

Collectiviteiten en doelmatige zorginkoop

Een doel van collectieve contracten in de Zorgverzekeringswet is dat zorgverzekeraars zorg efficiënter gaan inkopen waardoor de premies omlaag kunnen. Een empirische analyse laat zien dat dit effect in het nieuwe zorgstelsel voor de jaren 2007 en 2008 niet werd waargenomen.

JAN BOONE

Hoogleraar aan de
Universiteit van Tilburg

RUDY DOUVEN

Wetenschappelijk mede-
werker bij het Centraal
Planbureau

ILARIA MOSCA

Docent aan de Universiteit
van Tilburg en wetenschap-
pelijk medewerker bij de
Nederlandse Zorgautoriteit

Sinds de hervorming van het Nederlandse zorgstelsel in 2006 bieden zorgverzekeraars individuele en collectieve contracten aan.

De overheid beoogde met deze hervorming de concurrentie onder verzekeraars te stimuleren om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. De collectieve contracten zijn voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om groepen van verzekerden binnen te halen. Zorgverzekeraars kunnen niet alleen met werkgevers maar ook met andere rechtspersonen een overeenkomst sluiten. Als gevolg zijn er naast werkgeverscollectiviteiten veel andere collectiviteiten op de markt, bijvoorbeeld via verenigingen, gemeentes en patiëntenorganisaties. De overheid mikte met collectieve contracten niet alleen op het versterken van de zorginkoop van zorgverzekeraars maar ook op een betere afstemming van het arbo- en verzuimbeleid door middel van op

maat gesneden verzekeringen via de aanvullende verzekering. Het geeft werkgevers meer stimuli om afspraken te maken over de ingekochte zorg voor hun werknemers. Vooral psychosociale hulp en fysiotherapie in relatie met ziekteverzuim spelen hierbij een belangrijke rol (NZa, 2008). Tevens geldt dat voor de basisverzekering verzekeraars bij deze zorgvormen kunnen inspelen op de wensen van collectiviteiten door gerichte polissen te ontwerpen. Enerzijds kunnen collectiviteiten daarmee de zorginkoop op een doelmatige manier organiseren, en anderzijds zijn ze beter dan individuele verzekerden in staat om invloed uit te oefenen op de verzekeraar zelf, en daarmee ook op de hoogte van de premie. De onderhandelingsmacht van een verzekeraar neemt toe naarmate hij meer van zijn verzekerden gericht kan sturen naar zorgaanbieders. Op die manier kan de verzekeraar druk uitoefenen op de zorgaanbieder en zo goedkopere en doelmatigere zorg proberen af te dwingen. De vraag is of een doelmatige zorginkoop van de grond komt en in hoeverre dit effect is te meten via de premiestelling bij collectieve contracten.

Collectiviteiten

Sinds 2006 is het percentage van collectieve verze-

kerden in Nederland sterk toegenomen. In 2005 had 29 procent van de bevolking een collectief contract met een zorgverzekeraar. Dit betrof voornamelijk het segment van de hogere inkomens in de particuliere verzekeringsmarkt. Door de invoering van het nieuwe zorgstelsel kwamen collectieve contracten ook beschikbaar voor de lagere inkomens en nam het aantal collectiviteiten sterk toe. In 2006 had 53 procent van de bevolking een collectief contract en dit aandeel steeg sindsdien gestaag naar 64 procent in 2010. Inmiddels zijn er meer dan vijftigduizend collectieve contracten op de markt. De meeste ervan worden via de werkgever afgesloten; in 2010 is 62 procent van de collectieve verzekerden aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit. De rest is aangesloten bij andersoortige collectiviteiten zoals open collectiviteiten, patiëntenorganisaties en pseudo-collectiviteiten via bijvoorbeeld vakbonden of een bank. De premie voor een collectief contract is lager dan een individueel contract. In 2006 lag de gemiddelde korting van een werkgeverscollectiviteit op 5,7 procent, en deze korting liep op naar 7,9 procent in 2010 (NZa, 2010a). De kortingen komen dus steeds meer in de buurt van het wettelijk maximum van tien procent.

