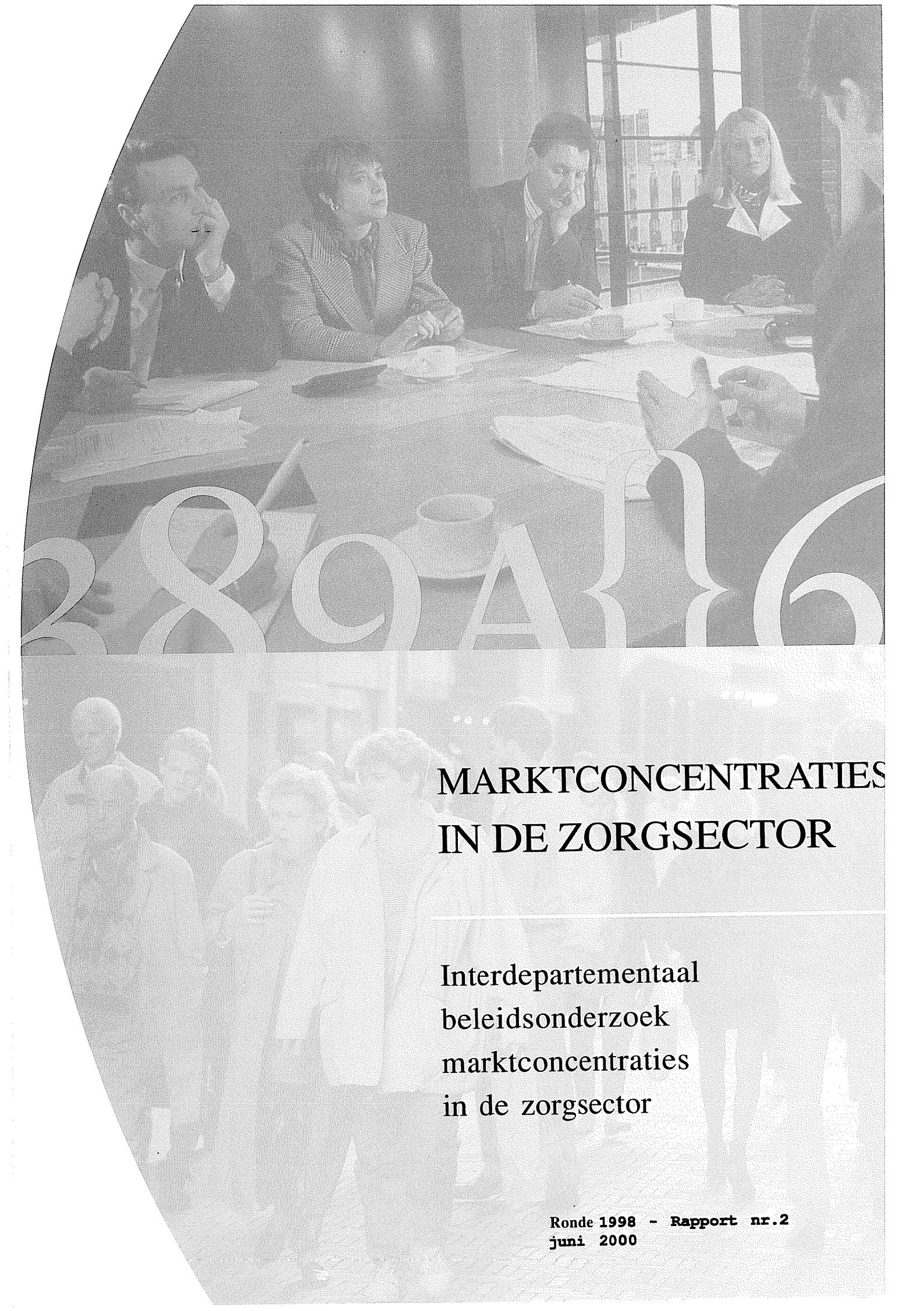




MARKTCONCENTRATIES IN DE ZORGSECTOR

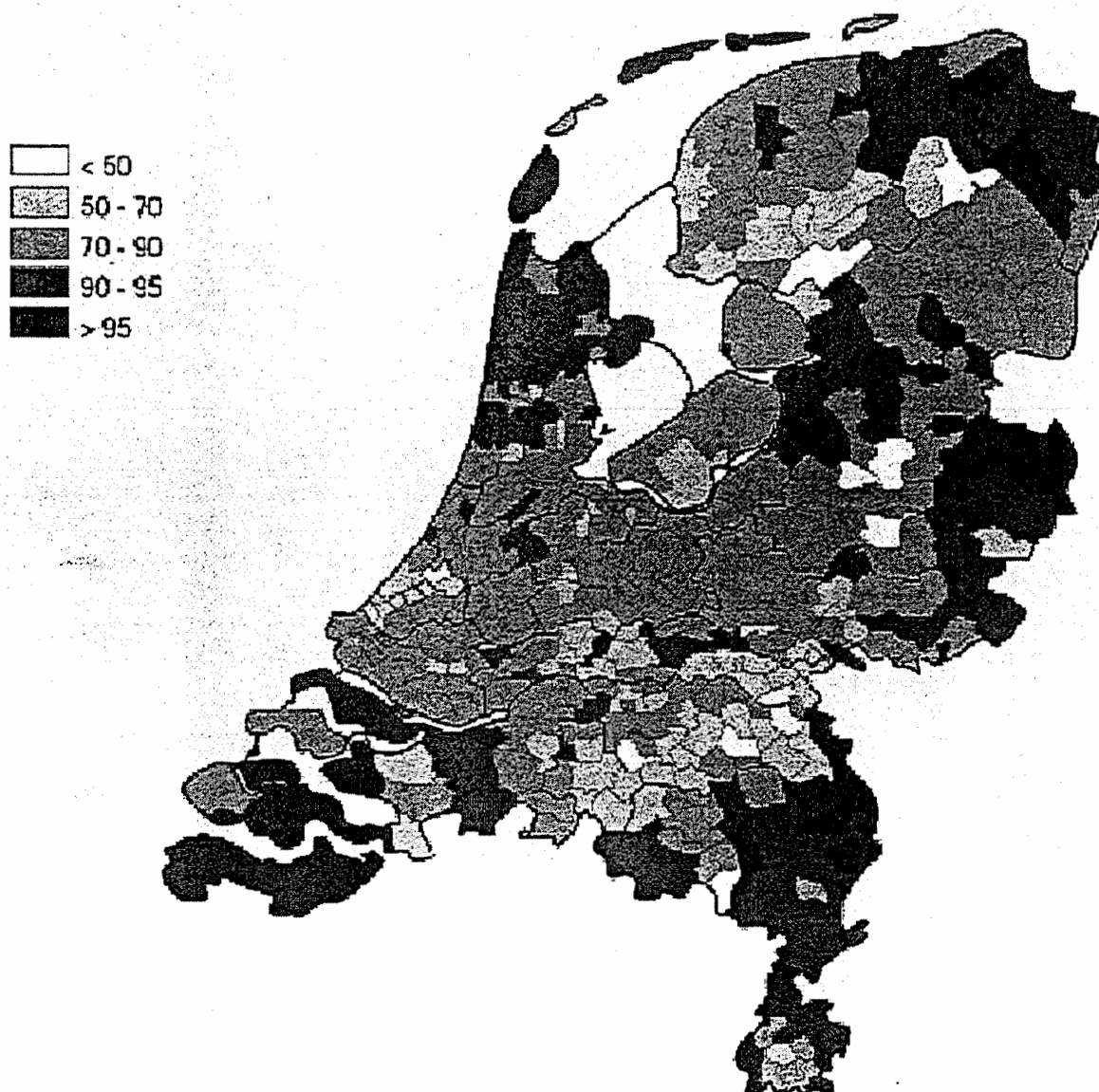
Interdepartementaal
beleidsonderzoek
marktconcentraties
in de zorgsector

Ronde 1998 - Rapport nr.2
juni 2000

MARKTCONCENTRATIES IN DE ZORGSECTOR

**INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK
MARKTCONCENTRATIES IN DE ZORGSECTOR**

Aandeel grootste ziekenfonds



Marktconcentraties in de Zorgsector

Verslag van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek

Den Haag, januari 2000

SAMENVATTING

Dit rapport doet verslag van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar marktconcentraties in de Zorgsector. Het kabinet heeft in september 1998 besloten dit onderzoek uit te laten voeren ten behoeve van het ontwikkelen van een visie op marktconcentraties in het licht van de sturingsmogelijkheden en het toezicht in de zorg. De hiertoe in het leven geroepen interdepartementale werkgroep heeft opdracht gegeven aan KPMG om in de markt zelf te onderzoeken in welke mate concentratie en samenwerking voorkomen en wat dit impliceert voor de sturingsvisie van het kabinet met betrekking tot het eerste en tweede compartiment van de zorg. Dit onderzoek heeft zich beperkt tot de ouderenzorg in het eerste compartiment en de ziekenhuizen en specialisten in het tweede compartiment. De sturingsvisie van het kabinet heeft in