

Openbare* Zienswijze

Concentratie Eureko B.V. - De Friesland Coöperatie U.A.

december 2010

* In deze openbare versie van de zienswijze zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om redenen van vertrouwelijkheid. Vervangen of weggelaten delen zijn met vierkante haken aangegeven. In het geval van getallen of percentages kan de vervanging hebben plaatsgevonden in de vorm van vermelding van bandbreedtes.

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Melding concentratie	4
1.2 Leeswijzer	4
2. Achtergrond	4
2.1 Algemeen beeld zorgverzekeringsmarkt	4
2.1.1 Overzicht zorgverzekeraars	4
2.1.2 Concentratie zorgverzekeringsmarkt	5
2.1.3 Collectieve verzekeringen	5
2.1.4 Toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt	5
2.2 Informatie over partijen	6
2.2.1 Achmea	6
2.2.2 De Friesland	7
2.3 Visie NZa op inkoopmacht	7
3. Marktafbakening	8
3.1 De inkoopmarkt van AWBZ zorg	8
3.2 Zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt	9
3.3 Productmarkt	9
3.3.1 Zorgverzekeringen (natura-, restitutie- of combinatiepolis)	9
3.3.2 Collectieve verzekering	10
3.3.3 Aanvullende verzekering	10
3.4 Geografische markt	11
3.4.1 Scenario 1: De zorgverzekeringsmarkt is landelijk	11
3.4.1.1 Gecoördineerde effecten	12
3.4.1.2 Niet-gecoördineerde effecten	12
3.4.2 Scenario 2: De zorgverzekeringsmarkt is regionaal	12
3.4.3 Tussenconclusie	13
4. Het regionale mechanisme	13
4.1 Werking van het regionale mechanisme	13
4.2 Ondersteunende factoren	14
4.2.1 Positief verband aantal verzekerden en inkoopmacht	15
4.2.2 Inkoopvoordelen kunnen worden doorgegeven	17
4.2.3 Tussenconclusie	17
4.3 Doorkruisende factoren	18
4.3.1 Overstappen op andere zorgverzekeraar	18
4.3.2 Veel polissen zonder gecontracteerde zorg	19
4.3.2.1 Natura-, restitutie- en combinatiepolis	19
4.3.2.2 Aard van de zorgafspraken	20
4.3.3 Bestaan bovenregionale collectiviteiten	21
4.3.4 Zorgaanbieders onderhandelen met kleine zorgverzekeraars	21
4.3.5 Tussenconclusie	22
5. Gevolgen voor de publieke belangen	22
6. Conclusie	23

1. Inleiding

1.1 Melding concentratie

Op 15 oktober 2010 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Eureka B.V. (hierna: Achmea) en Coöperatie De Friesland U.A. (hierna: De Friesland) voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, van de Mededingingswet. De NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) hierover op 18 oktober 2010 geïnformeerd.

De NZa geeft op grond van artikel 9 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze melding. De NZa beziet of de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen kan hebben op de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk twee zal de NZa een algemeen beeld schetsen van de zorgverzekeringsmarkt. Daarnaast wordt in hoofdstuk twee achtergrondinformatie over partijen gegeven en wordt ingegaan op de visie van de NZa ten aanzien van inkoopmacht van zorgverzekeraars. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op de afbakening van de markt. In hoofdstuk vier licht de NZa het zogenaamde regionale mechanisme toe en wordt ingegaan op de werking hiervan. In hoofdstuk vijf worden de gevolgen voor de publieke belangen beschreven. In hoofdstuk zes wordt afgesloten met een conclusie.

2. Achtergrond

2.1 Algemeen beeld zorgverzekeringsmarkt

2.1.1 Overzicht zorgverzekeraars

In 2010 zijn er 11 concerns die in totaal 28 risicodragende zorgverzekeraars bevatten. Van deze concern zijn vier relatief groot¹ en de overige concerns² zijn aanzienlijk kleiner. De Friesland is de grootste van de kleine zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars met minder dan 850.000 verzekerden hebben de mogelijkheid om het aanbieden van zorgverzekeringen te beperken tot één of enkele provincies³. Wanneer zorgverzekeraars meer dan 850.000 verzekerden hebben dienen zij ook landelijk te operen. Deze zorgverzekeraars hebben wel de mogelijkheid verschillende polissen aan te bieden in verschillende provincies. Het is dus voor alle zorgverzekeraars mogelijk om een specifieke polis voor een bepaalde

¹ Achmea, Menzis, UVIT en CZ.

² De Friesland, DSW-SH, AZvZ, Zorg&Zekerheid, ONVZ, ASR, Salland.

³ Op grond van artikel 29 lid 2 van de Zvw.

regio te ontwikkelen. Zorgverzekeraars hebben niet de mogelijkheid hebben de polis te differentiëren naar een kleinere regio dan een provincie. In de praktijk bieden vrijwel alle zorgverzekeraars hun polissen landelijk aan. Uitzondering hierop is De Friesland. Deze zorgverzekeraar hanteert een polis voor Noord-Nederland en een polis voor Zuid-Nederland.

2.1.2 Concentratie zorgverzekeringsmarkt

Uit de analyse van de landelijke marktaandeelen van de verschillende zorgverzekeraars blijkt dat er in 2010 ten opzichte van 2009 nauwelijks verschuivingen hebben plaatsgevonden. Er zijn in 2010 dus geen zorgverzekeraars die door 'natuurlijke groei' veel verzekerden voor zich hebben kunnen winnen⁴ of zorgverzekeraars die veel verzekerden hebben verloren. Uit een analyse van de concentratiegraad van de markt op concernniveau, blijkt dat de concentratiegraad in 2010 niet is toegenomen ten opzichte van 2009. Op grond van een analyse van de HHI (Herfindahl-Hirschman Index) kan de landelijke zorgverzekeringsmarkt worden gekenmerkt als een geconcentreerde markt. Wanneer op provinciaal niveau wordt gekeken naar de zorgverzekeringsmarkt zijn Friesland en Zeeland uitschieters met een zeer hoge HHI.

In 2010 heeft 4,3% van het aantal verzekerden een nieuwe zorgverzekering afgesloten bij een andere zorgverzekeraar. Dit percentage is iets hoger dan in 2009. Toen sloot 3,6% van de verzekerden een nieuwe zorgverzekering af.

2.1.3 Collectieve verzekeringen

Uit een analyse van de collectieve verzekeringen blijkt dat het aantal verzekerden dat deelneemt aan een collectiviteit jaarlijks met 2% groeit. Momenteel is ruim 64% van alle verzekerden collectief verzekerd.

Uit een analyse van de looptijd van de tien grootste collectieve contracten per zorgverzekeraar en het aantal verzekerden op die contracten blijkt dat 62% van de collectiviteiten al sinds 2006 een contract heeft met dezelfde zorgverzekeraar. Deze contracten omvatten 78% van het aantal collectief verzekerden. Dit betekent dat de oude collectieve contracten relatief veel verzekerden vasthouden ten opzichte van de aanmeldingen bij de nieuwere contracten.

Voor meer informatie over de belangrijkste indicatoren die de NZa gebruikt om de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt te volgen verwijst de NZa naar de in juni 2010 uitgebrachte 'Marktscan Zorgverzekeringsmarkt' waaraan bovenstaande informatie is ontleend en waarin nader wordt ingegaan op de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt⁵.

2.1.4 Toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt

Naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer heeft de NZa in 2009 onderzoek gedaan naar toetreding op de zorgverzekeringsmarkt. In december 2009 heeft de NZa de Tweede Kamer een reactie gegeven op deze vragen⁶. In deze reactie concludeert de NZa dat de

⁴ In 2009 is PNO overgenomen door ONVZ maar dit had niet veel invloed op de concentratie in de markt. Dit kan verklaard worden door de beperkte omvang van de PNO portefeuille.

⁵ Zie www.nza.nl

⁶ Zie de brief (d.d. 25 januari 2010) van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en sport (kenmerk Z/M-2982676) en het bijgevoegde rapport van de NZa.

zorgverzekeringsmarkt wordt gekenmerkt door het ontbreken van toetreding van nieuwe aanbieders. Het ontbreken van toetreding op de landelijke markt kan in theorie wijzen op sterke concurrentie, toetreding kan echter ook ontbreken door het bestaan van hoge toetredingsdrempel waardoor er sprake kan zijn van weinig concurrentie.

Voor meer informatie over toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt verwijst de NZa naar de reactie in december 2009 op de vragen van de Tweede Kamer.

2.2 Informatie over partijen

2.2.1 Achmea

Zorgverzekeraar Achmea, in 2007 gefuseerd met Agis, is de grootste zorgverzekeraar op de Nederlandse markt met een marktaandeel van 29%⁷.