De economische theorie over collectieve contracten is vooral afkomstig uit de Verenigde Staten. Veel problemen die in de Verenigde Staten optreden en het onderzoek naar de effecten van collectieve contracten bemoeilijken, doen zich in Nederland niet voor. Zo beperken collectieve contracten in de Verenigde Staten in belangrijke mate de mobiliteit op de arbeidsmarkt. Dit komt omdat de verschillen in de omvang van het verzekerde pakket, de voorwaarden en de prijs van collectieve contracten veel groter zijn dan in Nederland. Het veranderen van werkgever in de Verenigde Staten kan bijvoorbeeld impliceren dat de nieuwe werkgever familieleden niet meer meeverzekert of dat de aanspraken op verzekerde zorg veel kleiner worden. Vooral voor ongezonde families kan een switch van werkgever grote negatieve financiële consequenties met zich meebrengen. In Nederland spelen deze effecten nauwelijks een rol door de brede basisverzekering en het systeem van risicoverevening. Werkgevers in de Verenigde Staten ontvangen tevens fiscale voordelen bij het aanbieden van collectiviteiten. Ook dit speelt in Nederland niet omdat de werkgeversbijdrage in de Zorgverzekeringswet onafhankelijk is van het type contract dat de werknemers kiezen. Een nadeel van de brede basisverzekering in Nederland is wel dat er minder ruimte is voor zorgverzekeraars om polissen te differentiëren waardoor de ruimte voor verzekeraars om maatwerk te leveren kleiner wordt. Vanuit onderzoeksperspectief is dit een voordeel omdat collectieve contracten relatief homogeen zijn en prijsvergelijkingen dus zinvol.

Doelmatige zorg

Een van de belangrijkste doelstellingen van het nieuwe zorgstelsel is het stimuleren van een scherpe

zorginkoop door zorgverzekeraars. De hypothese is dat met grote collectiviteiten zorgverzekeraars meer druk kunnen uitoefenen op zorgaanbieders dan met individuele contracten. Voor een verzekeraar betekent een groot collectief contract echter niet altijd dat zijn onderhandelingspositie tegenover de zorgaanbieder sterker wordt. Zorgaanbieders opereren veelal lokaal of regionaal. Wanneer de verzekerden in de collectiviteit verspreid zijn over heel Nederland, of vooral wonen in gebieden waar een zorgverzekeraar weinig andere verzekerden heeft, dan zal zo een collectiviteit nauwelijks bijdragen aan de onderhandelingsmacht van een verzekeraar tegenover de zorgaanbieders. De inkoopmacht van een verzekeraar zal vooral groot zijn in gebieden waar een verzekeraar al veel individuele en collectieve verzekerden heeft. Volgens deze onderhandelingstheorie heeft een zorgverzekeraar hier meer onderhandelingsmacht; hij kan voor deze verzekerden makkelijker een lagere prijs en een doelmatige zorg bedingen en het voordeel deels aan zijn klanten doorgeven via een lagere premie (Sorensen, 2003). Vooral collectiviteiten met verzekerden in een gebied waar een verzekeraar al een groot marktaandeel heeft, zouden hiervan moeten profiteren. Dus in het bijzonder de premies van collectiviteiten die gesitueerd zijn in het werkgebied van de verzekeraar moeten dan het goedkoopst zijn omdat de zorgverzekeraar in dit gebied de sterkste onderhandelingspositie heeft.