het onderzoek gefungeerd als meetlat om de in de markt gesignaleerde ontwikkelingen te beoordelen. De werkgroep heeft niet primair aandacht besteed aan de zorginhoudelijke gevolgen van concentratietendensen. Bij het lezen van de conclusies dient hiermee rekening gehouden te worden.

De sturingsvisie van het kabinet wordt in het tweede hoofdstuk van dit rapport beschreven. In het eerste compartiment staat de vraagsturing door het zorgkantoor centraal. In het tweede compartiment streeft het kabinet een vorm van gereguleerde marktwerking na. In beide compartimenten is sprake van een regionale oriëntatie in het sturingsconcept. In het eerste compartiment zijn het de zorgkantoren die regionaal werkzaam zijn. Van hen wordt verwacht dat zij een countervailing power vormen tegenover de aanbieders. Daarbij dienen zij zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de vraag van de cliënten. In het tweede compartiment wordt van de zorgverzekeraars verwacht dat zij in samenwerking met de aanbieders streven naar een zo doelmatig en effectief mogelijke zorg. Van belang is dat in het tweede compartiment de zorgverzekeraars optreden als concurrerende partijen om de gunst van de verzekerden. De zorgkantoren concurreren niet met elkaar. In het eerste compartiment zullen incentives ontwikkeld worden die de zorgkantoren aan moeten zetten doelmatig zorg in te kopen.