Wanneer op provinciaal niveau naar de markt wordt gekeken is Achmea de [...] zorgverzekeraar in de provincies Drenthe (met een marktaandeel van [50-60]%), Gelderland ([20-30]%), Utrecht ([40-50]%), Noord-Holland ([40-50]%) en Zuid-Holland ([20-30]%). In de provincies Friesland ([10-20]%) en Overijssel ([30-40]%) is Achmea de [...] zorgverzekeraar en in de overige provincies is Achmea de [...] zorgverzekeraar.

Onder Achmea vallen zes rechtspersonen te weten⁸:

- Agis Zorgverzekeringen N.V.
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- FBTO Zorgverzekeringen N.V.
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
- OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- Zilveren Kruis zorgverzekeringen N.V.

Bovenstaande rechtspersonen bieden samen 16 zorgpolissen aan voor heel Nederland. Van deze polissen zijn 3 naturapolissen, 6 restitutiepolissen en 5 combinatiepolissen⁹. Achmea biedt dus zowel polissen met gecontracteerde zorg als polissen zonder gecontracteerde zorg aan. Uit informatie die de NZa jaarlijks opvraagt bij verzekeraars ten behoeve het monitoren van de zorgverzekeringsmarkt blijkt dat ongeveer [...] van de verzekerden van Achmea een natura-polis heeft, ongeveer [...] heeft een restitutiepolis en [...] heeft een combinatiepolis.

Zorgverzekeraars mandateren zorgkantoren om namens hen voor de aangewezen regio de AWBZ uit te voeren. Per zorgkantoorregio wordt één zorgverzekeraar aangewezen als concessiehouder. Deze zorgverzekeraar koopt voor de verzekerden van alle zorgverzekeraars in de desbetreffende regio AWBZ zorg¹⁰. Achmea is concessiehouder van negen zorgkantoren te weten: Zwolle, Apeldoorn/Zutphen e.o./Stedendriehoek, Utrecht, Flevoland, 't Gooi, Kennemerland, Zaanstreek Waterland, Amsterdam en Rotterdam.

⁷ Op basis van het aantal verzekerden.

⁸ Groene land Achmea was tot voor kort een zevende aparte rechtspersoon die onder het Achmea concern viel maar die is overgegaan in Zilveren Kruis Achmea.

⁹ Zie paragraaf 4.3.2.1 voor een nadere toelichting op natura-, restitutie-, en combinatiepolissen.

¹⁰ Mogelijk verandert de wijze waarop AWBZ zorg wordt ingekocht in de toekomst, hierop wordt in paragraaf 3.1 dieper ingegaan.

2.2.2 De Friesland

De Friesland is de vijfde zorgverzekeraar in Nederland met een landelijk marktaandeel van 3%. Naast Achmea zijn ook UVIT (26%), CZ (20%) en Menzis (13%) groter dan De Friesland.

Wanneer er op provinciaal niveau naar de markt wordt gekeken is De Friesland de grootste zorgverzekeraar in de provincie Friesland ([60-70]%). In de provincies Drenthe ([0-10]%), Groningen ([0-10]%) en Flevoland ([0-10]%) is de Friesland de [...] zorgverzekeraar. In de overige provincies heeft De Friesland kleinere marktaandelen.

De Friesland bestaat uit één rechtspersoon en heeft in 2010 twee polissen in de markt. De polis 'Noord Nederland' voor de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel en de polis 'Zuid Nederland' voor de provincies Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Utrecht, Zuid-Holland, Zeeland. Beide polissen zijn combinatiepolissen. Het inhoudelijke verschil is dat voor een aantal verstrekkingen (bijvoorbeeld fysiotherapie) in de 'Noord Nederland'-polis vergoed wordt op basis van natura en in de 'Zuid Nederland'-polis op basis van restitutie. De Friesland heeft dus in Noord-Nederland meer contracten met zorgaanbieders gesloten dan in Zuid-Nederland.

Voor wat betreft de uitvoering van de AWBZ is De Friesland is alleen concessiehouder van zorgkantoor Friesland.

2.3 Visie NZa op inkoopmacht

In het algemeen geldt dat wanneer zorgverzekeraars concentreren dit de inkoopmacht¹¹ op de zorginkoopmarkt van partijen kan vergroten. In januari 2010 heeft de NZa een visiedocument¹² gepubliceerd waarin zij haar visie geeft op inkoopmacht van zorgverzekeraars. Deze visie wordt hieronder kort weergegeven.

Bij de beoordeling van de wenselijkheid van inkoopmacht van zorgverzekeraars kijkt de NZa naar de uiteindelijk gevolgen daarvan voor de consument. Als de consument profiteert van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar, door bijvoorbeeld lagere premies en/of een betere kwaliteit, dan is het publiek belang daarbij gediend. Gaat inkoopmacht ten koste van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit, dan ligt er duidelijk wel een probleem. Wanneer de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is, heeft de consument direct belang bij een zorgverzekeraar die goed of scherp inkoop op de markt voor zorg. Pas als eventuele inkoopmacht leidt tot een onaanvaardbare verschraling van het zorgaanbod in de zin van verslechtering van de prijs-/kwaliteitverhouding of een gebrekkige toegankelijkheid zal de NZa ingrijpen.

In het visiedocument over inkoopmacht wordt geconcludeerd dat hiervoor (vooralsnog) geen noodzaak bestaat. Er bestaan naar de mening van de NZa geen negatieve effecten van inkoopmacht, omdat er voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars is en voordelen van inkoopmacht in de vorm van lagere premies en/of betere kwaliteit aan consumenten worden doorgegeven. Sterker nog: inkoopmacht is – onder voorwaarden – in het belang van de kwaliteit, toegankelijkheid en

¹¹ Inkoopmacht op de zorginkoopmarkt is de situatie waarbij de inkoper van zorg, meestal de zorgverzekeraar, ten opzichte van de zorgaanbieder macht bezit en zich in onderhandelingen in zekere mate onafhankelijk van de zorgaanbieder kan opstellen.

¹² Zie het Visiedocument 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen' op www.nza.nl

betaalbaarheid van de zorg. De NZa maakt zich hard voor het versterken van deze voorwaarden voor concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en transparantie van het zorg(verzekerings)aanbod. Het gaat dan om de bevordering van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en het stimuleren van transparante keuze-informatie.

Kort samengevat wordt in het visiedocument gesteld dat inkoopmacht geen probleem is zolang er voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt aanwezig is waardoor de inkoopvoordelen worden doorgegeven aan de consument. In deze zienswijze zal de NZa onder meer analyseren of de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt door de voorgenomen concentratie van Achmea en De Friesland niet dusdanig wordt geschaad waardoor inkoopvoordelen niet meer worden doorgegeven aan de consument.

3. Marktafbakening

De concentratie van Achmea en De Friesland raakt, voor zover het de zorg betreft, drie markten te weten:

- De inkoopmarkt van AWBZ zorg;
- De zorgverzekeringsmarkt;
- De inkoopmarkt van Zvw zorg.

3.1 De inkoopmarkt van AWBZ zorg

Het kabinet heeft het voornemen een stelselwijziging door te voeren waardoor op termijn een (groot) gedeelte van de inkoop van AWBZ zorg wordt overgeheveld naar de Zvw. De mogelijk bestaat dat na de stelselwijziging de inkoop van AWBZ zorg niet meer door zorgkantoren zal worden uitgevoerd. Hieronder zal niet alleen worden ingegaan op gevolgen van de concentratie in de huidige situatie maar ook op de gevolgen in de situatie zoals die op de lange(re) termijn kan ontstaan.

In het huidige stelsel koopt de aangewezen concessiehouder van een zorgkantoor, in de desbetreffende zorgkantorregio, AWBZ zorg in voor de verzekerden van *alle* zorgverzekeraars. Bij de inkoop van zorg wordt geen onderscheid gemaakt voor verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. De zorg die verzekerden ontvangen is dus onafhankelijk van de zorgverzekeraar waar ze verzekerd zijn en dus voor iedereen gelijk. De concentratie van Achmea en De Friesland zal hierdoor niet van invloed zijn op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. De NZa zal hier dan ook niet nader op ingaan.

Indien de inkoop van AWBZ zorg niet meer wordt uitgevoerd door zorgkantoren zijn er grofweg twee opties die mogelijk ook naast elkaar kunnen bestaan, ieder voor een andere gedeelte van de huidige AWBZ zorg. De eerste optie is dat er bij de inkoop van zorg (mogelijk alleen gedurende een aantal transitiejaren) wordt gekozen voor een representatiemodel waarin de grootste regionale zorgverzekeraar(s) de overige zorgverzekeraars vertegenwoordigt bij de inkoop van deze AWBZ zorg. Hierbij zal het voor individuele verzekeraars (in ieder geval gedurende de transitie jaren) slechts beperkt mogelijk zijn zich te onderscheiden bij de inkoop van zorg. De concentratie zal in dit geval geen invloed hebben op de inkoop van AWBZ zorg.

