranderingen in  
prijselasticiteit***

Hoe ontwikkelt de prijselasticiteit zich in het nieuwe zorgstelsel? Er zijn verschillende ontwikkelingen die in het antwoord op deze vraag meewegen:

1. In vergelijking met de huidige ziekenfondsverzekering neemt de diversiteit in basispakketten toe. Verzekeraars hebben immers mogelijkheden om basispakketten aan te bieden met een verschillend eigen risico en basispakketten met een verschillende vergoedingsvorm (in natura of preferred provider, restitutie). Dit kan de aandacht afleiden van de premie en de prijselasticiteit doen afnemen.
2. Schut en Laske–Aldershof hebben laten zien dat verzekerden gevoeliger zijn voor relatieve verschillen in premie dan voor absolute verschillen in premie.<sup>47</sup> In het nieuwe zorgstelsel neemt de nominale premie toe. De relatieve verschillen in premie nemen daardoor af. De prijselasticiteit van verzekerden kan hierdoor afnemen.
3. De transparantie op de zorgverzekeringsmarkt neemt met de introductie van bijvoorbeeld de kiesbeter–site van het RIVM toe. Daardoor worden zorgverzekeraars gemakkelijker vergelijkbaar voor verzekerden, zodat er meer aandacht over blijft voor de premie. De prijselasticiteit van consumenten kan daardoor toenemen.
4. Door de ontwikkeling van preferred provider–polissen kunnen de prijsverschillen veel groter worden dan op dit moment het geval is. De prijselasticiteit kan hierdoor

---

<sup>46</sup> Schut, F.T. en W.H.J. Hassink (2002) Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance. *Journal of Health Economics* 2 1009–1029.

<sup>47</sup> Dit resultaat is de resultante van twee effecten. Ten eerste geldt dat de nutsfunctie van consumenten convex is, ofwel een premieverschil bij een klein bedrag gaat gepaard met een groter verschil in nut dan een zelfde verschil bij een groot bedrag. Ten tweede geldt dat de consumenten voor dure uitgaven anders kiezen dan voor goedkopere uitgaven. Bij een grote aanschaf maken consumenten eerder gebruik van de zogenaamde systematische manier van informatieverwerking: consumenten wegen argumenten voor en tegen nauwgezet af. Bij een kleine aanschaf verwerken consumenten informatie heuristisch: zij kiezen op basis van eenvoudige vuistregels. Het eerste effect heeft de overhand, waardoor consumenten gevoeliger blijken te zijn voor relatieve premieverschillen dan voor absolute premieverschillen.

toenemen.

5. De oudere particulier verzekerden zijn een groep die vooralsnog meestal geen reële overstapmogelijkheden had, omdat ze bij de particuliere verzekeraar slechts de standaardpakketpolis aangeboden kregen. Hun prijselasticiteit gaat meewegen in de zorgverzekeringsmarkt na invoering van Zvw. Onbekend is of (en zo ja, hoe) dit de prijselasticiteit van verzekerden beïnvloedt.

**Risico voor de zorginkoopmarkt**

De huidige lage prijselasticiteit kan een bedreiging vormen voor de efficiëntiedoelstelling van de zorginkoopmarkt. Verzekerden die te weinig prijsgevoelig zijn prikkelen zorgverzekeraars te weinig om zich in te zetten bij de zorginkoop.

<b>Consultatievraag</b>	<i>13. Deelt u de analyse van de prijselasticiteit op de zorgverzekeringsmarkt?</i> <i>14. Welke veranderingen ontbreken in de opsomming van toekomstige ontwikkelingen die de prijselasticiteit kunnen beïnvloeden?</i>
-------------------------	---

*4.c.2. Kiezen voor kwaliteit en pakket*

Naast de prijs zijn andere aspecten van de belang voor de voorkeur van de verzekerde: de dienstverlening door de zorgverzekeraar, de kwaliteit van de verzekerde zorg en de pakketinhoud.

**Verzekerden kiezen waarschijnlijk ook voor kwaliteit maar...**

Er zijn onderzoeksgegevens die bevestigen dat op de markt van zorgverzekeraars de kwaliteit van het aanbod de keuze van consumenten beïnvloedt. Kwaliteitsinformatie over verzekeraars blijkt van invloed te zijn op de keuze van Amerikaanse consumenten voor hun verzekeraar.<sup>48</sup> Ook in Nederland is verband geconstateerd tussen de kwaliteit van een zorgverzekeraar en preferenties van consumenten. Uit een analyse van waarderingscijfers en verandering in de verzekerdenpopulatie bleek dat verzekeraars met een hoge waardering groeiden, terwijl verzekeraars met een lage waardering verzekerden verloren.<sup>49</sup>

**vooral waardering voor dienstverlening**

Uit tevredenheidsonderzoeken blijkt dat verzekerden de kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars goed waarderen. Zorgverzekeraars halen vooral een hoge score bij hun administratieve processen: afhandeling van declaraties,

<sup>48</sup> Wedig en Tai-Seale, The effect of report cards on consumer choice in the health insurance market, *Journal of Health Economics* (21): 1031-1048. Huidige initiatieven in Nederland zijn bijvoorbeeld: *Report Card* (Consumentenbond en VWS, tot 2005), *websites* (www.independen.nl en www.kiesbeter.nl), *CAPHIS* (Agis) en *Zorgportaal* (RIVM).

<sup>49</sup> Aan ziekenfondsverzekerden is gevraagd om de verzekeraar te beoordelen op 1) de mate waarin het ziekenfonds klaarstaat voor de klant, 2) de mate waarin het ziekenfonds zijn belofte nakomt en 3) de snelheid waarmee het ziekenfonds declaraties verwerkt. (Vektis (2004))

premieafrekeningen et cetera. Verbeteringen zijn gewenst als het gaat om productkwaliteit: preventie, zorgbemiddeling, adviezen over het aanbod, kwaliteit van de zorg.<sup>50</sup> Het probleem voor zorgverzekeraars die met de door hen gecontracteerde zorgaanbieders willen concurreren, is dat de voordelen voor de verzekerden moeilijk duidelijk te maken zijn. Profilering op dienstverlening is voor zorgverzekeraars eenvoudiger.

***Consumenten kiezen ook voor aanvullende verzekeringen***

Het aanbod van aanvullende verzekeringen geeft indicaties van pakketvoorkeuren. In de aanvullende verzekeringen is sprake van groeiende productdifferentiatie. Zowel ziekenfondsen als particuliere verzekeraars bieden verschillende aanvullende verzekeringen. Aanvullende verzekeringen worden in omvangrijke mate afgenomen. Hoewel de aanvullende verzekeringen aanmerkelijk duurder geworden zijn, neemt het aantal ziekenfondsverzekerden met aanvullende verzekering (93% in 1994 versus 92% in 2004) nauwelijks af. Bij ziekenfondsen kunnen gemiddeld vier pakketten worden afgenomen (2004).<sup>51</sup>

***Risico: concentratie op dienstverlening***

Als verzekerden met een lage prijsgevoeligheid zich bij hun keuze voor een zorgverzekeraar laten leiden door verschillen in dienstverlening worden zorgverzekeraars niet aangezet tot activiteiten op de inkoopmarkt.<sup>52</sup>

***Consultatievraag:***

15. Bent u het eens met de beschrijving van de voorkeuren van consumenten?
16. Acht u de kans groot dat verzekerden zich bij hun keuze voor zorgverzekeraars concentreren op de dienstverlening door zorgverzekeraars?

#### ***4.d. Barrières voor het overstappen***

Het overstappen door verzekerden kan worden verhinderd door verschillende barrières. In deze paragraaf komen de belangrijkste overstapbelemmeringen aan de orde: zoekkosten, omschakelingskosten en contractuele voorwaarden.

##### ***4.d.1. Zoekkosten***

Consumenten maken kosten – of denken dat zij deze kosten maken – als ze zoeken naar een nieuwe zorgverzekeraar. Het vergelijken van verzekeraars kost immers tijd en moeite. Het verkleinen van zoekkosten vergroot de mogelijkheden van het

---

<sup>50</sup> Klantenmonitor Zorgverzekeringen 2004 .

<sup>51</sup> Vektis, Zorgthermometer, juli 2004.

<sup>52</sup> Behalve wellicht op het terrein van administratieve processen zoals declaratieafhandeling.

overstappen en daarmee de competitiviteit van een markt.<sup>53</sup>

***Transparantie***

De omvang van de zoekkosten hangt samen met de transparantie op de markt. Des te transparanter de zorgverzekeringmarkt, des te eenvoudiger het is om te achterhalen welke verzekeraar het beste bij je past, dus des te lager de zoekkosten. Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor stemmen met de voeten. Zonder transparantie kunnen verzekerden geen afgewogen keuze maken voor een zorgverzekeraar.

