

## Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?

**Auteur(s):**

Douven, R.C.M.H.

Mot, E.S.

Westerhout, E.W.M.T.

*De auteurs zijn verbonden aan het Centraal Planbureau. Laatstgenoemde auteur is ook werkzaam bij de UvA.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D23, 14 juni 2001

**Rubriek:**

Dossier: Zorgvuldig vernieuw en

**Trefwoord(en):**

zorg

*In theorie kan gereguleerde concurrentie zowel doelmatigheid als solidariteit realiseren. Of dit in de praktijk ook lukt, hangt van diverse voorwaarden af. Deze voorwaarden betreffen de concurrentie tussen zorgverzekeraars, de financiering van verzekeraars, de concurrentie tussen aanbieders en de opstelling van consumenten.*

De laatste tijd worden veel ideeën geopperd ten aanzien van de toekomstige inrichting van het stelsel van zorgverzekeringen. Deze ideeën verschillen op wezenlijke punten van elkaar. Wordt de 'care' bij de 'cure' gevoegd? Krijgt de ziektekostenverzekeringspremie een nominaal of een inkomensafhankelijk karakter? Typerend voor de meeste plannen evenwel is dat het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen (inclusief WTZ) komt te vervallen <sup>1</sup>. Verder wordt het model van gereguleerde concurrentie vaak als sturingsmechanisme genoemd. In dit model wordt aan zorgverzekeraars een grote rol toegekend in het aansturen van zorgaanbieders en het bevorderen van de doelmatigheid. De solidariteit wordt veiliggesteld door middel van een acceptatieplicht en restricties in de sfeer van de premiestelling <sup>1</sup>.

De veranderingen die de laatste jaren in de ziekenfondssector werden aangebracht, gingen precies in deze richting. De stelselwijziging in de zorg kan dit proces verbreden en verdiepen. Verbreding kan worden gerealiseerd door ook de markt voor particuliere verzekeringen (inclusief het WTZ-deel) in de hervorming richting gereguleerde competitie te betrekken. Het verzekerde pakket kan daarnaast worden verbreed door ook de voorzieningen op te nemen welke momenteel uit de AWBZ worden gefinancierd. Verdieping kan worden bereikt wanneer ziekenfondsen meer ruimte wordt gegeven om verzekeringsvoorwaarden te variëren en wanneer wetgeving wordt weggenomen die schaarste aan de aanbiederszijde van zorgmarkten tot gevolg heeft.

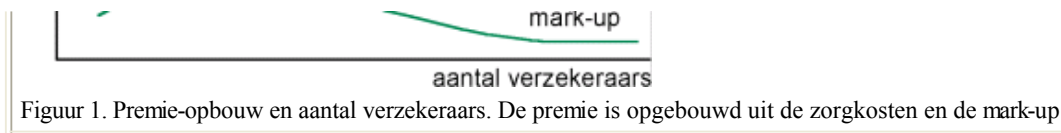
De vraag is echter of zorgverzekeraars de hen toebedachte rol wel kunnen waarmaken. Daarmee is het ook de vraag onder welke voorwaarden een model van gereguleerde concurrentie het functioneren van de zorgsector in Nederland kan verbeteren. Dit artikel behandelt deze vraag aan de hand van enkele stellingen.

### De inkoopmarkt

De eerste stelling hangt samen met het feit dat het aanbod van zorg grotendeels regionaal is georganiseerd, waardoor de inkoop van zorg ook vaak regionaal plaats vindt. De stelling is dat zowel een te concurrerende als een te monopolistische markt voor zorgverzekeringen onwenselijk is. De gewenste marktform is er één van 'zinvolle' concurrentie. Hier zijn verzekeraars voldoende groot (ook op regionale schaal) om effectief invloed te kunnen uitoefenen op de condities waartegen zorg wordt ingekocht. Hun aantal is voldoende groot en de machtsverdeling is voldoende symmetrisch om van een concurrerende markt te kunnen spreken.

Deze zojuist geponeerde stelling is gebaseerd op het gegeven dat een toename van het aantal verzekeraars twee effecten heeft die tegengesteld uitwerken op de premie (zie [figuur 1](#)) [3]>D86323\_n3. Zoals bekend, is de mark-up het hoogst voor een monopolist (één verzekeraar) en is kleiner naarmate het aantal verzekeraars, en daarmee de onderlinge concurrentie, groter is. De kosten van zorginkoop zijn daarentegen het laagste in de situatie van een (regionaal) monopolie.





Figuur 1. Premie-opbouw en aantal verzekeraars. De premie is opgebouwd uit de zorgkosten en de mark-up

Grote (regionale) verzekeraars kunnen de kosten van onderhandelingen met zorgaanbieders spreiden over meer verzekerden. De marktmacht is navenant groter en het effect van 'free rider'-gedrag van andere verzekeraars is evenredig kleiner. Landelijk opererende zorgverzekeraars moeten contacten onderhouden met zorgaanbieders die over het hele land zijn verspreid. Dit is arbeidsintensief en men kent de lokale situatie niet. Landelijke verzekeraars kunnen dan ook minder doelmatigheidswinsten realiseren. Verder kunnen ook transactiekosten hoger uitvallen wanneer verschillende verzekeraars met een zorgaanbieder verschillende contracten afsluiten.