Een andere optie is dat zorgverzekeraars individueel de AWBZ zorg moeten inkopen waardoor het wel mogelijk is voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van anderen bij de inkoop van deze AWBZ zorg. In dit geval zullen de gevolgen van de concentratie op de inkoop van deze zorg zich afspelen op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. Er hoeft daarom geen separate analyse plaats te vinden voor de inkoop van AWBZ zorg¹³ maar kan worden aangesloten bij de analyse ten aanzien van de gevolgen van de concentratie voor de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt.

3.2 Zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt

De concentratie van partijen kan van invloed zijn op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt. In deze zienswijze zal worden ingegaan op de gevolgen van de concentratie op beide markten en de wisselwerking daartussen.

In deze zienswijze wordt ten aanzien van de mate van concentratie op een markt alleen specifiek ingegaan op de marktaandelen op de zorgverzekeringsmarkt aangezien de NZa binnen de korte termijn van de eerste fase niet kan beschikken over een afzonderlijke analyse van de marktaandelen op de zorginkoopmarkt. In het geval dat de voorgenomen concentratie verder wordt onderzocht in de vergunningsfase kan de NZa, indien relevant, nader ingaan op de concentratie op de zorginkoopmarkt en de implicaties daarvan op de gevolgen van de concentratie.

Bij het beoordelen van een concentratie is het afbakenen van de relevante markt een belangrijke eerste stap. De relevante markt wordt vastgesteld door twee dimensies: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.

3.3 Productmarkt

De NZa is bij eerdere concentraties¹⁴ van zorgverzekeraars ingegaan op de afbakening van de productmarkt. Op dit moment heeft de NZa geen reden om aan te nemen dat de productmarkt anders dient te worden afgebakend. De NZa stelt ten aanzien van de afbakening van de productmarkt het volgende.

3.3.1 Zorgverzekeringen (natura-, restitutie- of combinatiepolis)

Bij de verschillende varianten van de basisverzekering (natura-, restitutie- of combinatiepolis) is sprake van één productmarkt vanwege de grote mate van vraag- en aanbods substitutie. Daarnaast is in de praktijk vaak geen sprake van 'zuivere' restitutiepolissen omdat sommige restitutiepolissen gedeeltelijk gecontracteerde zorg bevatten. Het onderscheid tussen deze verschillende polissen is op dit moment klein. Bij het bepalen van de relevante productmarkt wordt door de NZa op dit moment dan ook geen onderscheid gemaakt op basis van natura-, restitutie- of combinatiepolissen.

¹³ Dit geldt alleen onder de aanname dat AWBZ-zorg voor wat betreft inkoop gelijk te stellen is aan de inkoop van Zvw-zorg.

¹⁴ Agis, Menzis en Delta Lloyd, augustus 2006; Vereniging Achmea en OWM Agis UA en Stichting Agis, juli 2007;

3.3.2 Collectieve verzekering

In deze zienswijze worden de verschillende varianten van zorgverzekeringen en collectieve verzekeringen tot één en dezelfde relevante productmarkt aangemerkt. Er is sprake van een hoge mate van aanbodssubstitutie. Zorgverzekeraars kunnen zonder veel extra kosten een collectieve verzekering aanbieden naast of in plaats van een individuele zorgverzekering. Naast de aanbodssubstitutie is de vraagsubstitutie ook hoog. De drempel om toegang te krijgen tot een collectieve verzekering is laag. Consumenten kunnen via verschillende relaties (bijvoorbeeld via de werkgever, thuiszorg, sportbond, bank) toegang krijgen tot een collectiviteit. Op basis van het bovenstaande maakt de NZa op dit moment geen onderscheid in productmarkten voor collectieve verzekeringen en individuele verzekeringen.

3.3.3 Aanvullende verzekering

Zorgverzekeraars bieden basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen aan. De Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is alleen van toepassing op de basisverzekering. De aanvullende verzekering verschilt dan ook op een aantal punten van de basisverzekering. Voor de basisverzekering geldt een wettelijke acceptatieplicht. Dit geldt niet voor aanvullende verzekeringen. Daarnaast is de basisverzekering voor iedereen verplicht in tegenstelling tot de aanvullende verzekering. De aanvullende verzekeringen en basisverzekeringen zijn geen vraagsubstituten van elkaar. Op basis hiervan concludeert de NZa dat er mogelijk sprake is van twee productmarkten. Echter, in de praktijk nemen verzekerden de aanvullende verzekering slechts in zeer beperkte mate niet af bij de zorgverzekeraars waar de basisverzekering is afgesloten^{15,16}. Bovendien streven zorgverzekeraars ernaar via de voorwaarden voor de aanvullende verzekering beide verzekeringen als één pakket te verkopen¹⁷. Er verschijnen steeds meer zorgverzekeringspakketten in de markt die zich richten op een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld gezinnen of studenten). Deze pakketten zijn bijna altijd een combinatie van een (standaard) basisverzekering met een (op maat gemaakte) aanvullende verzekering. Dit is ook een indicatie van het feit dat zorgverzekeraars graag willen dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering samen afgenomen worden. De NZa ziet weliswaar de ontwikkeling dat verzekerden steeds minder aanvullende verzekeringen kopen¹⁸ en er dus ook steeds minder combinaties van basis- en aanvullende verzekeringen worden verkocht maar zij hanteert voor deze zienswijze het standpunt dat het bestaan van verschillende productmarkten voor basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen vooralsnog niet relevant is voor de beoordeling van de concentratie van Achmea en De Friesland.

¹⁵ Zie Vektis zorgthermometer 2010 op www.vektis.nl.

¹⁶ Uit de Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010 blijkt dat bijna 90% van alle verzekerden een aanvullende verzekering heeft (collectief en individueel tezamen). Verder blijkt dat 0,3% van de zorgverzekerden een aanvullende verzekering heeft bij een zorgverzekeraar waar zij geen zorgverzekering hebben lopen.

¹⁷ Zorgverzekeraars kunnen op verschillende manieren de basisverzekering 'koppelen' aan de aanvullende verzekeringen. Zo kan een zorgverzekeraar de premie van de aanvullende verzekering verhogen als niet tevens een basisverzekering bij hem is gesloten, dan wel kan een aanvullende verzekering uitsluitend worden gesloten als de verzekeringnemer tevens een basisverzekering bij de zorgverzekeraar sluit, of heeft gesloten.

¹⁸ In 2010 heeft 90% van alle verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. In 2006 was dit nog 93%. Zie figuur 26 in de bijlage bij de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010 op www.nza.nl.

3.4 Geografische markt

De NZa is in zienswijzen¹⁹ op eerder concentraties uitgegaan van twee scenario's. Het bestaan van een landelijke markt voor zorgverzekeringen of het bestaan van een regionale markt voor zorgverzekeringen. Bij deze concentraties had de vraag of de markt landelijk of regionaal was geen invloed op de beoordeling waardoor geen uitspraak gedaan hoefde te worden over de geografische markt. Bij de concentratie van Achmea en De Friesland lijkt deze vraag wel belangrijk vanwege de mogelijke versterking van de reeds sterke positie van De Friesland in Friesland. In deze zienswijze zal ook worden ingegaan op de gevolgen van de concentratie op de publieke belangen in beide scenario's.

De NZa heeft tot op heden geen signalen ontvangen dat publieke belangen worden geschaad als gevolg van het mogelijk ontbreken van voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. De voorgenomen concentratie geeft echter aanleiding om deze markt nader te bekijken. In de hiernavolgende alinea's zal allereerst worden ingegaan op het scenario dat de zorgverzekeringsmarkt landelijk is. Daarna zal worden ingegaan op het scenario dat de zorgverzekeringsmarkt in Friesland regionaal is.

3.4.1 Scenario 1: De zorgverzekeringsmarkt is landelijk

Wanneer sprake is van een landelijke markt hebben verzekerden de keuze uit (bijna) alle aangeboden polissen die zorgverzekeraars aanbieden en zien zij deze polissen ook als substituten.

Als eerste stap voor de beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de relevante markt wordt het effect op de verdeling van marktaandelen in kaart gebracht. De Herfindahl-Hirschmann index (hierna: HHI) is een maatstaf²⁰ die inzicht geeft op de concentratie en marktaandelen op de zorgverzekeringsmarkt.²¹

Op de landelijke markt voor zorgverzekeringen heeft Achmea op dit moment een marktaandeel van 29% en De Friesland een marktaandeel van 3%. Indien de concentratie doorgang zou vinden worden partijen op de landelijke markt de grootste zorgverzekeraar met een marktaandeel van 32%. Andere grote spelers in de markt zijn UVIT (26%), CZ (20%), en Menzis (13%). De overige zorgverzekeraars hebben een marktaandeel van 3% of kleiner. De vuistregel van de Europese Commissie geeft aan dat het in beginsel onwaarschijnlijk is dat een concentraties met een HHI hoger dan 2000 en een delta HHI van kleiner dan 150 mededingingsbezwaren zal opleveren. Als gevolg van de concentratie zal de HHI stijgen naar een waarde van 2284 met een delta HHI die hoger is dan 150, te weten 176.