Uit de Verenigde Staten is er bewijs dat verzekeraars invloed kunnen uitoefenen op zorgaanbieders en de doelmatigheid in de zorg kunnen verbeteren. Veel werkgeverscollectiviteiten sloten contracten af met *managed care*-organisaties. Hierbij worden verzekerden gestuurd naar geselecteerde, veelal efficiëntere en goedkopere, zorgaanbieders. Ook maakten *managed care*-organisaties afspraken met aanbieders over de doelmatigheid van de zorgverlening (Meijer *et al.*, 2010). Maar volgens Porter en Olmsted Teisberg (2006) leveren collectiviteiten geen welvaartswinst op. Weliswaar weten collectiviteiten lagere premies af te dwingen maar dat gaat alleen ten koste van de winst bij de zorgaanbieders. Het betreft dus slechts een verschuiving van het surplus, de zorg zelf wordt niet doelmatiger. Empirisch onderzoek naar doelmatige zorg in Nederland is schaars. De eerste kwalitatieve indrukken zijn dat zorginkoop amper scherper wordt, hoewel in de laatste jaren sprake is van een voorzichtige verbetering (NZa, 2009; 2010b). Ook uit de onlangs verschenen evaluatie van de Zorgverzekeringswet volgt dat zorgverzekeraars vooralsnog huiverig zijn om zorgaanbieders selectief te contracteren, omdat zij verwachten dat de beperking van de toegang tot niet gecontracteerde zorg bij verzekerden weinig populair zal zijn (ZonMw, 2009).

Methodologie

De kern is om empirisch na te gaan of verzekerden bij collectiviteiten die gelegen zijn in het werkgebied van een verzekeraar, lagere premies betalen dan verzekerden bij andere collectiviteiten. De hypothese die wordt gehanteerd is dat verzekeraars vooral voor deze collectiviteiten de zorg doelmatig kunnen inkopen en daarom voor die contracten een lagere premie zullen hanteren. In de literatuur worden ook andere factoren genoemd die een rol spelen bij de premiestelling van een collectief contract. Zoals eerder genoemd speelt het type collectiviteit een rol. Zo kunnen werkgeverscollectiviteiten wellicht grotere kortingen afdwingen dan open collectiviteiten. Het type verzekeraar kan een rol spelen. Nieuwe toetredende verzekeraars, voormalig particuliere verzekeraars of voormalig ziekenfondsen kunnen bijvoorbeeld andere strategieën hanteren met betrekking tot hun premiestelling. Ook is de verwachting dat grotere collectiviteiten een hogere korting kunnen afdwingen. Verder wordt als verklarende variabele meegenomen of verzekerden ook de mogelijkheid hebben om andere verzekeringen via de collectiviteit af te sluiten. Mogelijk belangrijke informatie over de precieze vormgeving van een collectief contract en de relatie met de aanvullende verzekering is helaas onbekend en is niet meegenomen in de analyse.

De data over de collectiviteiten zijn verzameld via een enquête bij 27 zorgverzekeraars voor de jaren 2007 en 2008. De zorgverzekeraars rapporteerden minimaal tien collectiviteiten met een marktaandeel groter dan één procent van hun totale populatie aan collectieve contracten. Daarnaast rapporteerden ze minimaal drie collectiviteiten die niet door een werkgever zijn afgesloten. Deze enquête resulteerde in een dataset van 375 collectieve contracten in 2007 en 312

collectieve contracten in 2008. Het onderzoek betreft dus een beperkt aantal collectieve contracten waarvan ongeveer de helft via een werkgever is afgesloten. Het betreft echter wel de grootste collectieve contracten want meer dan vier miljoen verzekerden zijn hierbij aangesloten. De empirische analyse betreft een lineair regressiemodel waarbij de premie van een collectief contract wordt verklaard aan de hand van de verklarende dummyvariabelen in tabel 1. Het teken dat behoort bij de variabele “een collectiviteit is gelegen in het werkgebied van een verzekeraar” identificeert of zorgverzekeraars hun onderhandelingsmacht tegenover de zorgaanbieders in hun werkgebied weten uit te buiten.

Resultaten

Tabel 1 laat de uitkomsten van de schattingen zien (Boone *et al.*, 2010). De resultaten worden weergegeven voor de jaren 2007 en 2008 gezamenlijk en voor ieder jaar afzonderlijk.