***Intransparantie door diversiteit***

De huidige veelheid en verscheidenheid aan pakketten in de aanvullende verzekering en op de particuliere markt verminderen de transparantie. In het nieuwe zorgstelsel lijkt het een voordeel dat iedere verzekeraar de Zvw-polis moet aanbieden maar er zijn ruime mogelijkheden om te differentiëren in het basispakket. Daarnaast zullen er, net als nu het geval is, verschillende aanvullende pakketten worden aangeboden.<sup>54</sup>

Verzekeraars kunnen de inhoud van het basispakket verschillend invullen. De mogelijkheden voor differentiatie die de Zvw biedt zijn:

- zorg in natura of via restitutie, of mengvormen per polis;
- verschillende invullingen van de functionele aanspraken;
- preferred providers of maximale keuzevrijheid;
- verschillen in vergoedingsregelingen (bij natura: consumptie bij niet gecontracteerde zorgaanbieder/bij restitutie: alle zorg);
- aanvullende voorwaarden voor het verkrijgen van bepaalde vormen van zorg;
- wachttijd voor het overstappen naar een lager eigen risico;
- premie en premiekortingen naar eigen risico en collectiviteitskorting;
- combinaties met andere verzekeringsproducten, bijvoorbeeld in geval van collectieve contracten (preventie, arbeidsvoorwaarden).<sup>55</sup>

***Lage transparantie op de***

Op de zorginkoopmarkt bestaat informatieasymmetrie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het bijzonder ontbreekt

---

<sup>53</sup> M. Waterson, The role of consumers in competition and competition policy, in: International Journal of Industrial Organization, 2003, p. 129-150.

<sup>54</sup> Achmea Zorg verwacht dat de Zvw de neiging tot overstappen nog verder verkleint. De afweging wordt voor veel mensen nog moeilijker dan hij al was. Veel dingen zijn straks nieuw, zoals het systeem van eigen risico's en de zorgtoeslag. (directievoorzitter Sporre in Zorgvisie, 24 maart 2005).

<sup>55</sup> Het gaat hier nadrukkelijk om combinaties maar niet om verzekeringen die gekoppeld verkocht worden. Dit staat de Zvw niet toe.

***zorginkoopmarkt*** het zorgverzekeraars nog aan voldoende informatie over de kwaliteit van de in te kopen zorg.<sup>56</sup> Dit wordt echter door de eerdergenoemde functionele omschrijving van de aanspraken des te belangrijker. Een goed zorginkoopresultaat kunnen zorgverzekeraars terugverdienen door in de aan te bieden polissen de resultaten transparant te presenteren aan verzekerden. De lage transparantie van de verzekerde zorg bemoeilijkt dit, waardoor de zoekkosten van verzekerden verhoogd worden.

***Bevordering van transparantie*** Het volgen en zo nodig bevorderen van de transparantie is onderdeel van de taak van de NZa om de marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen. Er zijn momenteel verschillende alternatieven die het aanbod van zorgverzekeringen meer transparant maken. Met name vergelijkende internetsites, zoals [www.independ.nl](http://www.independ.nl) en [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl), leveren een belangrijke bijdrage.

Daarnaast kunnen georganiseerde verzekerden de overstapkosten verlagen. Consumentenorganisaties, zoals de Consumentenbond of de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), kunnen centraal het zorgverzekeraanbod vergelijken en presenteren. De vergelijking kan meer diepgaand en uitgebreid worden uitgevoerd dan wanneer elke verzekerde de vergelijking afzonderlijk moet maken. Daarnaast kunnen consumentenorganisaties een machtsblok tegenover zorgverzekeraars vormen en transparantie van het aanbod afdwingen. Tenslotte wordt aan de mogelijkheden van consumentenorganisaties om op heel specifieke onderwerpen vrij eenvoudig veel informatie te verzamelen, bijvoorbeeld klachten die verzekerden hebben over hun overstapmogelijkheden, grote waarde toegekend. Zo spelen verzekerden zelf een rol bij de totstandbrenging van meer transparantie.

<b><i>Consultatievraag</i></b>	<i>17. Bent u het eens met de analyse van de zoekkosten voor verzekerden?</i>
	<i>18. Deelt u de analyse dat consumentenorganisaties in staat zijn transparantie op de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen?</i>
	<i>19. Welke mogelijkheden voor meer transparantie op de zorgverzekeringsmarkt zijn naar uw mening beschikbaar naast de al genoemde?</i>

#### *4.d.2. Omschakelingskosten*

***Kosten door 'rompslomp'*** Een derde van de ziekenfondsverzekerden die in 2004 overwogen hebben om over te stappen, maar daar uiteindelijk van afzagen, stelde dat een verandering van ziekenfonds met

---

<sup>56</sup> CTG-ZAio, Visiedocument ziekenhuiszorg, Utrecht 2005.

te veel rompslomp gepaard ging.<sup>57</sup> Het betreft hier zogeheten omschakelingskosten.

***Ergernis over  
administratieve  
kosten***

Het is mogelijk dat verzekerden zich erg storen aan bepaalde administratieve kosten, zoals een betaald telefoonnummer voor het callcenter van de zorgverzekeraar of het zelf moeten betalen van de postzegel wanneer men een formulier moet terugsturen. Wanneer de ergernis hierover groot genoeg is, verdwijnen deze kosten vanzelf onder invloed van marktwerking. Een zorgverzekeraar die dergelijke kosten niet (zichtbaar) in rekening brengt, trekt verzekerden aan, zodat andere zorgverzekeraars wel moeten volgen.<sup>58</sup>

***4.d.3. Contractuele voorwaarden***

Met contractuele voorwaarden worden bedoeld alle afspraken tussen zorgverzekeraars en verzekerden over de levering van de polis.

***Huidige gekoppelde  
verkoop in ZFW***

Ziekenfondsen hebben momenteel de mogelijkheid om de ziekenfondsverzekering en aanvullende verzekeringen gekoppeld te verkopen. Men kan meestal geen aanvullende verzekering afsluiten zonder een ziekenfondsverzekering.<sup>59</sup> Omdat verzekerden geweigerd kunnen worden voor aanvullende verzekeringen, is de kans groot dat zij hun verzekering afsluiten bij het ziekenfonds dat hen voor de aanvullende verzekering accepteert. Zo lang een verzekerde niet van ziekenfonds wisselt, kan hij zijn aanvullende verzekering niet kwijt raken. Hierdoor zijn verzekerden minder geneigd over te stappen naar een ziekenfonds met bijvoorbeeld een lagere premie.<sup>60</sup>

Risicoselectie is gangbaar bij particuliere verzekeraars. Onderzoek van het CTZ naar risicoselectie bij ziekenfondsen geeft aan dat dit voor de hoofdverzekering niet plaatsvindt en beperkt via de aanvullende verzekering.<sup>61</sup>

---

<sup>57</sup> Schut, Laske–Aldershof en de Bruin, 2004.

<sup>58</sup> Op deze manier zijn administratieve kosten gerelateerd aan de kwaliteit van de dienstverlening van de zorgverzekeraar.

<sup>59</sup> Schut, Laske–Aldershof en de Bruin, 2004.

<sup>60</sup> Een belangrijke vraag ten aanzien van koppelverkoop door zorgverzekeraars luidt of in het beoogde nieuwe zorgstelsel particuliere zorgverzekeraars voor hun aanvullende verzekeringen een aparte rechtspersoon moeten oprichten. Wanneer deze verplichting niet geldt, dan wordt het nog lastiger om koppelverkoop tegen te gaan. Bovendien is het dan de vraag of koppelverkoop ook niet bij andere (schade)verzekeringen kan worden toegepast. Een daarmee samenhangend punt is de informatieoverdracht (tussen verschillende verzekeringen binnen hetzelfde concern) en kostentoerekening. Ook hier liggen namelijk risico's voor risicoselectie en concurrentievervalsing (kruissubsidiëring).

<sup>61</sup> CTZ, Risicoselectie in de zorgverzekeringen, Diemen, 2005.

***Collectieve contracten***

Ook werkgevers die collectieve contracten afsluiten kunnen te maken krijgen met verkoop van producten die aan elkaar gekoppeld worden. Verzekeraars bieden werkgevers bijvoorbeeld een pakket met zowel een ziektekostenverzekering als een verzuimverzekering.

***De situatie onder de Zvw***

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij bij de invoering van de Zvw zittende verzekerden een eenmalig aanbod doen voor de aanvullende verzekering. De verzekerde mag zijn aanvullende verzekering zonder restricties behouden. Het gaat om een aanvullende verzekering die in grote lijnen overeenkomt met de verzekering die de verzekerde op dat moment heeft.

