



Een efficiënte ziekenfondsmarkt?

Auteur(s):

Brink, R.J., van den

De auteur is werkzaam bij de Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hij dankt zijn collega's voor waardevol commentaar.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4298, pagina 220, 9 maart 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Op welke wijze moet de zorgverzekeringsmarkt in de toekomst worden vormgegeven? Momenteel is de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperkt, met name op lokaal niveau. Verdere schaalvergroting in de zorg kan tot een oligopolistische markt leiden. Het al te sterk stimuleren van concurrentie kan echter leiden tot een verslechterde positie op de zorginkoopmarkt. Welke uitwegen zijn er uit dit dilemma?

In de komende jaren zal de politiek naar verwachting een keuze maken die bepalend zal zijn voor het besturingsmodel van de zorgmarkt. Een belangrijke vraag is welke rol de zorgverzekeraars daarbij zullen innemen. Concurrentie tussen de zorgverzekeraars is gewenst, maar niet op zo'n manier dat het de positie van de zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt verslechtert. Dit artikel gaat in op dit dilemma¹ en bekijkt daarbij eerst hoe afhankelijk de zorgverzekeraars van hun historisch werkgebied zijn. Vervolgens bekijkt het de mobiliteit van de ziekenfondsconsument en in de derde plaats de bedrijfstakconcentratie van de zorgverzekeraars. Het begrip 'zorgverzekeraars' slaat in dit artikel op de aanbieders van de verplichte ziekenfondsverzekering.

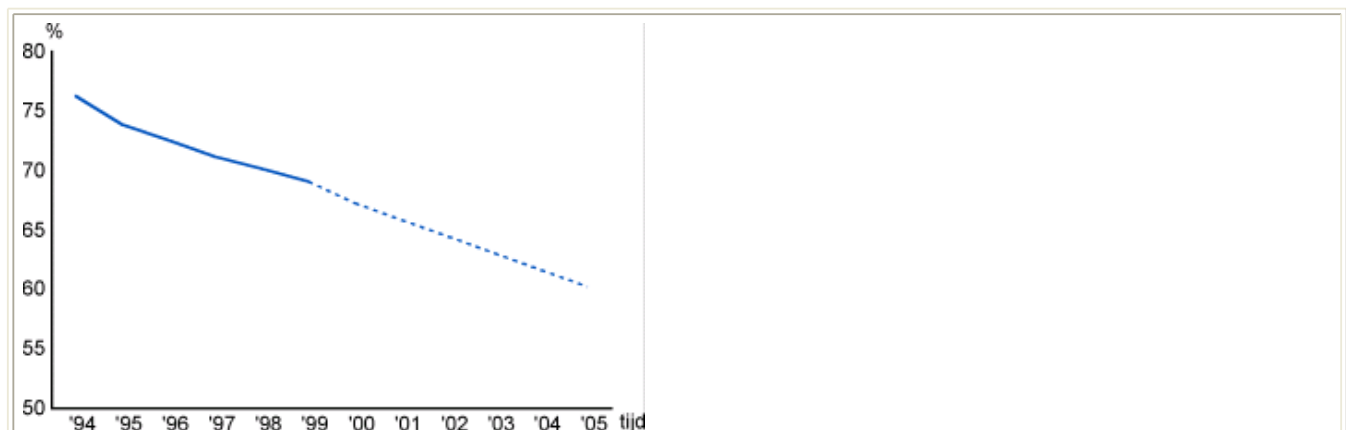
Eén markt met minder zorgverzekeraars

In 1992 woonden er in Nederland 9,3 miljoen ziekenfondsverzekerden, verdeeld over éénendertig zorgverzekeraars met een eigen historisch werkgebied. Tot 1992 was Nederland ingedeeld in zorgregio's waar slechts één zorgverzekeraar de ziekenfondsverzekering aanbood; een 'natuurlijk' monopolie. Een voordeel van het historische werkgebied was dat de zorgverzekeraar namens alle ziekenfondsverzekerden in de regio kon onderhandelen met de regionale zorgaanbieders over de beschikbare zorg. Een nadeel van dit systeem was dat de zorgverzekeraar van buitenaf geen prikkel ontving om de zorg efficiënt in te kopen. Immers, ontevreden verzekerden konden niet veranderen van verzekeraar, omdat er geen regionale concurrenten waren.