Tabel 1 laat zien dat gemiddeld genomen voormalige ziekenfondsen een 33 euro hogere premie hanteerden dan voormalige particuliere verzekeraars. Een belangrijke reden hiervoor is dat voormalige ziekenfondsen minder financiële reserves hadden dan de private zorgverzekeraars, vóór de hervorming in 2006. Ze waren dus niet in staat om dezelfde agressieve prijsstrategieën te gebruiken als de voormalige particuliere verzekeraars om nieuwe klanten aan te trekken. Ook blijkt dat vooral nieuwe zorgverzekeraars in 2008 marktaandeel probeerden te veroveren via een lage premie.

Verzekerden die aangesloten zijn bij collectiviteiten die bestaan uit meer dan duizend verzekerden betaalden gemiddeld genomen twaalf euro minder premie. Deze korting blijft ongeveer gelijk wanneer de omvang van een collectiviteit fors toeneemt. De redenen die in de literatuur voor deze collectiviteitskortingen worden gegeven zijn de lagere administratiekosten en een lagere risicopremie (Pauly en Percy, 2000). Via het poolen van verzekerden kunnen collectiviteiten hun risico's immers spreiden waardoor de verzekeraar een lagere risicopremie kan hanteren.

Werkgeverscollectiviteiten zijn significant goedkoper dan andere soorten collectiviteiten. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek van Schut en De Bruijn (2007) en de NZa (2010a). De verschillen zijn vrij stabiel en liggen rond de tien euro in de twee opeenvolgende jaren. Mogelijke kruissubsidies tussen de basis en de aanvullende verzekering kunnen deze korting van werkgeverscollectiviteiten verklaren. Veel werkgeverscollectiviteiten sluiten immers ook een aanvullende verzekering af, en het ligt voor de hand dat de zorgverzekeraar de

uiteindelijk korting op beide verzekeringen daar laat neerslaan waar de markt het meest transparant is voor de consument: de basisverzekering.

Opmerkelijk zijn de flink lagere premies van de verzekeraars die naast een zorgverzekering ook andere verzekeringen verkopen. De verschillen met verzekeraars die uitsluitend een zorgverzekering verkopen liggen rond de dertig en veertig euro. Een mogelijke verklaring hiervoor kunnen de kruissubsidies tussen de zorgverzekering en andere verzekeringen zijn. De zorgverzekering wordt dan als ingang gebruikt voor het verkopen van andere verzekeringen. De lagere premies in de zorg worden gecompenseerd door opbrengsten uit andere verzekeringsmarkten.

Doelmatige zorginkoop

Uit de schattingen volgt dat de collectiviteiten die gelegen zijn in het werkgebied van een verzekeraar gemiddeld genomen vijf euro meer betalen dan andere collectiviteiten. Hoewel de effecten niet groot zijn, is deze bevinding precies tegenovergesteld aan de hypothese dat deze collectiviteiten door een doelmatige inkoop van hun zorgverzekeraar juist een hogere korting zouden moeten krijgen. Deze hypothese wordt dus verworpen.

Er zijn wel andere plausibele verklaringen denkbaar voor deze hogere prijzen. Wanneer de marktmacht van een zorgaanbieder groter is dan van een zorgverzekeraar, omdat bijvoorbeeld zorgverzekeraars niet bij machte zijn om hun verzekerden te sturen naar alternatieve zorgaanbieders, worden de rollen omgedraaid en worden de premies juist hoger voor collectiviteiten die gelegen zijn in het werkgebied van een verzekeraar. Dit zou betekenen dat zorgverzekeraars nauwelijks inkoopmacht hebben en dat er via dat kanaal weinig te winnen is. Deze redenering zorgt wel voor een probleem omdat het vraagtekens plaats bij een van de belangrijke uitgangspunten van het nieuwe zorgstelsel, namelijk het doelmatig inkopen van zorg door verzekeraars.