Volgens onderzoek neemt het gevaar van risicoselectie toe na invoering van de Zvw. Aanvullende verzekeringen zijn volgens dit onderzoek een belangrijk instrument voor risicoselectie. Omdat risicoselectie de gewenste solidariteit tussen verzekerden aantast, is koppelverkoop van hoofd- en aanvullende verzekering zowel voor de maatschappelijke belangen als voor marktwerking tussen zorgverzekeraars een bedreiging.<sup>62</sup>

Om deze bedreiging te verkleinen wordt in de Zvw geregeld dat de verzekerde zijn aanvullende verzekering bij verzekeraar X kan behouden als hij op een later moment voor de Zvw-polis overstapt naar verzekeraar Y (artikel 120).<sup>63</sup> Deze regeling zorgt ervoor dat verzekerden de Zvw-polis elders kunnen afsluiten zonder de aanvullende verzekering te verliezen. Deze verzekerden moeten dan wel accepteren dat zij bij twee verschillende zorgverzekeraars een polis hebben. Bovendien zal een afzonderlijke aanvullende verzekering duurder zijn dan een combinatie met een basisverzekering.

***Aanvullende verzekering***

Als de verzekerde de Zvw-polis en de aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar heeft, hebben contractuele voorwaarden op de aanvullende verzekering invloed op de Zvw-polis. Voor de aanvullende verzekeringen gelden de contractuele bepalingen van de Zvw niet.

---

<sup>62</sup> Als zorgverzekeraars voorspelbaar goede risico's in de basisverzekering premievoordeel geven in de aanvullende verzekering neemt het risico van risicoselectie toe. W.P.M.M. van de Ven, F. Prinsze, D. de Bruijn en F.T. Schut. Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening. In: Economisch Statistische Berichten, 20 mei 2005, p. 223-225.

<sup>63</sup> Wetsvoorstel Zvw Eerste Kamer (29763 nr. A): artikel 120 met deze strekking is toegevoegd. Critici hebben echter beargumenteerd dat dit verbod het probleem niet verhelpt, omdat het zorgverzekeraars niet verboden is de premie van de aanvullende verzekering te veranderen zodra de Zvw-polis wordt opgezegd. Door de dreiging van premieverhoging kan een verzekerde nog steeds feitelijk beperkt worden in zijn keuzemogelijkheden voor de Zvw-polis.

**Minimale looptijd** Een zorgverzekering heeft een looptijd van een jaar. In de tussentijd kan een verzekerde niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Deze belemmering voor verzekerden om over te stappen dient ter bescherming van de zorgverzekeraar ten behoeve van enige continuïteit en zekerheid in zijn verzekerdenportefeuille.

**Opzegtermijn** In art 7 lid 1 Zvw wordt bepaald dat verzekerden jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Zij moeten dan wel voor 1 november hun zorgverzekering opzeggen om per 1 januari een nieuwe verzekering af te kunnen sluiten.

Al met al is te verwachten dat contractvoorwaarden in de Zvw geen belemmering vormen voor het overstappen door verzekerden. Als echter blijkt dat verzekerden bij voorkeur hun basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar onderbrengen, kunnen contractvoorwaarden in de aanvullende verzekering een risico voor concurrentie vormen.

<b>Consultatievraag</b>	<p>20. <i>Verwacht u dat verzekerden een sterke voorkeur hebben voor het afsluiten van basis- en aanvullende verzekeringen bij dezelfde zorgverzekeraar?</i></p> <p>21. <i>Deelt u de analyse dat in dat geval, ondanks artikel 120 van wetsvoorstel Zvw, contractuele voorwaarden in de aanvullende verzekering het overstappen kunnen belemmeren?</i></p> <p>22. <i>Kunt u andere contractuele belemmeringen aangeven?</i></p>
-------------------------	--

#### **4.e. De invloed van voorkeursaanbieders en collectieve contracten op overstappen**

Bepaalde contractvormen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars en verzekerden kunnen doelmatigheidswinst opleveren. Tegelijk is het mogelijk dat met deze contracten beperkingen voor het overstappen door verzekerden ontstaan. In deze paragraaf komen contracten van zorgverzekeraars met voorkeursaanbieders en collectieve contracten aan de orde.

##### **4.e.1. Voorkeursaanbieders**

##### **Voorkeursaanbieders**

Zorgverzekeraars kunnen een beleid hanteren waarin zij een voorkeur uitspreken voor bepaalde zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders kunnen voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk zijn, omdat zij door hun relatief hoge doelmatigheid een goede prijs/kwaliteit-verhouding bieden. De zorgverzekeraar kan deze voordelen aan de verzekerde doorgeven. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden op verschillende manieren prikkelen om van deze aanbieders gebruik te maken (informatie, financiële voordelen). Op de inkoopmarkt kunnen

zorgverzekeraars op basis van artikel 12 Zvw selectief contracteren.<sup>64</sup>

***Risico voor overstappen beperkt...***

In hoeverre belemmeren voorkeursaanbieders het overstappen van verzekerden? In principe nauwelijks. Bij voldoende aanbod van polissen kan de verzekerde die polis kiezen die hem vrijheid van keuze voor een zorgaanbieder biedt (bijvoorbeeld een restitutiepolis). Bovendien is het heel goed mogelijk dat een zorgaanbieder de voorkeuraanbieder is van verschillende zorgverzekeraars.

***maar gewenste uitkomst?***

Het is alleen de vraag of het door zorgverzekeraars uitgebreid hanteren van arrangementen met voorkeursaanbieders tegemoet komt aan de wensen van consumenten. Over het algemeen zijn voorkeuraanbieders niet populair bij verzekerden. Daar waar het onder verzekeraars gebruikelijk wordt, leidt dit tot consumentenprotesten. Onderzoek toont aan dat Amerikaanse verzekerden veel belang hechten aan het zelf kunnen kiezen van een zorgaanbieder. Bij verzekerden die de mogelijkheid tot vrije artskeuze hebben bestaat de neiging niet over te stappen naar een verzekering met beperkingen daaraan.<sup>65</sup> Het IOO laat zien dat Nederlandse particulier verzekerden keuzevrijheid van zorgaanbieders het belangrijkste aspect vinden bij een zorgverzekering.<sup>66</sup>

Er zijn echter ook aanwijzingen dat Nederlandse verzekerden wel zouden kiezen voor een pakket met voorkeuraanbieders als zij maar een aanzienlijke premiekorting ontvangen.<sup>67</sup> Het is niet bekend welke premiekorting in de Zvw-polissen nodig is om verzekerden te laten instemmen met beperkte keuzemogelijkheden voor zorgaanbieders.

Hoewel het risico voor het overstappen gering lijkt, is het op basis van bestaande inzichten in de preferenties van verzekerden voor de NZa van belang om de ontwikkeling van voorkeuraanbieders te volgen.

***Consultatievragen*** 23. *Bent u het eens met de analyse van de invloed van*

<sup>64</sup> De overheid echter kan ook op basis van de Zvw zorgvormen aanwijzen die alleen op gecontracteerde basis aan verzekerden mogen worden geleverd, zonder dat daarbij voor zorgverzekeraars of zorgaanbieders een contracteerplicht geldt. De Zvw bepaalt nadrukkelijk dat de verzekerde niet 'wezenlijk' belemmerd mag worden in zijn keuze voor een andere dan de voorkeuraanbieder.

<sup>65</sup> Consumentenbond in samenwerking met Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Met zorg in beweging. Consumentenmobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt. 2004.

<sup>66</sup> IOO, Concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars, Den Haag, 2000

<sup>67</sup> Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof, Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, Economisch Statistische Berichten 86 (4333), pp. 860-863.

*voorkeuraanbieders op de overstapmogelijkheden van verzekerden?*

*24. Deelt u de analyse dat zorgverzekeraars een aanzienlijke premiekorting moeten bieden om de beperking van de keuzemogelijkheden voor verzekerden te compenseren?*

#### *4.e.2. Collectieve contracten*

##### ***Aantallen collectieve contracten***

In 2003 had 56% van de particulier verzekerden en 11% van de ziekenfondsverzekerden een collectief contract.<sup>68</sup> Naast werknemerscollectiviteiten zijn in het nieuwe stelsel ook andersoortige collectiviteiten denkbaar. Deze kunnen ten doel hebben hun gebundelde marktmacht in te zetten om pakketuitbreidingen te bewerkstelligen of een bepaald niveau van dienstverlening af te dwingen. Voorbeelden van andersoortige collectiviteiten zijn de bijstandsgerechtigden van een gemeentelijke sociale dienst of de leden van een patiëntenvereniging.