De Europese Commissie beschrijft in de *'Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen'* twee belangrijke manieren waarop horizontale fusies de daadwerkelijke

¹⁹ Agis, Menzis en Delta Lloyd, augustus 2006; Vereniging Achmea en OWM Agis UA en Stichting Agis, juli 2007; CZ Zorgverzekeraars en Delta Lloyd Groep Zorgverzekeringen, augustus 2007; OWM Menzis Zorgverzekeraar en OWM Azivo Algemeen Ziekenfonds UA, maart 2008.

²⁰ Als de HHI waarde tussen de 0 en 1000 aangeeft, is er sprake van een ongeconcentreerde markt. Een HHI waarde tussen 1000 en 2000 geeft een matig tot geconcentreerde markt aan en indien de waarde boven de 2000 uitkomt, is er sprake van een geconcentreerde markt.

²¹ De marktaandelen en de HHI zijn berekend op basis van aantallen verzekerden per zorgverzekeraar per provincie. De HHI wordt berekend door de (gekwadrateerde) marktaandelen van alle zorgverzekeraars op de markt bij elkaar op te tellen.

mededinging op significante wijze kunnen belemmeren. Ten eerste is het mogelijk dat de aard van de mededinging zodanig verandert dat ondernemingen die voorheen hun gedragingen op de markt niet coördineerden, nu in significante mate sterker geneigd zijn hun marktgedrag te coördineren en de prijzen te verhogen of de daadwerkelijke mededinging op andere wijze te belemmeren. Een concentratie kan coördinatie ook eenvoudiger, stabiel en doeltreffender maken voor ondernemingen die al vóór de fusie coördineerden (gecoördineerde effecten). Ten tweede is het mogelijk dat partijen door de concentratie belangrijke concurrentiedruk op één of meer ondernemingen wegnemen, hetgeen vervolgens kan leiden tot een grotere marktmacht, zonder dat daarvoor coördinatie van marktgedrag nodig is (niet-gecoördineerde effecten).

Hieronder zal de NZa ingaan op de mogelijke gecoördineerde- én niet-gecoördineerde effecten van de concentratie op de landelijke markt voor zorgverzekeringen.

3.4.1.1 Gecoördineerde effecten

Door de concentratie valt de op vier na grootste partij in de markt weg en komt in handen van de grootste partij. Dit zou een grote invloed kunnen hebben op de structuur van de markt. Echter, het marktaandeel van De Friesland is slechts 3% en zowel vóór als na de concentratie is sprake van een markt waarin vier grote spelers opereren en gezamenlijk ruim meer dan 80% van de markt in handen hebben.

Gelet op het beperkte marktaandeel van De Friesland en het beperkte effect dat de voorgenomen concentratie heeft op de structuur van de markt is de NZa, op basis van de informatie waar zij op dit moment over beschikt, van mening dat de aard van de mededinging op de landelijke markt voor zorgverzekeringen door de concentratie niet dusdanig verandert dat de kans op gecoördineerde effecten wordt vergroot.

3.4.1.2 Niet-gecoördineerde effecten

De NZa beschikt op dit moment niet over voldoende informatie om een oordeel te geven over de niet-gecoördineerde effecten.

3.4.2 Scenario 2: De zorgverzekeringsmarkt is regionaal

Zoals toegelicht in paragraaf 2.1.1 hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid aan inwoners van een provincie een specifieke polis aan te bieden. De provincie is de kleinst mogelijke regionale markt waarop zorgverzekeraars een verzekeringspolis kunnen aanbieden. Om deze reden bekijkt de NZa de marktaandelen van de zorgverzekeraars ook op provinciaal niveau²².

Met name in de provincie Friesland zal door de concentratie van partijen de markt sterk concentreren. Op dit moment heeft De Friesland al een marktaandeel van [60-70]% en is daarmee vanzelfsprekend de grootste speler in de markt. Achmea is bovendien de op één na grootste speler in de markt met een marktaandeel van [10-20]%. Indien de concentratie doorgaat zullen partijen samen een marktaandeel verkrijgen van [70-80]%. Andere spelers op deze markt zijn UVIT ([10-20]%), CZ ([0-10]%), Menzis ([0-10]%) en ONVZ ([0-10]%). De overige spelers hebben ieder een kleiner marktaandeel dan [0-10]%.

²² Of de geografische markt ook een andere grootte kan hebben dan landelijk of provinciaal laat de NZa in deze zienswijze in het midden.

Op regionaal niveau is als gevolg van de voorgenomen concentratie een sterke tot zeer sterke stijging van de HHI waar te nemen in drie provincies. In Friesland stijgt de HHI van 4555 naar 6321 (delta HHI is 1766), in Drenthe stijgt de HHI van 3697 naar 3905 (delta HHI is 207) en in Flevoland stijgt de HHI van 3786 naar 4000 (delta HHI is 214).

Indien er sprake zou zijn van een regionale markt voor zorgverzekeringen zou de provincie Friesland een zeer geconcentreerde markt zijn met een speler die na de concentratie [70-80]% van de markt in handen heeft. Daarbij komt dat als gevolg van de concentratie tussen de grootste en één na de grootste verzekeraar de restconcurrentie ook aanzienlijk zal afnemen. Er zal immers maar één partij overblijven met meer dan tien procent marktaandeel (UVIT, [10-20]%).

3.4.3 Tussenconclusie

De NZa is van mening dat indien de markt landelijk zou zijn de kans op gecoördineerde effecten als gevolg van de concentratie waarschijnlijk niet zal toenemen. Indien de markt voor zorgverzekeringen in Friesland regionaal zou zijn constateert de NZa dat partijen als gevolg van de concentratie in Friesland een sterke positie krijgen. De NZa gaat daarom in deze zienswijze dieper in op de mogelijke negatieve gevolgen voor de publieke belangen indien de zorgverzekeringsmarkt zich regionaal zou ontwikkelen

In de NMa monitor Financiële Sector uit 2005 en 2006 wordt beschreven hoe een zogenaamde 'regionaal mechanisme' invloed uitoefent op de geografische dimensie van de zorgverzekeringsmarkt. In het volgende hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

4. Het regionale mechanisme

4.1 Werking van het regionale mechanisme

Het regionale mechanisme werkt als volgt. Wanneer een zorgverzekeraar een sterke positie op een (lokale) markt heeft en daarom in staat is substantiële inkoopvoordelen te bedingen en deze (deels) ook door te geven aan zijn verzekerden in die regio, zal deze zorgverzekeraar extra aantrekkelijk worden voor verzekerden in de regio. Hoewel deze voordelen op zichzelf als positief zijn te waarderen, wordt hiermee tevens de positie van de sterke regionale verzekeraar verder verstevigd. Immers, doordat andere verzekeraars met minder verzekerden en eventuele nieuwe toetreders niet of veel minder in staat zijn vergelijkbare voordelen te bedingen, kan de sterke regionale zorgverzekeraar verzekerden winnen van de andere zorgverzekeraars. Dit heeft tot gevolg dat de sterke regionale zorgverzekeraar steeds groter wordt en steeds meer inkoopvoordelen kan behalen. Wanneer het verschil tussen de (inhoud van de) polis van de regionaal sterke zorgverzekeraar én de polissen de andere zorgverzekeraars zo groot is kan dit tot gevolg hebben dat verzekerden de polissen van andere zorgverzekeraars niet meer als alternatief zien. Op dat moment is het mogelijk dat dit de regionaal sterke zorgverzekeraar in staat stelt slechts een gedeelte van de behaalde inkoopvoordelen daadwerkelijk aan zijn verzekerden door te geven, terwijl tegelijkertijd de concurrentie dan wel de toetreding van andere verzekeraars nog steeds wordt tegengegaan. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de publieke belangen.

In de voorliggende concentratie waarbij de grootste zorgverzekeraar in de provincie Friesland met de op-één-na grootste zorgverzekeraar samengaat verkrijgen partijen een zeer sterke positie. Indien het regionale mechanisme zou werken in Friesland leidt dit hiernaast mogelijk ook nog tot een verdere groei van partijen in Friesland.