In 2001 is er nog maar één werkgebied ter grootte van 10,1 miljoen ziekenfondsverzekerden. Het ontstaan van de gezamenlijke markt bracht een golf van fusies op gang. Zo gingen verscheidene zorgverzekeraars samen in een holding en werden andere overgenomen. Ook traden tien nieuwe zorgverzekeraars toe tot de markt, waarvan er begin 2001 nog vier zelfstandig zijn. Hierdoor zijn er nu nog achttien zorgverzekeraarsgroepen actief in Nederland².

Teruglopende afzet in historisch werkgebied

In [figuur 1](#) is te zien dat de zorgverzekeraars voor hun afzet relatief gezien minder afhankelijk worden van verzekerden uit hun historische werkgebied. Naar verwachting komt in 2005 circa zestig procent van het verzekerdenbestand uit het historische afzetgebied. Bij een gelijkblijvende trend zal dit in 2012 voor het eerst minder zijn dan vijftig procent. De binding met de traditionele regio neemt vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraars af, maar draagt voorlopig nog bij aan meer dan de helft van het verzekerdenbestand.



Figuur 1. Percentage van de totale afzet van een zorgverzekeraar gehaald uit het historische werkgebied. In de figuur is de trend

Meeste consumenten 'kiezen' nog traditioneel

Uit [tabel 1](#) blijkt dat gemaakte keuzes in het verleden sterk doorwerken in het heden, maar aan kracht verliezen. De ziekenfondsconsument is nog grotendeels verzekerd bij de historische zorgverzekeraar. Zo is in 2001 nog gemiddeld 77 procent van de inwoners van een ziekenfondsregio verzekerd bij de grootste zorgverzekeraar in de regio. In 1994 was dit nog negentig procent. In zeven jaar tijd is dus dertien procent van de inwoners bij een andere verzekeraar verzekerd dan bij de grootste in de regio. Deze verschuiving hoeft niet te betekenen dat de consument bewust heeft gekozen. Zo kan een consument zijn verhuisd van ziekenfondsregio A naar B, maar trouw zijn gebleven aan zijn oude zorgverzekeraar. Wanneer we corrigeren voor het aantal verhuizingen, vinden we dat één op de tien ziekenfondsconsumenten (10,9 procent) ³ bewust is veranderd van zorgverzekeraar in de periode 1994-2001. Deze keuze hoeft niet altijd ingegeven te zijn door marktwerking op individueel niveau. Ook collectieve contracten kunnen daarin een sturende werking hebben gehad.

Tabel 1. Percentage van alle ziekenfondsconsumenten in de regio verzekerd bij de regionaal grootste zorgverzekeraar

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 _a	2001 _a
					%			
gemiddelde	90	88	86	84	83	81	79	77
laagste	70	67	63	60	57	55	51	48
hoogste	98	97	95	94	92	91	90	88

a. Geschatte waarde met behulp van OLS met $\alpha = 0,1$

Bron: cvz/vws

Van de overige negen ziekenfondsconsumenten weten we niet of ze een bewuste keuze hebben gemaakt. Het is goed mogelijk dat men juist bewust niet is veranderd. Mogelijke redenen zijn tevredenheid over geleverde service en kwaliteit, de specifieke aanvullende zorgverzekering en de absoluut gezien kleine premieverschillen tussen de zorgverzekeraars ⁴. Vanuit het oogpunt van marktwerking betekent dit voornamelijk dat voor negen op de tien consumenten niet de markt de keuze voor een zorgverzekeraar heeft geprikkeld, maar de historische indeling in zorgregio's. Dit kan mogelijk veranderen met een actievere voorlichting over de prijs en de kwaliteit van zorgverzekeringen (ziekenfonds en aanvullend), zoals Schut dit eerder in dit blad beschreef ⁵.

Bedrijfstakconcentratie

Om te zien wat een afnemend aantal zorgverzekeraars in de tijd betekent voor de marktstructuur, is de concentratieratio en de Herfindahl-Hirschman index (HHi) berekend op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden ⁶. Een vuistregel voor de interpretatie is dat een lagere waarde staat voor een meer gelijkmatige verdeling van de marktmacht over de verschillende zorgverzekeraars ⁷.