##### ***Collectieve contracten minder aantrekkelijk voor werkgevers?***

Ogenschijnlijk is het in het nieuwe zorgstelsel voor werkgevers minder aantrekkelijk geworden om collectieve contracten af te sluiten. Zij besparen in het nieuwe stelsel per werknemer minder met een lage nominale premie omdat zij een percentage van het loon van de werknemer aan de Centrale Kas betalen. Dit bedrag is onafhankelijk van de nominale premie. Opgemerkt wordt verder dat zorgverzekeraars werkgevers een korting mogen geven van maximaal 10 % op de nominale premie. In het huidige particuliere verzekeringsstelsel zijn hogere kortingen mogelijk. Hier staat wel tegenover dat in het nieuwe stelsel de collectieve contracten het voltallige personeel kan betreffen en niet zoals thans alleen de particulier verzekerden.

##### ***Wildgroei van soorten van collectiviteiten denkbaar***

Naast werkgeverscollectiviteiten is het denkbaar dat geheel nieuwe vormen van collectiviteiten ontstaan. Het is mogelijk dat tussenpersonen hun klantenbestand als collectiviteit beschouwen en pogingen ondernemen daarmee de markt op te gaan. Ook zouden stichtingen met uitgebreide adresbestanden gebruik kunnen maken van de nieuwe mogelijkheden. Er zijn al initiatieven waarbij getracht wordt mensen te organiseren in een collectiviteit.<sup>69</sup>

##### ***Voordelen van collectieve contracten***

Collectieve contracten zijn gewild vanwege verschillende oorzaken. Zorgverzekeraars kunnen besparen op de administratieve lasten bij een collectief contract. Bij

<sup>68</sup> Vektis, Zorgmonitor 2004.

<sup>69</sup> Zo heeft een notaris in Twente een Verbond van Zorgverzekerden opgericht. Hij verwacht dat verschillende verenigingen met aanzienlijke ledenaantallen zich zullen aansluiten. In: De Gelderlander, 14 juni.

werknemerscollectiviteiten is vaak sprake van een aantrekkelijke premie vanwege de relatief gezonde risico's. De Wet van de Grote Getallen speelt, vooral bij omvangrijker contracten, eveneens een rol. Niet alleen de verzekerde profiteert daarvan, maar ook de werkgever. Deze geeft zijn werknemers namelijk vaak een tegemoetkoming in de ziektekostenpremie, vaak een percentage van de premie. Dus hoe lager de premie, des te lager de kosten voor de werkgever. Een bijkomend voordeel voor werkgevers is dat een collectieve ziektekostenverzekering met een gunstige premie hem aantrekkelijk maakt voor (potentiële) werknemers. Verder kunnen werkgevers de ziektekostenverzekering afstemmen op hun verzuim-, Arbo- en reïntegratiebeleid. Ook uit oogpunt van marktefficiëntie zijn voordelen te noemen. Door de countervailing power bij collectieve contracten kunnen de winsten van zorgverzekeraars meer leiden tot voordelen voor de verzekerden dan bij het kopen van polissen door individuele consumenten.

***Collectieve contracten bevorderen overstappen***

Individuele verzekerden hebben weinig of geen invloed op de inhoud of premie van polissen van zorgverzekeraars. Een collectiviteit van verzekerden kan meer afdwingen, zowel qua prijs als verzekerd pakket en service, en mogelijk voordelen in de sfeer van aanvullende verzekeringen. Hierdoor zetten collectieve contracten aan tot meer dynamiek in de markt.

Een ander mogelijk positief effect op de werking van de zorgverzekeringsmarkt is dat zorgverzekeraars door collectieve contracten kunnen 'inbreken' in regionale markten.<sup>70</sup>

***Echter...***

Bij de collectieve contracten zijn echter ook vraagtekens te plaatsen. Voor verzekerden gaat het (premie)voordeel van een collectief contract samen met een belangrijk nadeel. Doordat de verzekerde alleen de voordelen van de polis geniet bij de zorgverzekeraar waarmee zijn werkgever een collectief wordt hij sterk gestuurd in zijn keuze voor een zorgverzekeraar.

Bovendien is het mogelijk dat bij een groeiend aandeel van collectieve contracten de individuele verzekerde in toenemende mate nadelen ondervindt in de vorm van hogere premies en minder aandacht van de zorgverzekeraar. Ook kan er druk ontstaan op het aandeel van natuarapolissen.

***Nog onduidelijk welke voordelen het grootst zijn***

Het is momenteel nog niet duidelijk hoe de collectieve markt zich gaat ontwikkelen en welke voor- en nadelen zullen domineren. De NZa neemt zich dan ook voor de ontwikkeling

---

<sup>70</sup> Zie de voordelen van 'buyer concentration' in situaties van marktmacht: Motta, 2004, p. 122.

van de collectieve markt te gaan monitoren.

<b>Consultatievraag</b>	<i>25. Verwacht u een aanzienlijke variatie in soorten van collectiviteiten?</i>
	<i>26. Bent u het eens met de analyse van voor- en nadelen van collectieve contracten?</i>
	<i>27. Hoe zwaar weegt u het nadeel dat collectieve contracten de keuzemogelijkheden van verzekerden beperken?</i>

#### **4.f. Beleidsvoornemens**

De NZa heeft als taak het overstappen van verzekerden en de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen. In dit hoofdstuk zijn verschillende risico's benoemd waarbij de NZa op basis van zijn bevoegdheden kan interveniëren. Bij enkele risico's ontbreken bevoegdheden; daar zal de NZa zich moeten beperken tot publiekelijk signaleren en aandringen op maatregelen door bevoegde organen.

##### ***Verzekerden- mobiliteit aangrijpingspunt concurrentie- bevordering***

De NZa constateert dat de mobiliteit van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt van groot belang is voor het welslagen van de Zvw en gereuleerde marktwerking. De NZa neemt zich voor de mobiliteit van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt als aangrijpingspunt te hanteren om zijn taak van bevordering van marktwerking tussen zorgverzekeraars uit te voeren.

De NZa zal de verzekerdenmobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt systematisch volgen en waar nodig en mogelijk bevorderen. Daartoe doet de NZa onderzoek naar de achtergronden van het overstapgedrag van verzekerden. De resultaten van dit onderzoek gebruikt de NZa om waar nodig verbeteringen te stimuleren.

##### ***Minimalisatie overstapkosten door bevorderen transparantie***

De NZa stelt zich ten doel de overstapkosten voor verzekerden te minimaliseren. Daartoe wordt beoordeeld of intransparantie te hoge zoekkosten veroorzaakt. De NZa zal in de gaten houden of transparantiebevorderende initiatieven ontstaan in het veld. Bij te weinig initiatieven kan de NZa de initiatieven stimuleren. In het uiterste geval kan de NZa zelf de transparantie bevorderen door informatie te verspreiden op de zorgverzekeringsmarkt.

##### ***Uitspraak- bevoegdheid contractuele voorwaarden***

De NZa heeft de bevoegdheid om openbare uitspraken te doen over de (on)wenselijkheid van contractuele voorwaarden in de verzekeringen. De NZa kan geen regels stellen voor de inhoud van contracten. De ruimte voor contractuele voorwaarden in de Zvw-polis liggen wettelijk vast en vormt geen risico voor het overstappen door verzekerden. Als verzekerden een sterke voorkeur voor polissen bij dezelfde zorgverzekeraar hebben, is er een verhoogd risico op marktfalen. Bij aanvullende

polissen is namelijk een aantal andere voorwaarden denkbaar. Als deze het overstappen van verzekerden belemmeren doet

de NZa in het openbaar uitspraken over ongewenste contractvoorwaarden (naming en shaming).<sup>71</sup>

***Voorkeuraanbieders en collectieve contracten***

Ook volgt de NZa de ontwikkeling van voorkeuraanbieders en collectieve contracten en is alert zijn op signalen over de invloed ervan op de overstapmogelijkheden van verzekerden. Gezien het belang voor de mobiliteit van verzekerden signaleert de NZa publiekelijk de beperkende invloed van bovenstaande factoren en zal waar nodig aandringen op beleidsmaatregelen van bevoegde organen. De NZa volgt ook de ontwikkeling van de markt van collectiviteiten met het oog op mogelijke nadelen voor individuele verzekerden (zoals hogere premies).

***Overige toepassingen monitor***

Behalve voor het analyseren van het overstappen van verzekerden en de transparantie van de markt zal de monitor tevens informatie opleveren die bruikbaar is bij het signaleren van risicoselectie. Voorts ziet de NZa mogelijkheden om met deze monitor bij te dragen aan de taak van Nma in het handhaven van het algemene mededingingsrecht.