De aannemelijkheid van het regionale mechanisme is afhankelijk van twee ondersteunende factoren én van het ontbreken van een vier doorkruisende factoren. De factoren die de aannemelijkheid van het regionale mechanisme ondersteunen zijn:

1. Positief verband tussen het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in een bepaalde regio en de inkoopmacht die deze verzekeraar kan ontwikkelen;
2. Behaalde inkoopvoordelen kunnen worden doorgegeven aan de verzekerden in de desbetreffende regio.

Er zijn vier factoren die, indien aanwezig, de waarschijnlijkheid van het bestaan van het regionale mechanisme verminderen:

1. Veel verzekerden stappen over op andere zorgverzekeraars;
2. Er worden veel polissen zonder gecontracteerde zorg verkocht;
3. Er bestaan veel bovenregionale collectiviteiten;
4. Regionale zorgaanbieders onderhandelen veel met kleine zorgverzekeraars.

In de volgende alinea's zal de NZa ingaan op de ondersteunende en doorkruisende factoren van het regionale mechanisme.

4.2 Ondersteunende factoren

Wanneer wordt ingegaan op de ondersteunende factoren zal de NZa zich richten op de inkoopvoordelen die behaald kunnen worden bij ziekenhuiszorg omdat dit een aanzienlijk deel van de zorgkosten²³ van zorgverzekeraars beslaat en daardoor een belangrijke kostenpost is voor zorgverzekeraars.

Hierbij is het volgende relevant. Bekostiging van de ziekenhuiszorg valt uiteen in een A-segment en in een B-segment. Op macro niveau besloeg de omzet van ziekenhuiszorg in 2009 voor ongeveer 25%²⁴ uit zorg die valt onder het B-segment en voor ongeveer 75% uit zorg die valt onder het A-segment. Voor het B-segment van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en ZBC's sinds 2005 met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Bij de inkoop van zorg uit het B-segment is het dus mogelijk voor ziekenhuizen om zich te onderscheiden. Voor de zorg uit het A-segment wordt met ziekenhuizen over de hoogte van het budget onderhandeld door de regionaal twee grootste zorgverzekeraars. De afspraken die zij maken voor de zorg uit het A-segment gelden in principe ook voor alle andere zorgverzekeraars. Het model waarin de twee grootste zorgverzekeraars in de regio onderhandelingen voeren voor alle andere zorgverzekeraars wordt ook wel het 'representatiemodel' genoemd²⁵. In deze setting is het voor zorgverzekeraars bijna niet mogelijk om inkoopvoordelen (ten opzichte van andere zorgverzekeraars) te behalen en zich zodoende te

²³ Uit de Jaarstaten zorgverzekeraars over 2009 blijkt dat ongeveer 54% van de zorg die zorgverzekeraars op grond van de Zvw inkopen ten behoeve van de basisverzekering bestaat uit ziekenhuiszorg.

²⁴ Bron: jaarstaten ziekenhuizen 2009

²⁵ Naast het A-segment van de ziekenhuiszorg wordt het representatiemodel ook toegepast in de inkoop van curatieve zorg bij gebudgetteerde GGZ-instellingen.

onderscheiden. Wanneer in de volgende alinea's gesproken wordt over inkoopvoordelen die zorgverzekeraars behalen en doorgeven geldt dit alleen voor zorg uit het B-segment. Voor meer informatie over het bovenstaande zie de www.nza.nl²⁶.

Voor de toekomst is het volgende van belang. In het regeerakkoord 'Vrijheid en Verantwoordelijkheid' uit 2010 staat de wens om het B-segment uit te breiden. Dat zou betekenen dat voor die zorg (die op dit moment nog wordt gefinancierd op basis van budgetten) zal worden gefinancierd op basis van prestatiebekostiging²⁷. Op het moment dat daadwerkelijk hiertoe wordt overgegaan is de NZa van mening dat onderhandelen door middel van het representatiemodel zich hiermee niet verdraagt²⁸. De NZa vindt dan ook dat het representatiemodel moet worden afgeschaft indien wordt overgegaan tot invoering van prestatiebekostiging. Vanaf dan zullen er voor zorgverzekeraars meer mogelijkheden zijn om zich te onderscheiden op het A-segment. Vooralnog is dit echter niet aan de orde.

4.2.1 Positief verband aantal verzekerden en inkoopmacht

Het is voor de werking van het regionale mechanisme een voorwaarde dat de regionaal sterke zorgverzekeraar inkoopvoordelen kan behalen bij het inkopen van zorg. Immers, indien dit niet het geval is kan deze zorgverzekeraar zich niet onderscheiden ten opzichte van andere zorgverzekeraars. Inkoopvoordelen kunnen zich uiten in het betalen van een lagere prijs voor zorg dan andere zorgverzekeraars of het behalen van andere niet-prijs gerelateerde voordelen zoals een betere service voor de eigen verzekerden of kortere wachttijden.

In het blad TPEdigitaal²⁹ staat het artikel '*Hoe beïnvloedt gereguleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?*' van Sylvia Meijer, Rudy Douven en Bernard van den Berg waarin een literatuurstudie wordt gemaakt van mogelijke competitieve effecten uit de ziekenhuismarkt in de Verenigde Staten. Deze effecten worden vervolgens door middel van interviews besproken met zeven Nederlandse ziekenhuisdirecteuren. "*Uit de interviews volgde dat ziekenhuizen de onderhandelingen in het B-segment ingaan met een eigen prijs. Deze prijs is gebaseerd op een eigen kostprijsmethode, de schoningsprijzen³⁰, ontwikkeld door de Nederlandse Zorgautoriteit en de geobserveerde prijzen van hun concurrenten. Veel ziekenhuizen differentiëren daarbij hun prijzen naar verzekeraar. Volgens de bestuursvoorzitters is het marktaandeel van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis daarbij een belangrijke factor.*"³¹ Ziekenhuisdirecteuren geven dus aan dat de grootte van een zorgverzekeraars van invloed is op de prijs die kan worden uitonderhandeld met ziekenhuizen.

²⁶ Zie bijvoorbeeld: 'Marktscan medisch specialistische zorg 2010 - tussenrapportage deel 2'.

²⁷ Ook voor de financiering van gebudgetteerde GGZ-instellingen onderzoekt de NZa kan gaan worden gefinancierd op basis van prestatiebekostiging. Mogelijk zullen zorgverzekeraars dan ook bij de inkoop van curatieve GGZ-zorg zich gaan kunnen onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

²⁸ Zie NZa visiedocument 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen' op www.nza.nl.

²⁹ TPEdigitaal is een wetenschappelijk tijdschrift voor economische theorie en beleid. Het artikel is te vinden op de website <http://www.tpedigitaal.nl>.

³⁰ Schoningsprijzen zijn prijzen waarvoor de budgetten van ziekenhuizen zijn geschoond op het moment dat zorg met uit het A-segment (uit het budget) naar het B-segment werd overgeheveld.

³¹ Zie TPEdigitaal 2010 jaargang 4 (1) blz. 39-49

Ditzelfde beeld komt naar voren in het artikel '*Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands*'³². Hierin wordt onderzocht hoe concentratie en marktaandelen op de ziekenhuis en verzekeringsmarkt de contractprijzen van ziekenhuizen beïnvloeden. In het onderzoek wordt data gebruikt uit 2005 en 2006, de eerste twee jaar van onderhandelingen in het B-segment. Het model verklaart de variatie van prijs – kosten marge van ziekenhuizen door onder andere respectievelijke marktaandelen van ziekenhuizen en verzekeraars. In het artikel wordt geconcludeerd dat een hoog marktaandeel van het ziekenhuis positief effect heeft op de marge van het ziekenhuis, terwijl een hoog marktaandeel van de verzekeraar de marge van het ziekenhuis verlaagt. Dit betekent dat verzekeraars met een groter marktaandeel lagere prijzen kunnen uitonderhandelen³³.

De NZa heeft een analyse uitgevoerd aan de hand van contractprijzen van DBC's in het B-segment voor de jaren 2007 en 2008. De NZa heeft hierbij gekeken of De Friesland in de provincie Friesland een lagere contract prijs heeft kunnen uitonderhandelen dan de andere zorgverzekeraars. Om dit te bepalen heeft de NZa voor elke zorgaanbieder en voor elke DBC de contractprijs van De Friesland vergeleken met de contractprijs van de overige zorgverzekeraars. Daarbij heeft de NZa (per DBC en per zorgaanbieder) de contractprijzen van de overige zorgverzekeraars uitgedrukt als percentages van de bijbehorende contractprijzen van De Friesland. Deze percentages zijn opslagpercentages op de contractprijzen op de contractprijzen van de Friesland. Aan de hand van deze opslagpercentages heeft de NZa het gewogen gemiddelde opslagpercentage van alle zorgverzekeraars berekend. Uit deze berekening volgt dat in het jaar 2007 respectievelijk 2008 het gewogen gemiddelde opslagpercentage op de prijs van zorgverzekeraar De Friesland [...] respectievelijk [...] is. Hieruit kunnen we concluderen dat, gemiddeld genomen, De Friesland een statistisch significante korting van respectievelijk [...] en [...] (ten opzichte van andere zorgverzekeraars) heeft kunnen uitonderhandelen bij de ziekenhuizen in provincie Friesland in het jaar 2007 en 2008.