Nederland als relevante markt

Indien we de relevante markt definiëren als Nederland, dan is te zien dat de vijf grootste zorgverzekeraars in 1994 55 procent van de markt bedienen en in 2001 71 procent ([tabel 2](#)) ⁸. De HHi is in diezelfde periode gestegen van 0,08 naar 0,11. De stijging tussen 1994 en 2001 is grotendeels het gevolg van het ontstaan van nieuwe verzekeringsholdings. Omdat er naast de vijf grote nog dertien kleine zorgverzekeraars zijn, is er echter geen sprake van een oligopolistische Nederlandse markt. Toch is een waarschuwing op zijn plaats. De concentratieratio wijst er namelijk op dat veel marktmacht op de verzekeraarmarkt geconcentreerd zit bij relatief weinig spelers.

Tabel 2. De concentratieratio en de Herfindahl-Hirschman index (HHi) voor zorgverzekeraargroepen, met Nederland als relevante markt

	1994	2001 _a
		%
c1	17	17
c2	29	33
c3	41	46
c4	48	59
c5	55	71
HHi	0,08	0,11

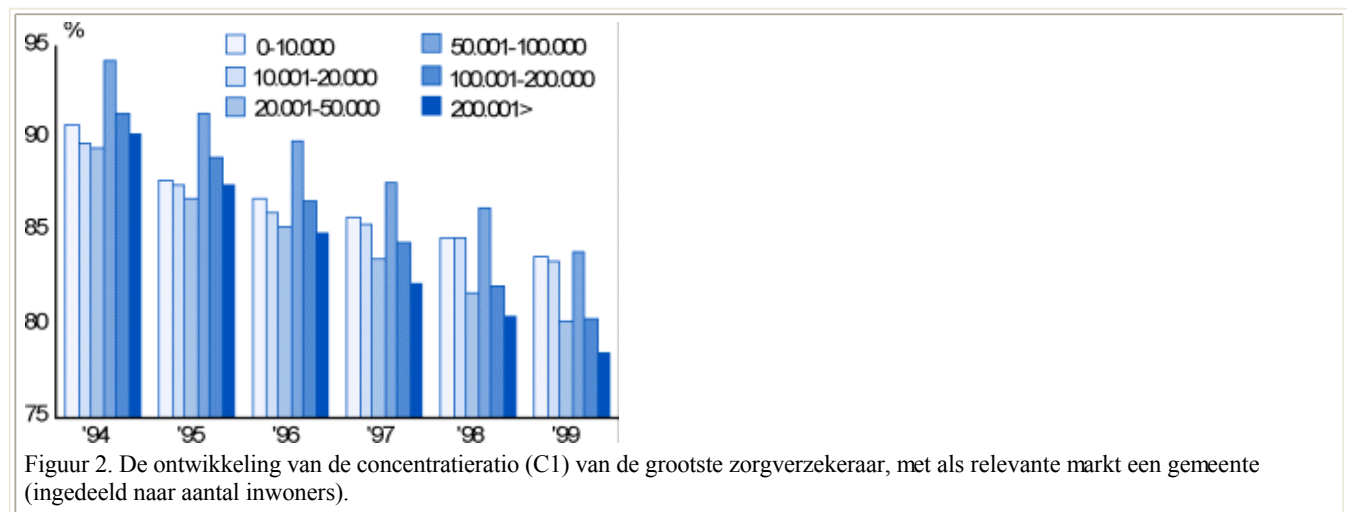
a. Geschat met behulp van de verdeling van de markt in 1999.