---

<sup>71</sup> Voorwaarde daarbij is dat de selectie van de zorgverzekeringsproducten voor naming en shaming juridisch deugdelijk is en de shaming beperkt wordt. In dat geval leidt shaming en blaming tot bescherming van de markt omdat het grotere transparantie over attributen van (verzekerings)producten tot stand brengt. Zie: H. Keuzenkamp, J. Theeuwes, M. de Nooij, Aan de schandpaal – de economische betekenis van 'Naming and shaming', SEO, 2003.

## 5. Anticompetitieve gedragingen

### *5.a. Inleiding*

In dit hoofdstuk komen gedragingen aan de orde die de marktwerking kunnen belemmeren.

Zorgverzekeraars kunnen het volgende gedrag vertonen met negatieve gevolgen voor de werking van de markt:

1. ongewenste prijszetting;
2. monopolievorming door extreme productdifferentiatie;
3. ongewenste contractuele voorwaarden;
4. ongewenste horizontale samenwerking;
5. ongewenste verticale samenwerking.

#### *5.a.1. Ongewenste prijszetting*

##### ***Excessieve prijzen***

Zorgverzekeraars met omvangrijke marktmacht kunnen excessieve prijzen vragen (monopoly pricing). In het geval van dergelijke machtsposities is het aantal alternatieve zorgverzekeraars zeer beperkt. Hierdoor kunnen verzekerden de zorgverzekeraar met excessieve premies niet afstraffen door over te stappen.

##### ***Roofprijzen***

Zorgverzekeraars met marktmacht kunnen tijdelijk – bijvoorbeeld wanneer een nieuwe zorgverzekeraar de markt betreedt – de polissen onder de kostprijs aanbieden. Verzekerden kiezen de laagste prijs en blijven bij de huidige verzekeraar. Omdat deze verzekeraar marktmacht heeft, kan hij de prijzen weer tot boven de kostprijs verhogen als het gevaar van de nieuwe toetreder geweken is.

Omgekeerd kan uiteraard ook een nieuwe toetreder deze tactiek hanteren door gebruikmakend van zijn schaal- en scopevoordelen die hij elders heeft, te penetreren met een lage prijs. De toetreder kan de dominante verzekeraar dwingen tot een kostbare prijsverlaging. In het nieuwe stelsel kan dit bijvoorbeeld gebeuren in de vorm van een provinciepolis van een grote landelijke zorgverzekeraar.

Het misbruik van marktmacht door roofprijzen te hanteren is verboden op basis van de Mededingingswet. De Nma houdt hierop toezicht.<sup>72</sup>

##### ***Kruissubsidiëring***

Zorgverzekeraars die tijdelijk met roofprijzen zorgpolissen

---

<sup>72</sup> Van groot belang hierbij is de marktafbakening. In geval van regionale markten is mededingingsstoezicht problematisch bij toetreders met roofprijzen zonder economische machtspositie in de betreffende regio.

aanbieden moeten het verlies dat zij daardoor lopen financieren.

Als een zorgverzekeraar meerdere producten aanbiedt, kan hij door de verkoopprijs voor andere producten te verhogen, middelen binnenhalen om rooftprijzen te financieren. Partijen met marktmacht kunnen (potentiële) concurrenten van de markt weren door tijdelijk het product tegen een niet-kostendekkend tarief aan te bieden.

Een andere bron voor de financiering van rooftprijzen vormen de reserves van zorgverzekeraars. Belangrijk hierbij zijn de grote verschillen in reserveposities bij zorgverzekeraars in 2006.<sup>73</sup> Particuliere verzekeraars hadden in de afgelopen jaren te maken met een hogere solvabiliteitseis en hebben ten opzichte van de ziekenfondsen een hogere reserve.

Mogelijke drempels voor rooftprijzen zijn de relatief geringe winstmarges in de zorgverzekeringsbranche. Ook leidt het hanteren van rooftprijzen al snel tot een verkleining van de bestaande reserves. Dit laatste zal kunnen leiden tot kritische geluiden van DNB die de solvabiliteit van zorgverzekeraars bewaakt.

***Geen duidelijk beeld over prijszetting***

Al met al is het niet duidelijk welke vormen van prijszetting waarschijnlijk zijn. Uit onderzoek is wel gebleken dat het denkbaar is dat kruissubsidiëring zich voordoet in de aanvullende verzekering met aanmerkelijke gevolgen voor de markt van de basisverzekering.<sup>74</sup>

***Consultatievraag***

*28. Hoe groot acht u de mogelijkheid van de verschillende vormen van prijszetting zoals hierboven beschreven?*

***5.a.2. Productdifferentiatie***

In het nieuwe zorgstelsel moeten de zorgverzekeraars allemaal het basispakket aanbieden. De omvang van het verzekerde pakket ligt vast. Toch biedt de Zvw mogelijkheden voor productdifferentiatie (zie paragraaf 4.d.1).

Voor concurrentie is het wenselijk dat productdifferentiatie optreedt. Als zorgverzekeraars meerdere producten aanbieden, zodat kunnen zij inspelen op de verschillen in voorkeuren tussen consumenten. Sommige mensen willen een beperkte, maar relatief goedkope verzekering, terwijl anderen juist bereid zijn om iets meer te betalen voor een uitgebreid pakket.

***Geen extreme***

Bij extreme productdifferentiatie is de zorgverzekeraar

<sup>73</sup> Bron: Financiële verslagen 2004 van ziekenfondsen.

<sup>74</sup> F.T. Schut, T. Laske-Aldershof en D. de Bruijn, 2004.

**productdifferentiatie** monopolist op zijn eigen markt met nadelige gevolgen voor keuzevrijheid en prijsstelling. De toename van de competitieve omgeving van zorgverzekeraars bevordert differentiatie, maar in de nieuwe markt treedt naar alle waarschijnlijkheid geen monopolievorming op basis van extreme productdifferentiatie op. Niet alleen de verplichting om het basispakket aan te bieden en beheersmatige beperkingen stellen grenzen aan vergaande productdifferentiatie. Ook de mogelijkheden tot imitatie op de zorgverzekeringsmarkt vormen een barrière voor monopolievorming op deelmarkten.

**Contractuele voorwaarden**

*5.a.3. Ongewenste contractuele voorwaarden*

Zoals eerder aangegeven kunnen contractuele voorwaarden een belemmerende invloed hebben op marktwerking doordat ze stemmen met de voeten moeilijker maken (zie paragraaf 4.d.3). Bepaalde contractuele voorwaarden zijn juist nodig om de zorgverzekeraar voldoende zekerheid te geven om het ondernemersrisico te accepteren. Hierbij valt te denken aan een minimale looptijd van de polis.

Het is zeer de vraag of de in de Zwv aangegeven minimale looptijd van een jaar lang genoeg is om bepaalde verzekeringen rendabel te maken voor zorgverzekeraars. Met name moet hier gedacht worden aan ziektepreventie. Gezondheidsbevorderend gedrag betaalt zich vaak veel later terug dan binnen één jaar. Het risico is dat het voor zorgverzekeraars weinig aantrekkelijk is om in preventie te investeren.

**Horizontale samenwerking**

*5.a.4. Horizontale samenwerking*

Horizontale samenwerking is samenwerking tussen aanbieders van concurrerende producten, in dit geval samenwerking tussen zorgverzekeraars. CTG/ZAio stelt dat samenwerking in twee stappen beoordeeld moet worden.<sup>75</sup> Ten eerste: beperkt de samenwerking de concurrentie tussen zorgverzekeraars? Vervolgens: zo ja, is het vanuit publiek belang toch wenselijk dat zij bestaat?

Het CTG/ZAio concludeert dat er nu weliswaar sprake is van samenwerking tussen ziekenfondsen, maar dat deze samenwerking de concurrentie niet in ernstige mate belemmert en dat het publiek belang er mee gediend is. Het gaat daarbij om samenwerking bij de zorginkoop, informatie-uitwisseling over het vereveningssysteem en om informatie-uitwisseling bij

---

<sup>75</sup> CTG/ZAio, Visie document ziekenhuiszorg, Utrecht, 2005.

Vektis.

***Gezamenlijke  
zorginkoop***

Zorgverzekeraars, ook als ze niet onder hetzelfde label of binnen hetzelfde concern opereren werken samen bij de zorginkoop of vormen zorginkoopcombinaties. Hierdoor is het mogelijk de doelmatigheid te vergroten: de kosten van de zorginkoop worden beperkt en een scherpere inkoopprijs is mogelijk. De Nma toetst of inkoopcombinaties niet in strijd zijn met de Mw met het oog op activiteiten die de concurrentie beperken. Daarmee is dit risico afgedekt.