Het beeld dat naar voren komt bij bovenstaande twee artikelen en de analyse die de NZa heeft gedaan is dat grote zorgverzekeraars in staat zijn inkoopvoordelen te behalen. Hierbij dient het volgende te worden opgemerkt. Het bovenstaande beeld zegt *enkel* iets over de mate van concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling en *niets* over de machtverhoudingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderling. Immers er worden geen uitspraken gedaan over de hoogte van de met de ziekenhuizen onderhandelde prijzen ten opzichte van andere ziekenhuizen. Met andere woorden, of de ziekenhuizen *hoge of lage* prijzen krijgen is niet vast te stellen op basis van het bovenstaande, het enige wat kan worden geconcludeerd is dat grotere zorgverzekeraars *lagere* prijzen kunnen uitonderhandelen dan kleinere zorgverzekeraars.

Op basis van het bovenstaande concludeert de NZa voorlopig dat het voor grote zorgverzekeraars en voor De Friesland mogelijk is om prijsvoordelen te behalen bij de inkoop van zorg in het B-segment. De

³² R.S. Halbersma, M.C. Mikkers, E. Motchenkova, I. Seinen: Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands, Eur J Health Econ, Sept 2010. Zie <http://www.springerlink.com/content/477hx26326t61467/fulltext.pdf>.

³³ Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van studies in de Verenigde Staten. De hoogte van kortingen die grote verzekeraars ontvangen is in Nederland echter veel lager dan in de VS. Het verschil in kortingen die kleine en grote verzekeraars ontvangen is wel statistisch significant maar klein. Een reden hiervoor kan zijn dat verzekeraars en ziekenhuizen nog weinig ervaringen hadden met onderhandelingen in de eerste jaren (2005-2006).

NZa heeft op dit moment geen inzicht in eventuele niet-prijs gerelateerde inkoopvoordelen die kunnen worden behaald. Mogelijk kan hier nader onderzoek naar plaatsvinden in een eventuele vergunningsfase.

4.2.2 Inkoopvoordelen kunnen worden doorgegeven

De tweede veronderstelling ziet op de doorgifte van behaalde onderhandelingsvoordelen aan verzekerden. Het mechanisme werkt het sterkst als voordelen die worden behaald op regionale inkoopmarkten ook worden doorgegeven aan verzekerden in de desbetreffende regio³⁴.

In de toekomst zouden partijen zonder veel moeite een polis kunnen opstellen alleen voor inwoners van de provincie Friesland³⁵. In dat geval zou het doorgeven van behaalde inkoopvoordelen kunnen worden teruggegeven aan de verzekerden die in Friesland wonen. Op dit moment heeft De Friesland al twee verschillende polissen die regionaal gedifferentieerd zijn. De polis 'Noord Nederland'³⁶ en de polis 'Zuid Nederland'³⁷.

Op dit moment is het zo dat van de verzekerden van De Friesland [...] de 'Noord Nederland' polis en [...] van de verzekerden de 'Zuid Nederland' polis heeft. Verzekerden die wonen in de provincie Friesland hebben, indien zij verzekerd willen zijn bij De Friesland, op dit moment alleen de mogelijkheid om de polis 'Noord Nederland' af te sluiten indien zij verzekerd willen zijn bij De Friesland. Indien partijen in de toekomst de in Friesland behaalde inkoopvoordelen willen doorgeven aan de verzekerden in Friesland dan kan dit via de 'Noord Nederland' polis die De Friesland op dit moment al in de markt heeft. Op deze wijze verwatert er wel een gedeelte van deze voordelen omdat niet alleen de inwoners profiteren maar ook de inwoners van de andere provincies waarvoor de 'Noord Nederland' polis geldt. Aangezien [...] van de verzekerden die de 'Noord Nederland' polis heeft in de provincie Friesland woont is dit effect echter minimaal.

De NZa concludeert dat partijen, zowel in de toekomst als op dit moment, in staat zijn behaalde inkoopvoordelen in het B-segment voor een groot gedeelte terug te geven aan de verzekerden in Friesland.

4.2.3 Tussenconclusie

De NZa heeft in het voorgaande vastgesteld dat het voor grote zorgverzekeraars mogelijk is om prijsvoordelen te behalen bij de inkoop van zorg in het B-segment. De door de NZa uitgevoerde analyse laat zien dat De Friesland ook daadwerkelijk lagere prijzen heeft uitonderhandeld met ziekenhuizen in Friesland dan andere zorgverzekeraars. Daarnaast stelt de NZa vast dat het voor partijen mogelijk is om een groot gedeelte van deze behaalde inkoopvoordelen terug te geven aan de verzekerden in Friesland. De NZa concludeert dat de marktomstandigheden voor het regionale mechanisme in Friesland niet ongunstig lijken.

³⁴ In deze zienswijzen wordt niet nader geanalyseerd in welke mate de inkoopvoordelen die verzekeraars behalen aansluiten bij de preferenties die verzekerden hebben. In een eventuele vergunningsfase kan hier mogelijk nader onderzoek naar worden gedaan.

³⁵ Het staat zorgverzekeraars, en dus ook De Friesland, vrij om polissen te maken voor één provincie. Verzekeraars met meer dan 850.000 verzekerden dienen daarnaast echter wel ten minsten één polis aan te bieden aan verzekerden van de overige provincies.

³⁶ Deze polis is alleen beschikbaar voor de inwoners van de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel.

³⁷ Deze polis is alleen beschikbaar voor inwoners van de provincies Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Utrecht, Zuid-Holland, Zeeland.

4.3 Doorkruisende factoren

Hieronder zal worden ingegaan op de factoren die, indien zij zich voordoen, de waarschijnlijkheid van het zich voordoen van een regionaal mechanisme doorkruisen.

4.3.1 Overstappen op andere zorgverzekeraar

Wanneer veel verzekerden jaarlijks overstappen op een zorgverzekeraar die regionaal een minder sterke positie heeft is dit een indicatie voor het bestaan van een landelijke markt en doorkruist dit het regionale mechanisme. Immers, wanneer veel verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar beschouwen zij blijkbaar polissen van verschillende zorgverzekeraars als alternatieven. Naast het feitelijke overstapgedrag van verzekerden zijn de motieven die verzekerden hebben om over te stappen relevant voor de vraag in hoeverre sprake is van een regionale of landelijke markt. Hieronder zal eerst ingegaan worden op het feitelijke overstapgedrag en daarna op motieven van verzekerden.

De NZa beschikt over informatie over het aantal verzekerden dat jaarlijks overstapt op een andere zorgverzekeraar. In 2006, na de introductie van het nieuwe zorgstelsel stapte 17,8% van de verzekerden over naar een nieuwe zorgverzekeraar. Dit percentage lag alleen in het introductiejaar zo hoog. In 2007 stapten 4,4% van de verzekerden over, in 2008 was dit 3,6%, in 2009 3,6% en in 2010 stapte 4,3% van de verzekerden over op een nieuwe zorgverzekeraar.

De marktaandelen van De Friesland in Nederland en in Friesland over de jaren 2006 tot en met 2010 staan weergegeven in Tabel 1. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat over de afgelopen vijf jaar het marktaandeel van De Friesland [...].

Tabel 1. Totaal aantal verzekerden en marktaandeel van De Friesland binnen Nederland en de provincie Friesland

	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal verzekerden	484.208	499.161	499.621	502.707	498.242
Nederland	3,06%	3,10%	3,06%	3,06%	3,02%
Friesland	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%

Bron: Vektis gegevens

In de publicatie '*Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*' uit 2009 rapporteert Nivel over de mobiliteit van verzekerden³⁸. Hieronder zullen enkele van de belangrijkste conclusies worden genoemd.

- Slechts een beperkt aantal verzekerden (1 op de 11) zoekt naar een andere zorgverzekering.
- De verzekerden die niet overstappen doen dit omdat ze tevreden zijn met de dekking van de totale polis. Nivel noemt hierbij dat het opvallend is dat door de jaren heen de dekking van de aanvullende polis steeds vaker wordt genoemd als reden om te blijven.
- Verzekerden blijven barrières voelen voor het wisselen van zorgverzekeraar. Bijna 1 op de vijf verzekerden geeft aan dat ze het

³⁸ Zie www.nivel.nl

teveel moeite vinden kosten om te zoeken naar een andere, betere of goedkopere zorgverzekeraar.

- Wanneer verzekerden wel overstappen zijn de premie van de totale polis en de dekking van de aanvullende verzekering de belangrijkste redenen om over te stappen.