Vanuit het perspectief van de vraag naar verzekeringen is de hogere prijs ook te verklaren. Dit is het geval wanneer collectiviteiten in het werkgebied van een verzekeraar minder prijselastisch zijn dan andere collectiviteiten. De historische achtergrond van het Nederlandse zorgstelsel maakt aannemelijk dat dit zo is. Vóór de hervorming in 2006 waren veel zorgverzekeraars monopolist in hun eigen regio. Nederlanders zijn niet geneigd om vaak van zorgverzekeraar te wisselen en vele verzekerden zijn daarom nog steeds aangesloten bij hun regionale zorgverzekeraar. Wanneer een verzekerde niet meer is aangesloten bij zijn regionale verzekeraar, is het waarschijnlijk dat deze verzekerde geswitcht is om redenen van prijs (Beest *et al.*, 2010). De minst prijselastische verzekerden zijn dus niet geswitcht en zijn nog steeds aangesloten bij hun regionale zorgverzekeraar.

Een derde verklaring is dat verzekerden blijven zitten bij hun regionale verzekeraars omdat het slechte risico's betreft. Door risicoselectie van verzekeraars,

Tabel 1

Schattingen van premies collectieve contracten.

	Alle data	2007	2008
Constance	1124,1**	1118,2**	1090,2**
Type zorgverzekeraar			
Voormalig ziekenfonds	33,1**	29,7**	33,9**
Voormalig ziekenfonds en particulier	-3,3	-8,4	0,9
Nieuwe verzekeraar	-17,2**	-9,9	-38,8**
Grootte collectief contract			
1000<grootte<10000	-12,0**	-7,7	-17,9**
10000<grootte	-11,6*	-6,6	-17,9**
Type collectiviteit			
Werkgeverscollectiviteit	-10,8**	-12,2**	-12,4**
Andere verzekeringen			
Zorg- en reisverzekering	-42,8**	-37,6**	-49,9**
Zorg- en andere verzekeringen	-29,9**	-31,1**	-28,6**
Ligging collectiviteit			
Collectiviteiten in werkgebied verzekeraar	5,5**	8,1*	4,6
Jaardummy 2008	-50,7**	-	-
R ²	0,63	0,36	0,59
Aantal observaties	687	375	312

* Significant op vijfprocent-niveau; ** significant op éénprocent-niveau.

bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering, zijn slechte risico's minder mobiel dan goede risico's en blijven daarom vaker bij hun regionale verzekeraar zitten. Ook dan zullen de premies voor regionale collectiviteiten hoger zijn dan andere collectiviteiten. Deze mogelijke verklaring wijst op een imperfect systeem van risicoverevening.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd te zijn dat er in de jaren 2007 en 2008 geen sprake is geweest van een doelmatige zorginkoop. Andere aspecten, zoals de aard van de collectiviteit, het type verzekeraar, de mate waarin collectiviteiten reageren op prijs of mogelijke kruissubsidies via andere verzekeringsmarkten, lijken een belangrijkere rol te spelen in de premiestelling van collectieve contracten.

De bevinding dat collectieven niet of nauwelijks leiden tot meer doelmatige zorginkoop werpt een nieuw licht op het rapport van de brede heroverweging (BHO, 2010) waar als maatregel wordt aangekondigd om de maximale grens van tien procent aan collectiviteitkorting los te laten. Ze gebruiken daarbij het argument dat dit tot meer doelmatigheid in de zorg zal leiden. De collectiviteitkortingen komen weliswaar steeds dichterbij de buurt van het wettelijk maximum van tien procent maar dat heeft voornamelijk weinig te maken met een doelmatigere zorgverlening.