Vereveningssysteem. Voor het vereveningssysteem moeten zorgverzekeraars informatie uitwisselen over hun patiëntenpopulaties. Het publieke belang van een goed werkend vereveningssysteem is dat verzekeraars afzien van risicoselectie én het creëren van een level playing field. Deze effecten zijn belangrijker dan het mogelijke nadelige effect op een onderlinge concurrentie, waarbij het te doen zou zijn om het elkaar toespelen van de slechte risico's.

Vektis. Ter ondersteuning van de administratieve processen en het declaratieverkeer onderhoudt en exploiteert Vektis een groot aantal bestanden met referentiegegevens. Onder voorwaarde van vertrouwelijke behandeling van gegevens is er geen nadelig effect op de onderlinge concurrentie.

***Verticale  
samenwerking***

***5.a.5. Verticale samenwerking***

Verticale samenwerking is de samenwerking tussen toeleveranciers en afnemers, in dit geval tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. CTG-ZAio heeft verschillende vormen van deze samenwerking beoordeeld op mededingingsrisico's. Het gaat hierbij om protocollen, netwerken, zorgmakelaars, voorkeursaanbieders, de Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg (LALO) en zorgvernieuwing en innovatie. De conclusie luidt dat de meeste vormen van verticale samenwerking geen voorname risico's vormen, hoewel de inzet van zorgmakelaars kan leiden tot kartelvorming en uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie bij de zorgaanbieders. CTG-ZAio stelt echter wel dat het effect van verticale samenwerking op innovatie moeilijk in te schatten is.<sup>76</sup>

***5.b. Beleidsvoornemens***

1. De NZa zal de ontwikkelingen op het gebied van prijszetting actief volgen. Hieronder valt ook de

---

<sup>76</sup> CTG-ZAio, Visiedocument ziekenhuiszorg, 2005, Utrecht.

ontwikkeling van premies van aanvullende verzekeringen. Hierdoor signaleert de NZa vroegtijdig mogelijke vormen van ongewenst marktgedrag.

2. Gezien de taakverdeling tussen NZa en Nma stelt de NZa signalen over mogelijk ongewenste marktgedragingen ter beschikking van de Nma om zo de uitvoering van de Mededingingswet te bevorderen.
3. Tevens zal de NZa monitoren of zorgverzekeraars aan hun verzekerden innovatieve zorg en ziektepreventie aanbieden.

## 6. Marktuitlekomsten

### *6.a. Inleiding*

In de voorgaande hoofdstukken zijn de voorwaarden geschetst voor effectieve werking van de zorgverzekeringsmarkt. In dit hoofdstuk komen de belangrijkste uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt aan de orde. Het gaat hierbij in eerste instantie om de meer 'directe' uitkomsten in de vorm van de ontwikkeling van het aanbod, de prijzen en de prijs-kwaliteit verhouding.<sup>77</sup>

**Directe uitkomsten** De NZa wil bewerkstelligen dat zorgverzekeraars door marktprikkels worden gestimuleerd om voor hun verzekerden een gunstige prijs-kwaliteitverhouding te realiseren. Dat betekent een voldoende gevarieerd, innovatief en toegankelijk aanbod van kwalitatief goede verzekeringen tegen premies die verzekerden wensen te betalen. Daarbij is het van belang dat verzekerden bewust kiezen voor een zorgverzekeraar en de overstap naar een andere (kunnen) maken als zij dat willen.

**Informatiebehoefte van het Ministerie van VWS** Het Ministerie van VWS heeft aangegeven dat de werking en uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt breed gemonitord moeten worden (met als uitgangspunt zo weinig mogelijk belasting van marktpartijen) met in ieder geval aandacht voor:

- de mobiliteit van verzekerden;
- differentiatie van polissen naar draagkracht van verzekerden;
- het aandeel van collectieve contracten en gevolgen van collectieve contracten voor het sociale karakter van de zorgverzekering<sup>78</sup>;
- de verhouding natura-restitutie in de polissen van zorgverzekeraars;
- het aantal onverzekerden;
- het aantal wanbetalers onder verzekerden;
- de vormgeving van functionele aanspraken in de polissen van zorgverzekeraars, met name de huisartsenzorg.

### *6.b. Premies*

Zoals in de vorige hoofdstukken is beschreven is het mogelijk dat bepaalde voorwaarden voor een effectieve zorgverzekeringsmarkt afwezig zijn. Zo kunnen de

---

<sup>77</sup> De minister van VWS heeft nadrukkelijk aangegeven dat het niet de taak van de NZa is om de kwaliteit van de producten van zorgverzekeraars te beoordelen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29324, nrs. 3 en 4.

<sup>78</sup> Het gaat hier om het verlenen van kortingen anders dan op basis van daarvoor toegestane gronden (bijvoorbeeld niet op basis van een risicoprofiel).

mogelijkheden voor verzekerden om over te stappen beperkt en marktaandelen van zorgverzekeraars te groot zijn of zorgverzekeraars kunnen anticompetitief gedrag vertonen.

Het is de taak van de NZa als marktmeester om te kunnen constateren dat consumenten niet met onnodig hoge prijzen worden geconfronteerd als gevolg van onvoldoende marktwerking tussen zorgverzekeraars. Met name in de nieuwe zorgverzekeringsmarkt als een zich ontwikkelende transitie markt is dit van belang. Bovendien is het volgen van de premieontwikkeling nodig om zicht te krijgen op de betaalbaarheid van zorgverzekeringen. Tenslotte kan de NZa door inzicht in premies te bevorderen de Nma assisteren in het toezicht op misbruik van economische machtsposities.

***Nieuwe  
omstandigheid:  
financieel resultaat  
hoeft niet meer naar  
verzekeringspro-  
ducten en -diensten***

Met de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel kunnen zorgverzekeraars er voor kiezen winstgericht te werken. Zij hoeven deze winst niet meer in verzekeringsproducten of -diensten te steken, maar mogen deze uitkeren aan aandeelhouders. Hoewel het winststreven positieve effecten op de marktwerking kan hebben (bijvoorbeeld vanwege verbetering van de toegang tot de kapitaalmarkt), is het ook mogelijk dat bij het niet goed functioneren van de markt zorgverzekeraars premies tot boven een marktconform niveau verhogen. Hierdoor kan de betaalbaarheid voor verzekerden in het gedrang komen.

Het is nog de vraag of veel verandert ten opzichte van de huidige situatie. Belangrijk is bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars hun opgebouwde reserves alleen mogen behouden als zij voor 10 jaar afzien van winststreven. Ook kenmerken de huidige ziekenfondsen zich nu ook al door een streven naar positieve financiële resultaten.

Desalniettemin is het met het oog op het genoemde risico wenselijk de gevolgen te monitoren, als zorgverzekeraars daadwerkelijk winst nastreven.

<b><i>Consultatievraag:</i></b>	<i>29. Acht u de kans groot dat veel zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel kiezen voor winststreven?</i> <i>30. Deelt u de bovenstaande analyse van het daaraan verbonden risico van betaalbaarheid bij een niet goed functionerende markt?</i>
---------------------------------	---

### ***6.c. Aanbod***

Bij de beschrijving van het aanbod van zorgverzekeringen wordt bij twee aspecten stil gestaan:

- de diversiteit in aanbod;

- de mate van innovatie van de polissen.

### *6.c.1. Diversiteit van polissen*

#### **Relevantie van differentiatie**

Het is een wenselijke uitkomst als een gedifferentieerd aanbod tot stand komt.<sup>79</sup> De (aspirant-)verzekerde moet keuzemogelijkheden hebben. Zoals Nyfer het in economische termen uitdrukt: consumenten waarderen variatie in het aanbod, door productdifferentiatie komt een betere allocatie tot stand.<sup>80</sup> Het is voor de NZa als marktmeester dan ook van belang om te monitoren in welke varianten zorgverzekeraars hun polissen gaan aanbieden.

#### **Verhouding natura-restitutie**

Het is van belang om de verhouding natura-restitutie te kennen. Een te groot aandeel van restitutiepolissen brengt het risico met zich mee dat zorgverzekeraars te weinig actief op de zorginkoopmarkt zijn. Hierdoor verdwijnt een belangrijke voorwaarde voor meer doelmatigheid in de zorg.