Vanwege de tegengestelde effecten valt moeilijk aan te geven waar het optimum precies ligt. Het bovenstaande suggereert echter dat een situatie met een beperkt aantal regionaal concurrerende verzekeraars aantrekkelijker is dan een situatie van een regionaal monopolie of één van concurrentie tussen grote aantallen landelijk werkende verzekeraars. Vandaar dat wij spreken van 'zinvolle' concurrentie.

Overigens wordt de efficiëntie van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook bevorderd door het vervallen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Er hoeft immers niet meer met verschillende systemen voor ziekenfonds- en particulier verzekerden gewerkt te worden. De onderhandelings- en administratieve druk voor zorgaanbieders kan echter toenemen na een stelselherziening als zij in hun regio met meerdere verzekeraars te maken krijgen, die ieder verschillende afspraken willen maken.

### De financiering van verzekeraars

Onze tweede stelling is dat een tussenvorm gewenst is tussen enerzijds een financieringssysteem van volledige nacalculatie zoals gehanteerd bij de WTZ en de AWBZ en anderzijds een financieringssysteem van budgettering dat uitsluitend gebruik maakt van ex ante vastgestelde, risicorelateerde uitkeringen.

In de jaren negentig is successievelijk de rol van prospectieve elementen in de financiering van ziekenfondsen versterkt. Hiermee is getracht de doelmatigheid van de dienstverlening te versterken. Een volledig retrospectief systeem geeft verzekeraars immers geen enkele financiële prikkel om zorg doelmatig in te kopen.

Een systeem van budgettering heeft dus grote voordelen bij de bevordering van doelmatigheid, maar een probleem is dat het zo lastig is om rekening te houden met de heterogeniteit van de verzekerden. Lukt dit in onvoldoende mate, dan kan risicoselectie wel eens een aantrekkelijker strategie zijn dan een doelmatiger inkoop van zorg. Deze risicoselectie kan verschillende vormen aannemen en is niet altijd eenvoudig vast te stellen van buitenaf [4]>D86323\_n4. Duidelijk is dat risicoselectie op een zeer gevoelige manier afbreuk doet aan de door velen gewenste risicosolidariteit in de zorg.

In de praktijk zal er altijd een bepaalde informatie-asymmetrie tussen verzekeraars en de overheid omtrent zorgrisico's blijven bestaan. Dit werkt niet noodzakelijkerwijs risicoselectie in de hand [5]>D86323\_n5. Men kan echter stellen dat naarmate het ex ante vereveningssysteem beter werkt, des te minder lonend risicoselectie is [6]>D86323\_n6. Dit probleem wordt zelfs meer actueel wanneer de WTZ wordt geïntegreerd in een nieuwe ziektekostenverzekering [7]>D86323\_n7. Een systeem van (gedeeltelijke) retrospectieve betalingen blijft waarschijnlijk nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een systeem van hoge-kosten verevening. Dit beperkt uiteraard de te behalen doelmatigheidswinst. Verder geldt dat een volledig prospectieve budgettering een prikkel voor zorgverzekeraars kan vormen om op de kwaliteit van zorg te bezuinigen, aangezien het moeilijk is voor verzekerden om hier goede informatie over te verzamelen.

Om risicoselectie tegen te gaan is het dus nodig om met normuitkeringen te werken én de vergoeding van verzekeraars uit de centrale kas deels op feitelijke kosten te baseren. De gewichten in dit gemengd financieringssysteem weerspiegelen de maatschappelijke preferenties voor doelmatigheid en risicosolidariteit.

### De markt voor zorgaanbieders

Als derde stelling geldt dat goed functionerende markten voor medische goederen en diensten de verwachte prestaties van zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg kunnen bevorderen.

Zorgaanbieders nemen van oudsher een vrij stevige positie in als het aankomt op het bepalen van het volume en daarmee ook de uitgaven aan zorg. Hun voorsprong in medische kennis, gecombineerd met het gegeven dat de risico-aversie van patiënten hoog is op het moment dat ze behoefte hebben aan medische dienstverlening, maakt dat patiënten zelden het medische advies van hun arts zullen negeren.

Deze bijzondere positie kan door de arts echter mede worden gebruikt om eigen doelstellingen na te streven: aanbieders kunnen de inhoud van hun medische adviezen mede afstemmen op doelstellingen als verlichting van hun eigen werkdruk of aanvulling van hun eigen inkomen. Er is inmiddels voldoende empirisch onderzoek in vele landen beschikbaar dat laat zien dat dergelijke mechanismen een rol spelen. Om deze reden is het gewenst dat er een 'countervailing power' aan de vraagzijde van de markt voor medische dienstverlening wordt georganiseerd. In het model van gereguleerde concurrentie nemen zorgverzekeraars deze rol op zich.