Individuele premies

Individuele premies voor de basisverzekering zijn beduidend hoger dan voor collectiviteiten. Wanneer de gemiddelde korting van 7,9 procent bij werkgevercollectiviteiten, en een gemiddelde nominale premie van elfhonderd euro voor individuele verzekerden wordt gehanteerd, dan ligt de toeslag voor individuele contracten ruim boven de tachtig euro. Een goede verklaring voor deze grote verschillen in de premie ontbreekt nog in de literatuur. De korting is lastig te verklaren via de grootte van een collectief contract, immers de analyse toonde aan dat grotere collectiviteiten slechts een korting kregen van twaalf euro. Vanuit het perspectief van een doelmatige zorginkoop is het ook problematisch omdat dit aspect nog een geringe rol speelt. Het perspectief van de vraag naar verzekeringen helpt echter wel om dit prijsverschil te verklaren. Bekend is dat individuele verzekerden minder prijselastisch zijn dan collectief verzekerden (Douven *et al.*, 2007). Dit maakt duidelijk waarom de premiekorting tussen collectieve en individuele contracten de afgelopen jaren is toegenomen. De individuele verzekerdenmarkt wordt steeds kleiner en het ligt voor de hand dat juist de minst prijselastische verzekerden in die markt blijven zitten. Gezien het grote aantal open collectiviteiten bestaat er immers voor iedere prijsbewuste verzekerde wel een mogelijkheid om zich aan te sluiten bij een goedkoper collectief contract. Verder blijkt uit het onderzoek van Boone *et al.* (2010) dat een verzekeraar met relatief veel collectiviteiten in zijn eigen werkgebied een relatief lagere individuele premie stelt, vergeleken met een ver-

zekeraar met weinig van deze collectiviteiten. De gevonden premiekortingen liggen tussen de nul tot dertig euro, afhankelijk van de totale omvang van de collectiviteiten. Deze bevinding past in de theorie dat zorgverzekeraars bij hun premiestelling rekening houden met de prijsgevoeligheid van individuele verzekerden. Immers, wanneer een verzekeraar relatief veel collectieve contracten in zijn werkgebied bezit, is het aantal individuele verzekerden in dat gebied relatief kleiner. Het verlagen van de premies op de individuele markt, om nieuwe individuele verzekerden te werven, wordt dan minder kostbaar voor een verzekeraar.

Conclusie

De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat zorgverzekeraars doelmatige zorg inkopen namens hun verzekerden. Alleen via een doelmatige zorgverlening kunnen de zorgkosten gedrukt worden waardoor de noodzaak om in te grijpen in de omvang van het basispakket of de hoogte van eigen risico's wordt gemitigeerd. De eerste kwalitatieve indrukken zijn dat collectieve contracten nog niet hebben geleid tot een doelmatigere zorginkoop. Deze indrukken worden bevestigd in dit empirisch onderzoek waaruit blijkt dat collectieve contracten in 2007 en 2008 nog weinig bijdroegen aan een toename van de welvaartswinst in de zorg. Hoewel er grote premieverschillen tussen collectieve contracten worden waargenomen, lijken deze verschillen niet bepaald te worden door doelmatiger inkopen van zorg maar door een herverdeling van het surplus in de zorg. Deze herverdeling wordt voor een belangrijk deel bepaald door de aard van de collectiviteit, het type zorgverzekeraar, de mate waarin collectiviteiten reageren op prijs of mogelijke kruissubsidies via andere verzekeringsmarkten.

LITERATUUR

- Beest, F. van, C. Lako en E. Sent (2010) *Waarom consumenten niet veranderen van zorgverzekeraar*. *ESB*, 95(4589), 426–428.
- BHO (2010) *Curatieve Zorg 2.0. Rapport brede heroverweging*, april.
- Boone, J., R. Douven, C. Dröge en I. Mosca (2010) *Health insurance competition; the effect of group contracts*. *CPB Discussion Paper*, 152.
- Douven, R., H. Lieverdink, M. Ligthart en I. Vermeulen (2007) *Measuring annual price elasticities in Dutch health insurance: a new method*. *CPB Discussion Paper*, 90.
- Meijer, S., R. Douven en B. van den Berg (2010) *Hoe beïnvloedt gereguleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?* *TPEdigitaal*, 4(1), 39–49.
- NZa (2008) *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008: ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2009) *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009: trends en acties van de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2010a) *Bijlage Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2010b) *Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Pauly, M. en A. Percy (2000) *Cost and performance: a comparison of the individual and group health insurance markets*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(1), 9–26.
- Porter, M. en E. Olmsted Teisberg (2006) *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Cambridge, Mass.: Harvard Business School Press.
- Schut, F.T. en D. de Brijn (2007) *Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sorensen, A.T. (2003) *Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut*. *Journal of Industrial Economics*, 51(4), 469–490.
- ZonMW (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Zoetermeer: Schulten.