#### **Transparantie**

Te grote differentiatie in polissen heeft als nadeel dat de zoekkosten voor verzekerden hoog worden. Hoge zoekkosten brengen het risico met zich mee dat verzekerden te weinig (overwegen) over (te) stappen. Bovendien geeft onderzoek aan dat de prijsgevoeligheid van consumenten toeneemt als verzekeringspakketten meer vergelijkbaar worden.<sup>81</sup>

#### **Consultatievraag:**

31. Bent u het eens met de analyse over de risico's van productdifferentiatie?

32. Verwacht u dat 2006 een overgangsjaar wordt met een relatief beperkt aantal keuzemogelijkheden voor verzekerden?

### *6.c.2. Innovatie van polissen*

Bij de innovatie van het aanbod van verzekeringsproducten kan onderscheid gemaakt worden tussen productinnovatie en procesinnovatie.

#### **Productinnovatie**

Innovatie van het product is, afgezien van de noodzaak tot aansluiting bij veranderende zorginhoudelijke en maatschappelijke inzichten, nodig om aan te blijven sluiten bij

<sup>79</sup> Afgaande op signalen van de grootste zorgverzekeraars is in het overgangsjaar 2006 nog niet sprake van een breed aanbod van verschillende verzekeringsproducten om de invoeringscomplexiteit niet te groot te maken. Zorgverzekeraars streven er in eerste instantie naar om iedereen in 2006 tegen zorgkosten te verzekeren. VGZ in: ZNJournaal, 21 april 2005, p. 3. Beeld wordt bevestigd door ZN in: ZNJournaal, 19 mei 2005, p. 2.

<sup>80</sup> Nyfer. Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte. Breukelen, 2004, p. 45.

<sup>81</sup> T.C. Buchmueller, P.J. Feldstein, Consumers' sensitivity to health plan premiums: evidence from a natural experiment in California, in: Health Affairs, 1996 (Vol. 15), Nr. 1, p. 143-151.

de wensen van de verzekerde.<sup>82</sup> Kenmerkend voor zorgverzekeringspolissen zijn de zeer lage imitatiekosten, vergeleken met de aanwezige innovatiekosten. Verzekeringsmarkten worden ook wel 'kopieermarkten' genoemd. Naar verwachting kan een zorgverzekeraar doorgaans één jaar het innovatievoordeel uitbuiten, wanneer hij voor de concurrentie bij verrassing een nieuw product op de markt brengt, net voor de jaarlijkse overstapperiode. Als deze innovatie succesvol is, zullen concurrenten het volgende jaar – vanwege de lage imitatiekosten wellicht zelfs vrij gemakkelijk – een vergelijkbaar product aanbieden. Als in dit ene jaar het terugverdieneffect te klein is, zal innovatie onaantrekkelijk zijn en niet of slechts weinig plaatsvinden.

Opgemerkt moet worden dat de mate waarin een verzekeraar kan innoveren sterk afhangt van de intenties van zorgaanbieders. Met name in regio's met weinig keus in het aanbod is de zorgverzekeraar sterk afhankelijk van de innovatiebereidheid van de zorgaanbieder. Het kan dus voorkomen dat de verzekeraar bij de zorgaanbieder veranderingen moet stimuleren of afdwingen of voor een alternatief zorgaanbod moet kiezen. De functionele omschrijving van de aanspraken biedt hiervoor ook ruimere mogelijkheden.

#### ***Procesinnovatie***

Procesinnovatie duidt op efficiëntieverbeteringen in de wijze waarop de verzekering wordt 'geproduceerd'. Hier valt te denken aan bijvoorbeeld verbeteringen in de zorginkoop, premieberekening of administratie.

#### ***Consultatievraag:***

33. Bent u het eens met de typering van de zorgverzekeringsmarkt als een imitatiemarkt?
34. Vormt dit naar uw mening een gevaar voor innovaties op de markt?

#### ***6.d. Voorkeuren van consumenten***

##### ***Voorkeuren nog weinig bekend***

Uiteindelijk moeten in de prijs en het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt de voorkeuren van consumenten tot uiting komen. Wat betreft de prijs is al eerder aangegeven dat het niet duidelijk is hoe de prijsgevoeligheid van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt zich gaat ontwikkelen in het nieuwe stelsel. Ook is al aangegeven dat het waarschijnlijk is

---

<sup>82</sup> Voorbeelden van innovatie van de verzekerde zorg van de laatste jaren zijn bijvoorbeeld te vinden in de voorzieningen van de zorgverzekeraars om de toegang tot de zorg te garanderen. Deze voorbeelden variëren van call centers voor snelle toegang tot de eerste lijn tot prestatieafspraken met ziekenhuizen voor behandeling zonder te lange wachttijden. Andere voorbeelden zijn zorgverzekeraars die zich profileren met nieuwe vormen van chronische zorg of vergoedingen voor levensmiddelen die gezond gedrag bewerkstelligen (preventie).

dat verzekerden bij hun keuze voor een zorgverzekeraar oog hebben voor kwaliteitsaspecten. Het gaat hierbij om twee aspecten van de kwaliteit van de zorgverzekeraar: de dienstverlening en de productkwaliteit (de inhoud van de polis zoals de verzekerde zorg). Helaas is er ook over de voorkeuren van consumenten voor deze aspecten nog maar weinig bekend.

***Wel lijkt behoefte te bestaan aan aanvullende verzekeringen***

Wel lijkt duidelijk dat na de invoering van de Zvw een omvangrijke vraag naar aanvullende verzekeringen blijft bestaan. In de aanvullende verzekeringen is sprake van groeiende productdifferentiatie. De meeste verzekerden hebben behoefte aan meer zekerheid dan alleen het standaardpakket en deze behoefte is tevens verschillend. Het aanbod van aanvullende verzekeringen is divers, omdat er genoeg markt is om te verdelen en omdat er duidelijke voorkeuren van consumenten zijn om de markt in op te delen. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars bieden verschillende aanvullende verzekeringen. Zoals eerder in paragraaf 4.c.2 is aangegeven worden aanvullende verzekeringen in omvangrijke mate afgenomen.

***Consultatievraag***

*35. Verwacht u een toename van de markt voor aanvullende verzekeringen vanaf 2006 of juist een afname?*

***6.e. Beleidsvoornemens***

1. De NZa monitort de prijzen en het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van premies en van een gedifferentieerd en innovatief aanbod (zowel bij de basisverzekering als bij de aanvullende verzekeringen). Speciaal aandachtspunten daarbij zijn de verhouding tussen het aantal natura- en het aantal restitutiepolicen en het marktgedrag van zorgverzekeraars met winststreven.
2. De NZa bevordert dat er tevredenheidsonderzoeken komen om zo te kunnen monitoren of de prestaties van de zorgverzekeringsmarkt overeenkomen met de wensen van de verzekerden.

## **7. Aanzetten tot inrichting van de monitor voor de zorgverzekeringsmarkt**

### ***7.a. Inleiding***

Zoals in het eerste hoofdstuk aangegeven heeft de NZa als sectorspecifieke markttoezichthouder voor de zorgverzekeringsmarkt als voornaamste taak het bevorderen van marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt en het bevorderen van de transparantie ten behoeve van de consument. Voor uitvoering van die taak is het nodig dat de NZa tijdig en voldoende op de hoogte is van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt. Een goed opgezette monitor is daarvoor zeer bruikbaar.

### ***7.b. Doelstelling***

De structurele monitor van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt heeft als doelstelling dat ontwikkelingen op de markt vroegtijdig worden gesignaleerd. De NZa rapporteert hierover. De afnemers zijn het Ministerie van VWS en andere beleidsmakers, andere toezichthouders, marktpartijen (aanbieders, consumenten en betrokken organen), en andere betrokkenen en geïnteresseerden. Voor een optimaal bereik worden de rapportages gepubliceerd op de website van de NZa.

Verder biedt de monitor informatie op basis waarvan de NZa zijn taken als sectorspecifieke toezichthouder kan uitvoeren. Dat betekent het waar nodig bevorderen van marktwerking en transparantie.

Tenslotte kan de NZa de informatie uit de monitor gebruiken bij het uitvoeren van zijn andere taken, zowel waar het gaat om zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

### ***7.c. De structuur van de monitor***

#### ***Risicoanalyse als basis***

Uit de analyses in de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat een aantal aspecten van de zorgverzekeringsmarkt een risico vormt voor het goed functioneren van die markt of voor bepaalde publieke randvoorwaarden. Voor een compleet overzicht zie tabel 3. Dit is uiteraard een voorlopig overzicht. De monitor kan worden aangevuld met zorgpunten van marktpartijen die naar voren komen tijdens de consultatie.