Bron: cvz/vws

Plaatselijke gemeente als relevante markt

Dat veel marktmacht geconcentreerd zit bij relatief weinig spelers geldt nog sterker als we het relevante marktgebied op gemeentelijk niveau definiëren. Dit is de markt waar zorgverzekeraars onder andere de huisarts en de tandarts contracteren. In [figuur 2](#) is weergegeven hoeveel ziekenfondsverzekerden in een gemeente verzekerd zijn bij de grootste zorgverzekeraar. Daarbij zijn de gemeenten ingedeeld naar

aantal inwoners. Te zien is dat de landelijk waargenomen concurrentie zich niet vertaalt naar de plaatselijke markt. Zo is in 1994 gemiddeld negentig procent van de ziekenfondsverzekerden in een gemeente van 10.001-20.000 inwoners verzekerd bij de grootste zorgverzekeraar. In 1999 is dit gedaald naar 83 procent, maar dit is nog steeds hoog. De Herfindahl-Hirschman index voor de plaatselijke markt (1999) ligt tussen de 0,65 en de 0,73. Bij een indexwaarde groter dan 0,5 is er sprake van een monopolioïde markt. Op basis van deze gegevens is te zien dat de traditionele zorgverzekeraars op gemeentelijk niveau zoveel marktaandeel hebben, dat er sprake is van een monopolioïde (gemeentelijke) markt. Zoals besproken, behoeft dit niet te verbazen, gezien de traditionele 'keuze' van de consument.



Op landelijk niveau is 71 procent van de ziekenfondsverzekerden verzekerd bij vijf zorgverzekeraars. Op gemeentelijk niveau is tachtig procent van de ziekenfondsverzekerden verzekerd bij maar één zorgverzekeraar. Hieruit blijkt dat de interpretatie van de mate van concentratie op de ziekenfondsmarkt wordt bepaald door de definitie van het relevante marktgebied. Momenteel oogt een markt ter grootte van Nederland als een volwaardige competitieve ziekenfondsmarkt, waarbij de kanttekening geldt dat een verdere spreiding van de marktmacht in een regio, uit oogpunt van concurrentie tussen verzekeraars welkom is. Het huidige beeld van een competitieve markt kan echter verstoord worden, als twee van de vijf grootste spelers fuseren of hun marktaandeel uitbreiden met tien à vijftien procent. In dat geval ontstaat er een oligopolistische marktform, waarmee de competitieve Nederlandse ziekenfondsmarkt zeker verdwijnt.

Is meer concurrentie ook meer efficiëntie?

De landelijke concurrentie tussen de zorgverzekeraars lijkt de goede kant op te gaan, maar de kunst zal zijn dit vast te houden. Tegelijkertijd moet de concurrentie niet ten koste gaan van een efficiënte zorginkoop bij de zorgaanbieders. Het beleid van het Ministerie van VWS is erop gericht dat elke zorgverzekeraar met zorgaanbieders onderhandelt en overeenkomsten afsluit die op maat zijn gesneden voor de verzekerden⁹. Voor zover het zorgaanbod een sterke regionale machtspositie heeft, vraagt dit ook van de zorgverzekeraar een sterke onderhandelingspositie om de zorg efficiënt te kunnen inkopen. Dit geldt met name ten opzichte van zorginstellingen zoals ziekenhuizen. Daarentegen moeten zorgverzekeraars niet te sterk zijn ten opzichte van de vrije beroepsbeoefenaren zoals huisartsen, die in steeds mindere mate regionaal georganiseerd zijn. Immers, ook de vrije beroepsbeoefenaren moeten een keuze hebben tussen verzekeraars. Momenteel onderhandelt vaak de grootste zorgverzekeraar en 'regiovertegenwoordiger' namens de kleinere zorgverzekeraars in de regio met de zorginstellingen. Vanuit het oogpunt van mededinging geen optimale situatie. De NMa heeft hiervoor een tijdelijke ontheffing verleend. Opheffing van deze ontheffing zou zorgverzekeraars dwingen meer individuele overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders¹⁰. Dit zal leiden tot hogere transactiekosten per verzekerde. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars de prijs/kwaliteitsverhouding zelf in de hand hebben. Daar waar zorginstellingen een sterke regionale positie hebben, is tanende macht van de zorgverzekeraars op de lokale zorginkoopmarkt wellicht een prikkel om tot schaalvergroting te komen. Zorgverzekeraars die op groei zijn gericht, kunnen dit vanuit hun optiek doen door te fuseren met een grote regionale aanbieder van ziekenfondsverzekering. Dat vergroot het marktaandeel en versterkt de positie op de zorginkoopmarkt.