In dit verband is het ook nuttig de concurrentie onder zorgaanbieders te vergroten door het aantal aanbieders te vergroten dan wel op te treden tegen kartelvorming [8]>D86323\_n8. Dit is in ieder geval nuttig indien een gebrek aan concurrentie tot onnodig hoge prijzen danwel onnodig lage kwaliteit aanleiding geeft. Er kan echter nog een ander gunstig effect resulteren: concurrentie tussen aanbieders helpt verzekeraars om hun rol van countervailing power te kunnen spelen. Zorgaanbieders zullen immers minder sterk staan in de onderhandelingen met verzekeraars wanneer ze een minder hecht blok vormen. Deze sterkere positie van verzekeraars maakt dat doelmatigheidswinsten ook kunnen worden gerealiseerd wanneer het verzekerdenbestand minder groot is. Dit leidt onder gelijkblijvende omstandigheden (ceteris paribus) tot een lagere mark-up.

## De markt voor verzekeringspolissen

De vierde stelling is dat het model van gereguleerde concurrentie beter functioneert wanneer consumenten voldoende mobiel zijn tussen verzekeraars. Dit werkt momenteel niet erg goed op de particuliere markt: verzekerden boven een bepaalde leeftijd of met bepaalde aandoeningen kunnen niet meer echt van verzekeraar wisselen. Een beperking op premiedifferentiatie naar risico in combinatie met een acceptatieplicht kan de mobiliteit bevorderen.

Dit impliceert niet noodzakelijk voldoende mobiliteit. Ziekenfondsverzekerden blijken bijvoorbeeld nog nauwelijks gevoelig te zijn voor premieverschillen [9]>D86323\_n9. En volgens recent onderzoek komt ook op de particuliere verzekeringsmarkt voor consumenten de prijs niet op de eerste plaats bij de keuze voor een ziektekostenverzekering [10]>D86323\_n10. Service en keuze van het pakket worden minstens zo belangrijk gevonden. De serviceverlening van verzekeraars is echter weinig transparant. De potentiële mobiliteit van verzekerden kan dan ook worden vergroot wanneer de overheid of een onafhankelijke instelling zich gaat bezighouden met benchmarking: de prestaties van verschillende verzekeraars wat betreft service, doelmatigheid en kwaliteit worden met elkaar vergeleken en de resultaten daarvan algemeen bekend gemaakt.

## Beleidsopties

De overheid kan een rol spelen om verzekerden te faciliteren kritische afwegingen tussen verzekeraars te maken. Toezicht van de NMa kan de concurrentie op de markt voor medische diensten bevorderen. Naarmate dit beter slaagt, wordt concurrentie tussen zorgverzekeraars nog belangrijker. Ook hier is een rol voor de NMa weggelegd. Hierbij gaat het niet alleen om het aantal spelers, maar ook om mogelijke formele of informele samenwerking. Verder kan toezicht nodig zijn dat gericht is op de kwaliteit van medische dienstverlening naarmate verzekeraars zich een sterkere machtspositie tegenover zorgaanbieders verwerven.

## Besluit

Een belangrijke doelstelling van gereguleerde concurrentie is het versterken van de rol van zorgverzekeraars op inkoopmarkten. Voor een goede werking van dit model is het belangrijk dat zorgverzekeraars voldoende inkoopmacht bezitten maar toch niet te dominant zijn, dat ze financieel voordeel hebben bij een doelmatige inkoop, dat consumenten in een positie zijn om concurrentie tussen verzekeraars af te dwingen en dat markten voor medische goederen en diensten voldoende concurrerend zijn. Voor het bereiken van een situatie van 'zinvolle concurrentie' is het nodig dat de NMa waakt tegen te sterke machtsconcentraties. Budgettering op basis van een systeem van normuitkeringen geeft zorgverzekeraars een financieel belang bij doelmatige inkoop. Echter, voor zover imperfecties in het ex ante risicovereveningssysteem blijven bestaan is een systeem dat honderd procent is gebaseerd op ex ante normuitkeringen niet optimaal omdat het tot risicoselectie kan leiden. De positie van consumenten kan worden versterkt door een acceptatieplicht, een beperking van premiedifferentiatie naar risico en de verstrekking van onafhankelijke informatie over de prestaties van zorgverzekeraars. De concurrentie tussen zorgaanbieders kan worden bevorderd door te zorgen voor een effectief mededingingsbeleid.

In theorie bundelt een systeem van gereguleerde concurrentie de doelstellingen van doelmatige dienstverlening en solidariteit tussen verschillende risico's.

Of deze belofte ook in praktijk kan worden waargemaakt, hangt af van de mate waarin een groot aantal aanvullende voorwaarden kan worden gerealiseerd.

Zie voor een reactie, S.J.G. van Wijnbergen, [Niet sleutelen, maar implementeren](#), *ESB-Dossier*, Zorgvuldig vernieuwen, 14 juni 2001, blz. D29

---

## Dossier Zorgvuldig vernieuwen

### Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

### Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

### Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

### De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

### **De sturing: wie bepaalt?**

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

### **Epiloog**

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

---

<sup>1</sup> Zie ook E.W.M.T. Westerhout, *Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, in: Trends, dilemma's en beleid - Essays over ontwikkelingen op langere termijn*, SCP en CPB, 2000, blz. 123-144.