Uit het bovenstaande is niet direct een conclusie te trekken over de vraag of dit de werking van het regionale mechanisme doorkruist. Aan de ene kant lijkt het regionale mechanisme ondersteund te worden door het feit dat weinig verzekerden zoeken naar een andere zorgverzekering en dat verzekerden barrières voelen bij het overstappen. Aan de andere kant kijken de verzekerden die wel overstappen voornamelijk naar de prijs van de polis wat het bestaan van landelijke markten eventueel meer waarschijnlijk maakt.

De NZa kan op basis van het bovenstaande niet concluderen dat de dynamiek in de markt dusdanig is dat dit het bestaan van regionale markten onmogelijk maakt.

4.3.2 Veel polissen zonder gecontracteerde zorg

Wanneer zorgverzekeraars via het aangaan van contracten afspraken maken met zorgaanbieders zal een regionaal sterke zorgverzekeraar zich hiermee kunnen onderscheiden van andere zorgverzekeraars waardoor het mogelijk is dat het regionale mechanisme zich kan voordoen. Door de positie van de regionaal sterke zorgverzekeraar en het relatief groot aantal verzekerden die hij vertegenwoordigt, is het voor zorgaanbieders aantrekkelijker afspraken te maken met deze zorgverzekeraar dan met andere kleinere zorgverzekeraars. Bovendien is het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker om aanvullende afspraken over bijvoorbeeld kwaliteit te maken met zorgaanbieders die veel verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraars behandelen. Het aantal verkochte natura-, restitutie- en combinatiepolissen lijkt op het eerste gezicht een goede indicator voor de mate waarop er op dit moment zorg wordt gecontracteerd. Bij een naturapolis lijkt er altijd sprake van gecontracteerde zorg, bij een restitutiepolis lijkt er nooit sprake van gecontracteerde zorg en de combinatiepolis lijkt hiertussen in te zitten. In de praktijk blijkt echter dat de mate van gecontracteerde zorg slechts gedeeltelijk kan worden afgeleid van het aantal verkochte natura-, restitutie- en combinatiepolissen. Dit zal hieronder worden toegelicht. Daarna zal worden ingegaan op het landelijk beeld van het aantal en type verkochte polissen. Tot slot zal worden ingegaan op de type polissen die De Friesland en Achmea op dit moment in de markt hebben.

4.3.2.1 Natura-, restitutie- en combinatiepolis

Het onderscheid tussen natura-, restitutie- en combinatiepolissen zit hoofdzakelijk in de rechtspositie van de verzekerde ten opzichte van de zorgverzekeraar.

Een naturapolis geeft de verzekerde recht op zorg, ongeacht of de zorgverzekeraar die zorg in eigen beheer verleent of contractueel door zorgaanbieders laat verlenen. De keuze van de verzekerde is per definitie beperkt tot het eigen of het gecontracteerde zorgaanbod van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de geleverde zorg ten aanzien waarvan hij een contract heeft gesloten met de zorgaanbieder.

Een restitutiepolis geeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling, ongeacht of de verzekerde vrij is in zijn keuze van zorgaanbieders of alleen zorg van gecontracteerd aanbod afneemt. Als de polis voorziet in niet-gecontracteerd zorgaanbod,

dan mag de zorgverzekeraar er vanuit gaan dat de verzekerde zelf let op de kwaliteit van de zorg. De zorgverzekeraar is hier niet voor verantwoordelijk. Ook bij een restitutiepolis kan een zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders. Bij 'zuivere' restitutiepolissen kan een zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over betalingsregelingen. Bij restitutiepolissen met (deels) gecontracteerde zorg kan de zorgverzekeraar zijn verzekerde prikkelen om naar een voorkeursaanbieder te gaan. Bij een polis met gecontracteerde zorg hoeft, daar waar gecontracteerde zorg beschikbaar is, de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet 100% te zijn. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van de vergoeding.

Een zorgverzekering kan ook een combinatie van zowel prestaties in natura als prestaties op basis van restitutie bevatten. Er wordt dan gesproken van een combinatiepolis.

Bovenstaande geeft aan dat de vraag of zorg al dan niet gecontracteerd is (dit bepaald de mate vrijheid die verzekerden hebben), niet eenduidig is op te maken uit de vraag of verzekerden een natura-, restitutie of combinatiepolis hebben afgesloten. In plaats van alleen te kijken naar de vraag of een polis een natura, een restitutie of een combinatiepolis is kan beter worden gekeken naar de aard van de onderliggende zorgafspraken.

4.3.2.2 Aard van de zorgafspraken

In de bijlage bij de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010³⁹ is in een figuur weergegeven wat het percentage verzekerden is met 1) een polis met gecontracteerde zorg, 2) een polis met deels gecontracteerde zorg en 3) een polis zonder gecontracteerde zorg. Uit de figuur blijkt dat het aantal verzekerden met polissen zonder gecontracteerde zorg én het aantal polissen mét gecontracteerde zorg beiden afnamen in 2010. Het aantal polissen met gedeeltelijk gecontracteerde zorg is toegenomen.

De Friesland biedt in 2010 twee zorgverzekeringen aan, de eerder genoemde 'Zuid Nederland polis' en 'Noord Nederland polis'. Beide polissen zijn onderverdeeld in 23 zorgafspraken. Van deze 23 afspraken in de 'Zuid Nederland polis', zijn er 15 in natura, 4 in restitutie (100% vergoeding), 1 in restitutie met gecontracteerde zorg en 3 in deels natura/restitutie⁴⁰. De 'Noord Nederland polis' is eveneens onderverdeeld in 23 zorgafspraken. Van deze 23 afspraken zijn er 20 in natura. Drie zorgafspraken zijn onderverdeeld en worden deels in natura, deels in restitutieform gegeven.

Alleen De Friesland biedt regionale polissen aan, alle andere zorgverzekeraars bieden alleen polissen aan die voor alle inwoners van Nederland gelijk zijn. De inwoners van Friesland kunnen naast de 'Noord Nederland polis' van De Friesland kiezen voor elke andere landelijk aangeboden polis, zowel natura, restitutie alsook combinatie. In haar marktscan 2010, heeft de NZa geconstateerd dat er 15 combinatie-, 17 natura-, en 25 restitutiepolissen op de markt zijn (totaal 57). Van deze 25 restitutiepolissen bevatten 7 polissen in enige mate gecontracteerde zorg, 18 restitutiepolissen bevatten geen gecontracteerde zorg. Omdat natura- en combinatiepolissen altijd gecontracteerde zorg hebben, zijn er op de Nederlandse markt in 2010 18 polissen zonder gecontracteerde zorg, en 39 polissen met gecontracteerde zorg. Dit laatste aantal is

³⁹ Zie figuur 37 van de bijlage bij de 'marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010'. Deze is te vinden op www.nza.nl.

⁴⁰ Zo is in de 'Zuid Nederland' polis, de geestelijke gezondheidszorg onderverdeeld in eerstelijns en in specialistische geestelijke gezondheidszorg. Eerstelijns GGZ wordt vergoed op basis van restitutie, en specialistische GGZ op basis van natura.

inclusief de 2 combinatiepolissen van De Friesland. Uit informatie die de NZa jaarlijks opvraagt bij verzekeraars ten behoeve het monitoren van de zorgverzekeringsmarkt blijkt dat ongeveer 37% van de verzekerden een natura-polis heeft, ongeveer 24% heeft een restitutiepolis en 39% heeft een combinatiepolis.

Uit het bovenstaande concludeert de NZa dat er een groot aantal polissen op de Nederlandse en Friese markt is die in meer of mindere mate gecontracteerde zorg bevat en dat deze polissen ook door een groot aantal verzekerden worden afgenomen. Hieruit kan niet worden afgeleid dat het regionaal mechanisme niet zou kunnen werken.

4.3.3 Bestaan bovenregionale collectiviteiten

Het bestaan van veel bovenregionale collectiviteiten en het vaak overstappen op een andere zorgverzekeraar door collectiviteiten maakt het bestaan van het regionale mechanisme minder waarschijnlijk. Het bestaan van bovenregionale collectiviteiten maakt het immers niet mogelijk om regionale voordelen terug te geven aan de verzekerden in de regio. Wanneer collectiviteiten vaak wisselen van zorgverzekeraar maakt dit het bestaan van een landelijk markt waarschijnlijker omdat de collectiviteiten dan klaarblijkelijk niet zoveel hechten aan de regionaal sterke zorgverzekeraar.

In de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010 is geconcludeerd dat het aantal verzekerden met een collectieve verzekering jaarlijks groeit met 2%. Momenteel is ruim 64% van alle verzekerden collectief verzekerd.