#### ***Aanvullende wensen van het Ministerie van VWS***

Naast het volgen van ontwikkelingen op basis van risicoanalyses (waaronder de consultatie) moet de monitor ook ruimte bieden voor concrete onderzoeksthema's die door het Ministerie van VWS worden aangedragen. Het gaat in een

aantal gevallen om zaken die ook uit de risicoanalyses voortkomen (bijvoorbeeld de verzekerdensmobiliteit). In aanvulling daarop krijgen ook aspecten van de werking van de zorgverzekeringsmarkt, waarover de Tweede Kamer geïnformeerd wil worden, aandacht.<sup>83</sup> Een definitieve lijst van dergelijke onderwerpen kan worden opgesteld als de politieke behandeling van de Zvw en de Wmg is afgerond.

De NZa vult ook zelf de monitor aan als mocht blijken dat de werking van de zorgverzekeringsmarkt andere knelpunten kent dan die waarop de risicoanalyse op voorhand wees.

Voor de te monitoren aspecten van de zorgverzekeringsmarkt zal de NZa indicatoren benoemen. Die indicatoren geven een beeld van het feitelijk optreden van bepaalde risico's. Op basis hiervan ontplooit de NZa zelf activiteiten of geeft hij signalen aan het Ministerie van VWS, bestuursorganen of andere toezichthouders.

***Voorbeelden van indicatoren***

Voor de monitor wordt een structuur aangehouden waarbinnen alle relevante aspecten passen. In de monitor worden deze aspecten daarom gemeten aan de hand van indicatoren die betrekking hebben op de *structuur* van de markt, de *gedragingen* van aanbieders op de markt, en de markt*uitkomsten*. Voorbeelden van structuuraspecten en uitkomsten zijn:

*Tabel 2: mogelijke aspecten van de zorgverzekeringsmarkt en bijbehorende indicatoren*

<b><i>Concentratie</i></b>	<b><i>Overstapmogelijkheden</i></b>	<b><i>Uitkomst</i></b>
Aspect: aanbod relevante markt	Aspect: transparantie	Aspect: prijzen
Indicator: substitueerbare polisvarianten per geografische productmarkt	Indicator: duidelijkheid websites bij polisvergelijking	Indicator: premies van polissen
Aspect: regionale concentratie	Aspect: contractuele voorwaarden	Aspect: productdifferentiatie
Indicator: HHI	Indicator: polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen	Indicator: polisvariatie op relevante geografische productmarkt

Het benoemen van aspecten en indicatoren is afhankelijk van toenemend inzicht in de werking van de zorgverzekeringsmarkt

<sup>83</sup> Brief Minister aan de Tweede Kamer ('Monitoring verzekeringsmarkt'), 9 maart 2005.

en van de ontwikkeling van die markt. De monitor kan dus in de loop der tijd van structuur veranderen.

Bij het meten van de indicatoren hanteert de NZa als uitgangspunt dat de kosten van het vergaren van informatie geminimaliseerd worden. Dat impliceert dat waar mogelijk gebruik gemaakt wordt van reeds bestaande bronnen en databestanden voorzover deze voldoende betrouwbare informatie geven die actueel is. Daarbij zoekt de NZa aansluiting bij de data van andere partijen (al dan niet beschikbaar in het publieke domein). In de volgende tabel staat een overzicht van te monitoren aspecten met daarbij de mogelijke bronnen aangegeven.<sup>84</sup> Het CTZ en CTG-ZAio trachten in 2005 de bronnen toegankelijk te maken voor de NZa.

Uit de tabel valt af te lezen dat de inschatting is dat voor de monitor op de zorgverzekeringsmarkt nauwelijks extra informatie bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal worden

*Tabel 3: overzicht inhoud monitor en mogelijke bronnen*

<i><b>Te monitoren aspecten</b></i>	<i><b>Mogelijke bronnen</b></i>
<i><b>De ontwikkeling van het aanbod op relevante markten: concentratie, omvang en differentiatie in aanbod, premieontwikkeling (met oog voor zorgverzekeraars met winststreven), innovatie verzekeringsproducten (waaronder ziektepreventie), aandeel polissen met voorkeuraanbieders, verticale integratie, en de verhouding restitutie-natura</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publieke polisinformatie zorgverzekeraars (bijvoorbeeld internetsites van zorgverzekeraars of vergelijkende internetsites zoals <a href="http://www.independ.nl">www.independ.nl</a> en <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>)</li> <li>▪ Vektis</li> <li>▪ CVZ databank tbv risicoverevening (ook aantallen verzekerden ten behoeve van marktafbakening) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RIVM-site</li> <li>▪ Maatschappelijk verslag zorgverzekeraars</li> <li>▪ Polisbeoordeling door NZa</li> <li>▪ Informatieuitwisseling met Nma (voor zover niet-vertrouwelijk)</li> </ul> </li> <li>▪ Clienttevredenheidsonderzoeken bij verzekerden</li> </ul>
<i><b>De aanwezigheid en gevolgen van schaalvoordelen bij naturacontracten en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenonderzoek door NZa bij zorgverzekeraars (bijvoorbeeld kosten inkoop, reikwijdte nader te bepalen)</li> <li>• Signalen over problemen bij toetreding</li> <li>• Clienttevredenheidsonderzoeken bij verzekerden</li> </ul>

<sup>84</sup> Het overzicht omvat die aspecten die op basis van de risicoanalyse in het consultatiedocument moeten worden gevolgd, maar exclusief de definitieve wensen van het Ministerie van VWS.

<b><i>Verzekerdenmobiliteit en achtergronden (oa contractvoorwaarden av)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CVZ databank tbv risicoverevening</li> <li>• Panelonderzoeken bij verzekerden (lopende longitudinale onderzoeken van onderzoeksinstituten)</li> </ul>
<b><i>Prijsgevoeligheid verzekerden</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publieke polisinformatie (prijzen)</li> <li>• CVZ databank ten behoeve van risicoverevening</li> <li>• Panelonderzoeken bij verzekerden</li> </ul>
<b><i>Transparantie zorgverzekeringsmarkt</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparantieonderzoek bij publieke informatiebronnen</li> </ul>
<b><i>Effecten op overstapgedrag van collectieve contracten</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panelonderzoeken bij verzekerden (lopende longitudinale onderzoeken van onderzoeksinstituten)</li> <li>• Signalen van verzekerden</li> <li>• Clienttevredenheidsonderzoeken bij verzekerden.</li> </ul>

opgevraagd. Dit heeft een gunstig effect op de administratieve lasten van marktpartijen.

#### ***7.d. Rapportages***

##### ***Periodieke monitordocumenten***

De monitor resulteert in periodieke monitordocumenten. Het monitordocument presenteert en beschrijft periodiek gemeten indicatoren (reguliere onderwerpen in het monitordocument) en indicatoren die incidenteel onderzocht worden (speciale thema's). Bij dat laatste kan bijvoorbeeld gedacht worden aan enkele wensen van het Ministerie van VWS

##### ***Trendmatige weergave***

De periodiek gemeten indicatoren worden in het monitorrapport trendmatig weergegeven, opdat de ontwikkeling in de tijd zichtbaar is. De incidenteel onderzochte indicatoren worden in principe eenmalig onderzocht, tenzij blijkt dat het met het oog op de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt wenselijk is dat zij structurele aandacht krijgen. Omgekeerd kan gelden dat een regulier gemeten indicator een dussdanige ontwikkeling laat zien dat deze – in samenhang met andere indicatoren – geen risico meer vormt voor de werking en uitkomsten van de zorgverzekeringsmarkt. Is dit het geval, dan haalt de NZa de betreffende indicator uit het reguliere deel van de monitor.

##### ***Geen publicatie van traceerbare informatie***

Rapportages worden zodanig opgezet dat het traceren en herkennen van individuele zorgverzekeraars niet mogelijk is. Dit betekent dat veelal op een hoog aggregatieniveau wordt gerapporteerd. Daar waar een hoog aggregatieniveau leidt tot een wezenlijk verlies aan informatie, wordt op een lager aggregatieniveau en geanonimiseerd gepresenteerd, zodanig

dat de individuele marktpartij niet herleidbaar is. Voor het ingrijpen om de marktcondities te bevorderen, maakt de NZa uiteraard wel gebruik maken van de zorgverzekeraars-specifieke data. Ook is het mogelijk dat de NZa informatie gebruikt voor het toezicht op individuele zorgverzekeraars.

***Een 0-meting in  
2005***

De monitor wordt ten minste één keer per jaar gepubliceerd, waar nodig of wenselijk wordt over de monitorresultaten vaker gerapporteerd. Vooruitlopend op structurele metingen na 1 januari 2006 voert het CTZ in samenwerking met CTG-ZAio op een aantal centrale indicatoren in 2005 een 0-meting uit. Deze moet het mogelijk maken zicht te krijgen op de effecten van de invoering van gereuleerde marktwerking in de zorgverzekeringmarkt.