Denkbare scenario's

Dit plaatst het beleid voor een dilemma: de verzekerde voldoende keuze bieden tussen zorgverzekeraars en tegelijkertijd efficiëntie op de zorginkoopmarkt nastreven. Ik schets enkele scenario's om een evenwicht te vinden tussen het behouden van de onderhandelingskracht ten opzichte van de zorginstellingen zonder dat vrije beroepsbeoefenaren worden geconfronteerd met teveel onderhandelingskracht van de zorgverzekeraar. Ten eerste is het mogelijk dat de kleine zorgverzekeraars in een 'zorgaanbodregio' de handen ineen slaan en via een zorginkoopcombinatie zorg gaan inkopen bij de zorginstellingen. Het inkopen bij de vrije beroepsbeoefenaren zouden ze dan individueel moeten doen. De zorginkoopcombinaties mogen niet te groot zijn, zodat ze voldoende restconcurrentie overlaten¹¹. Dit vraagt van de NMa grote oplettendheid en onderscheidingsvermogen. Een tweede scenario is dat kleine zorgverzekeraars in een 'zorgaanbodregio' een contract sluiten met de grootste zorgverzekeraar, waarbij ze de zorg voor hun verzekerden afnemen bij deze zorgverzekeraar. De grootste zorgverzekeraar krijgt dan een functie als intermediair. Omdat de grootste verzekeraar in elke regio een andere is, hebben we te maken met wederzijdse afhankelijkheid, wat een rem zet op de onderlinge concurrentie. Naar verwachting zal de NMa dit scenario geen werkelijkheid laten worden. Een derde scenario is dat zorgverzekeraars niet langer verplicht worden zorg in te kopen voor hun verzekerden (zorgplicht). Een zorgverzekeraar kan dan in de gebieden waar zij het grootst is efficiënt zorg inkopen, terwijl zij in de andere gebieden als schadeverzekeraar opereert, zoals de huidige particuliere zorgverzekeraars. De concurrentie tussen de verzekeraars blijft dan bestaan, terwijl zorg indien gewenst efficiënt kan worden ingekocht. Dit betekent echter een ruimere interpretatie van de zorgplicht in het beleid, omdat zorg niet per se in natura geleverd hoeft te worden. Een vierde scenario is dat zorgverzekeraars de bedrijfsstrategie kiezen: zich primair te richten op die zorgaanbodregio's waar ze het grootst zijn. Daar kunnen zij immers de zorg efficiënt inkopen. Hun gebied proberen ze dan langzaam maar zeker uit te breiden door aan de randen de concurrentie aan te gaan met hun concurrenten. In dit geval lijkt het veel op de situatie van voor 1992. Met twee verschillen. De marktpartijen trekken de grenzen en niet de wetgever, en er is concurrentie aan de randen. Grote nadelen van dit scenario zijn het verdwijnen van de landelijke concurrentie en het ontstaan van een machtsblok van de zorgverzekeraars ten opzichte van de vrije beroepsbeoefenaren. Het feit dat zorgverzekeraars iedereen moeten

accepteren als klant nuanceert dit scenario enigszins.

Besluit

In dit artikel is ingegaan op de positie van de zorgverzekeraars nadat deze in 1992 landelijk zijn gaan werken. Dit is gedaan omdat bij de vormgeving van een nieuw en robuust besturingsmodel voor de zorg wordt gedacht aan 'zorgregie' door de verzekeraar. Daarbij is concurrentie tussen de zorgverzekeraars gewenst, maar wel in die mate dat het de zorgverzekeraars een goede uitgangspositie biedt op de gesegmenteerde zorginkoopmarkt.

In de eerste plaats zien we dat zorgverzekeraars voor hun afzet minder afhankelijk worden van het historische afzetgebied. In de tweede plaats zien we dat in de afgelopen zeven jaar één op de tien Nederlandse ziekenfondsverzekerden een bewuste keuze heeft gemaakt zich niet langer te verzekeren bij de traditionele zorgverzekeraar in de regio. Een bewustere keuze kan gestimuleerd worden door een hogere nominale premie, gecombineerd met relatief gelijkblijvende premieverschillen, het kunnen meenemen van de aanvullende zorgverzekering en transparantie over de geleverde kwaliteit. Een denkbaar positief neveneffect is dat zorgverzekeraars meer gaan concurreren en efficiëntie gaan nastreven.