Uit een analyse van de looptijd van de tien grootste collectieve contracten er zorgverzekeraar en het aantal verzekerden op die contracten blijkt dat 62% van de collectiviteiten al sinds 2006 een contract heeft met dezelfde zorgverzekeraar. Deze contracten omvatten 78% van het aantal collectief verzekerden.

Verder blijkt dat 62% van de collectief verzekerden is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit, minder dan 1% van de verzekerden is aangesloten bij een patiëntenvereniging en de overige 37% is aangesloten bij een collectiviteiten die uiteenlopen van verenigingen, vakbonden en coöperaties tot sociale diensten en internet collectiviteiten.

De NZa beschikt op dit moment niet over voldoende informatie om vast te kunnen stellen wat de aard is van werkgeverscollectiviteiten in de provincie Friesland. Het lijkt het aannemelijk dat collectiviteiten van patiëntenverenigingen vaak landelijk zijn. Van de overige collectiviteiten is onduidelijker of ze landelijk of regionaal zijn omdat de aard van de collectiviteiten erg verschilt. Echter, hiervan zal ook een gedeelte een regionaal karakter hebben. De NZa schat in dat er slechts een klein aantal collectiviteiten zo groot is dat ze landelijk worden aanbesteed. Er is nader onderzoek nodig om bovenstaande aannames te staven. De NZa beschikt op dit moment niet over deze informatie.

Het beeld dat hiervoor wordt geschetst is dat collectiviteiten voor een groot deel een regionaal karakter hebben en dat er ook niet veel verschuiving lijkt te zijn van collectiviteiten tussen zorgverzekeraars. Of dit in de praktijk zo is zal nader onderzoek moeten uitwijzen.

4.3.4 Zorgaanbieders onderhandelen met kleine zorgverzekeraars

De laatste factor die de ontwikkeling van regionale markten zou kunnen doorkruisen is wanneer zorgaanbieders naast het onderhandelen met grote zorgverzekeraars ook veel moeite steken in het onderhandelen met

de zorgverzekeraars die een relatief klein marktaandeel bij die zorgaanbieder hebben. Uit de resultaten uit het marktonderzoek dat de NMa heeft uitgevoerd maakt de NZa op dat het aannemelijk is dat zorgaanbieders minder moeite willen steken in onderhandelingen met zorgverzekeraars die een klein marktaandeel hebben.

4.3.5 Tussenconclusie

De NZa stelt in dit stadium vast dat het overstapgedrag ten aanzien van de verzekerden van De Friesland het regionale mechanisme op dit moment niet lijkt te doorkruisen. Daarnaast stelt de NZa vast dat een groot aantal polissen in meer of mindere mate gecontracteerde zorg bevat. Of collectiviteiten voornamelijk een regionaal karakter hebben en in welke mate zorgaanbieders onderhandelen met regionaal kleine zorgverzekeraars kan de NZa op dit moment niet vaststellen. Op basis van de gegevens die de NZa op dit moment ter beschikking heeft kan de NZa niet uitsluiten dat in de regio Noord Nederland een aantal risico's verbonden aan een regionale zorgverzekeringsmarkt zich kunnen voordoen.

Op basis van het bovenstaande kan de NZa niet uitsluiten dat het regionale mechanisme zich in de provincie Friesland voor kan doen. Wanneer partijen, indien de voorgenomen concentratie doorgang zou vinden, in Friesland een sterkere positie verkrijgen dan De Friesland op dit moment al heeft zou dit het ontwikkelen van het regionaal mechanisme waarschijnlijker maken. Immers, door de toegenomen grootte en daarmee macht van partijen zouden meer inkoopvoordelen kunnen worden behaald dan De Friesland op dit moment reeds kan behalen. Hiermee wordt de werking van het regionale mechanisme versterkt.

5. Gevolgen voor de publieke belangen

Bovenstaande analyse laat zien dat de factoren die het regionale mechanisme ondersteunen aanwezig zijn en dat er tegelijkertijd vooralsnog geen of onvoldoende bewijs is dat de factoren die het mechanisme doorkruisen aanwezig zijn.

Door de voorgenomen concentratie kunnen partijen de inkoopmacht op de zorginkoopmarkt vergroten. Zoals reeds eerder toegelicht in paragraaf 2.3 hoeft inkoopmacht van zorgverzekeraars in beginsel geen probleem te zijn en kan het mogelijk zelfs werken in het belang van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Voorwaarde hiervoor is dat de concurrentie op zorgverzekeringsmarkt voldoende is zodat inkoopvoordelen worden doorgegeven aan de consument.

De voorliggende concentratie van de grootste zorgverzekeraar in de provincie Friesland met de op-één-na grootste zorgverzekeraar kan tot gevolg hebben dat er onvoldoende concurrentie overblijft op de zorgverzekeringsmarkt in Friesland. De concentratie heeft namelijk tot gevolg dat De Friesland, met een marktaandeel van [60-70]% in de provincie Friesland samengaat met Achmea met een marktaandeel van [10-20]%. Door de concentratie valt de grootste concurrent van De Friesland weg en verkrijgen partijen samen een marktaandeel van [70-80]%. Indien het regionale mechanisme zou werken in Friesland leidt dit hiernaast mogelijk ook nog tot een verdere groei van partijen in

Friesland. Zorgaanbieders in Friesland zullen sterk afhankelijk zijn van deze speler waardoor partijen in staat zullen zijn aanzienlijk gunstigere prijzen of voorwaarden uit te onderhandelen dan andere zorgverzekeraars. Doordat een polis van partijen aanzienlijke voordelen biedt voor verzekerden zullen zij zich de polissen van andere zorgverzekeraars niet meer als een alternatief zien. Indien dit aan de orde is hebben partijen de mogelijkheid:

1. de prijs van de zorgverzekering verhogen zonder dat hier een hogere kwaliteit tegenover staat;
2. met zorgaanbieders afspraken te maken over het leveren van lagere kwaliteit (langere wachttijden, minder service) aan verzekerden van partijen in ruil voor een lagere prijs;
3. in te zetten op scherpe prijsonderhandelingen met zorgaanbieders. Omdat zorgaanbieders niet om partijen heen kunnen is het mogelijk dat zij zich genoodzaakt voelen om de kwaliteit van zorg voor iedereen te verschromen. Indien dit gebeurt kan de kwaliteit van zorg verschromen voor alle inwoners van Friesland, ook die verzekerden die verzekerd zijn bij een andere zorgverzekeraar.

In al deze gevallen zullen partijen de inkoopvoordelen die zij behalen niet (geheel) hoeven door te geven aan de consument omdat andere zorgverzekeraars op de markt in de provincie Friesland niet kunnen concurreren.

Bovenstaande negatieve gevolgen zullen zich alleen kunnen voordoen indien verzekerden de andere zorgverzekeraars niet meer als alternatief zien of als andere zorgaanbieders geen betere voorwaarden dan aan partijen, willen of kunnen bieden aan andere partijen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren indien partijen erin slagen om exclusieve afspraken (bijvoorbeeld ten aanzien van wachtlijsten of nazorg) te maken met zorginstellingen. Deze afspraken zouden kunnen worden afgedwongen door de sterke positie van partijen. Het is echter ook mogelijk dat partijen (op de sterk geconcentreerde zorgverzekeringsmarkt) en zorgaanbieders (op een bepaalde geconcentreerde zorgmarkt) er een gezamenlijk belang bij hebben om onderlinge exclusieve afspraken te maken waardoor andere zorgverzekeraars worden uitgesloten.

Hoe waarschijnlijk het is dat het bovenstaande zich zal voordoen kan de NZa zonder nader onderzoek te doen niet inschatten. Om deze reden adviseert de NZa dat de NMa de voorgenomen concentratie voor nader onderzoek naar de vergunningsfase verwijst.

6. Conclusie

De NZa acht het mogelijk dat de concentratie van Achmea en De Friesland negatieve gevolgen heeft voor de publieke belangen. De NZa adviseert de NMa daarom om de mogelijke gevolgen van de concentratie nader te onderzoeken in de vergunningsfase.

Wanneer partijen, indien de voorgenomen concentratie doorgang zou vinden, in Friesland een sterkere positie verkrijgen dan De Friesland op dit moment al heeft, kan dit het bestaan van het regionaal mechanisme waarschijnlijker maken. Immers, door de toegenomen grootte en daarmee macht van partijen zouden meer inkoopvoordelen kunnen worden behaald dan De Friesland op dit moment reeds kan behalen.

Hiermee kan, als gevolg van de concentratie, de werking van het regionale mechanisme worden versterkt.

Indien de voorliggende concentratie in de vergunningsfase nader wordt onderzocht zal de NZa een zienswijze geven aan de NMa. De NZa kan daarin onder meer ingaan op de gevolgen van de concentratie op de relatieve (machts)posities van partijen en op de gevolgen op de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.