Verder blijkt dat 71 procent van alle ziekenfondsverzekerden in Nederland bij de vijf grootste zorgverzekeraars is verzekerd. Omdat er nog dertien relatief kleine zorgverzekeraars zijn, biedt dit voldoende mogelijkheid voor concurrentie. Een nieuwe fusiegolf kan hier echter een einde aan maken. Op de gemeentelijke markt daarentegen verzekert één zorgverzekeraar tachtig procent van de verzekerden. Daar is dus nog steeds sprake van een monopolioïde markt. De landelijke concurrentie gaat de goede kant op, maar er is een uitruil. De concurrentie kan de positie van de zorgverzekeraar ten opzichte van de zorginstellingen op de regionale zorginkoopmarkt verslechteren. Daardoor kan de zorgverzekeraar de zorg niet efficiënt inkopen. Om concurrentie en efficiëntie in evenwicht te brengen, zijn nieuwe oplossingen nodig. Mogelijke oplossingen zijn te zoeken in het onderling contracteren van zorgverzekeraars, dan wel in een ruimere invulling van de zorgplicht. Voor de NMa betekent dit alles dat zij er actief op toe dient te zien dat de marktmacht niet onevenredig wordt verdeeld. Mogelijke nieuwe fusies en samenwerkingsafspraken voor de zorginkoop dienen dan ook kritisch getoetst te worden met het oog op de plaatselijke verzekeraarmarkt en de gesegmenteerde zorginkoopmarkt

1 Zie E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#) De zorg ontregeld, *ESB-Dossier*, 1 juli 1999, blz. D2-D3, voor een eerste bespreking van dilemma's in de zorg en in hoeverre marktwerking nuttig is.

2 De Achmea-groep, de AGIS-groep, de Amicon-groep, Azivo, CZ, Delta Loyd Ohra Nuts, DSW, de Friesland, Nederzorg, ONVZ, OZ, OZB, Salland, SRZ, TRIAS, Univé, VGZ en Zorg & Zekerheid. Het totaal aantal 'ziekenfondsmerken' aangeboden door de zorgverzekeraarsgroepen bedraagt in 2001 24.

3 Kalshoven schat het aantal verhuizingen tussen regio's op 0,2 à 0,3 procent per jaar. Het gaat hier om een tijdsperiode van zeven jaar, dus circa 2,1 procent. Ch. Kalshoven, *Ziekenfondsverzekerden: zit er beweging in?*, *Openbare Uitgaven*, 1999, blz. 40-47.

4 De hoogste nominale premie per maand in 2001 is f 41. De laagste is f 24,25 en de gemiddelde nominale premie is circa f 30. De verzekerde zou voor een bedrag van f 6 in de maand in beweging moeten komen.

5 F.T. Schut, [Prijconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief](#), *ESB*, 23 februari 2001, blz. 172-175.

6 De concentratieratio geeft het gezamenlijk marktaandeel van de n grootste aanbieders (zorgverzekeraars) op de ziekenfondsmarkt weer. De Herfindahl-Hirschman index is een maat voor de relatieve concentratie van alle zorgverzekeraars tezamen. Het is de som van de kwadraten van het marktaandeel van alle spelers in de markt en varieert tussen iets meer dan nul (bij volledig vrije mededinging) en 1 (bij een monopolie).

7 Interpretatie concentratieratio naar marktmacht: < 25% weinig, 25-50% matig, 50-75% substantieel, > 75% zeer sterk. Interpretatie HHI naar marktmacht: < 0,16 weinig, 0,16-0,25 matig, 0,25-0,5 oligopolistisch, > 0,5 monopolistisch.

8 Indien gekeken wordt naar alle zorgverzekeringen (ziekenfonds en particulier), dan heeft de top-5 zestig procent van de Nederlandse markt in handen (*Het Financieele Dagblad*, 31 juli 2000).

9 CVZ, *Herziening overeenkomstenstelsel*, College voor zorgverzekeringen, bijlage 1, 21 december 2000.

10 CVZ, *op. cit.*, blz.10-16.

11 Uit jurisprudentie en beschikkingspraktijk van de Europese Commissie blijkt dat vijf procent in het algemeen geen gevaar oplevert en dertig procent in de regel wel. CVZ, *op. cit.*, bijlage 6.