In hoofdstuk 3 van het rapport wordt ingegaan op de resultaten van het onderzoek dat KPMG heeft uitgevoerd in opdracht van de werkgroep. De resultaten van dit onderzoek zijn als bijlage bij dit rapport opgenomen. Uit het onderzoek komt naar voren dat vragers en aanbieders amper prikkels voelen om de zorgmarkten efficiënt te laten werken. Bovendien hebben ze nauwelijks instrumenten hiertoe door de sterke regulering en het schaarse aanbod. Als regionale marktleider en als speler op de landelijke politieke markt kunnen verzekeraars wel in zekere mate invloed uitoefenen op de prijs en kwaliteit van de zorg. Door hun dominante positie op de regionale markt worden zij daartoe echter (nog) niet sterk geprikkeld. De regionaal georiënteerde ziekenfondsen proberen hun marktaandeel en daarmee hun landelijke en regionale invloed te behouden via samenwerking en concentratie. Ook bij zorgaanbieders is sprake van een sterke mate van samenwerking en concentratie. De inkoop van zorg wordt daarom in de praktijk geregeld tussen het dominante ziekenfonds en één of enkele zorgaanbieders. De keuzevrijheid van consumenten, om te kiezen tussen instellingen, neemt hierdoor af. Samenwerking

en concentratie beperken de - toch al geringe - marktprikkel om de consument zo goed mogelijk te bedienen en om de kwaliteit van de zorg op peil te houden.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het veldonderzoek naast de sturingsvisie van het kabinet gelegd. In hoofdstuk 5 volgen de conclusies en aanbevelingen. De werkgroep komt tot de volgende conclusies:

1. De werkgroep acht een verdere concentratie aan de aanbiederszijde in zowel het eerste als het tweede compartiment belemmerend voor de keuzevrijheid van de verzekerde en voor de onderhandelingsvrijheid van zorgverzekeraars en zorgkantoren en vreest dat een verdere concentratie de sturingsvisie van het kabinet doorkuist.
2. Het functioneel en financieel scheiden van wonen en zorg in de AWBZ kan betere voorwaarden scheppen voor een flexibel aanbod en voor grotere toetredingsmogelijkheden tot de zorgmarkt en is daarom gewenst.
3. Zorgkantoren dienen geprikkeld te worden om te streven naar een doelmatige en effectieve zorg, en dienen daartoe de benodigde instrumenten te krijgen. Een goede uitwerking van het concessiestelsel is een voorwaarde voor de geloofwaardigheid en de effectiviteit van de sturingsvisie voor het eerste compartiment.
4. De werkgroep is van mening dat het sturingsconcept in het tweede compartiment veronderstelt dat de verzekeraars mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden van elkaar. Dit impliceert dat de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars toe moeten nemen.
5. De werkgroep ziet concentraties van ziekenfondsen die leiden tot grotere marktaandelen op de regionale markt als een belemmering voor de realisatie van de sturingsvisie van het kabinet. De rol van het traditionele, dominante ziekenfonds in een regio dient onder druk te staan van verzekeraars die deze rol over kunnen nemen als de marktleider te weinig aandacht besteedt aan doelmatigheid en effectiviteit.
6. De werkgroep is van mening dat concurrentie op de particuliere zorgverzekeringsmarkt onvoldoende beoordeeld kan worden en adviseert nader onderzoek.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal bureau voor de Statistiek
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
IBO	Inderdepartementaal Beleidsonderzoek
ICER	Interdepartementale Commissie Europees Recht
IHS	Individuele Huursubsidie
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
UVI	Uitvoeringsinstelling
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING	1
HOOFDSTUK 2 DE STURINGSVISIE VAN HET KABINET	2
2.1. Het eerste compartiment	2
2.2. Het tweede compartiment	4
2.3. Conclusie	5
HOOFDSTUK 3 SAMENWERKING EN CONCENTRATIE IN DE ZORG	6
3.1. Basismarktcondities: gezondheidszorg is nauwelijks een markt	6
3.2. Motieven voor samenwerking: zorgvernieuwing, continuïteit en invloed	7
3.3. De zorgaanbiedersmarkt	8
3.4. De zorgverzekeringsmarkt	9
3.5. De zorginkoopmarkt	11
3.6. Toekomstige ontwikkelingen	12
3.7. Conclusies	14
HOOFDSTUK 4 CONCENTRATIE EN STURING	15
4.1. Het eerste compartiment	15
4.2. Het tweede compartiment	17
HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	22
5.1. Sturingsvisie eerste compartiment	22
5.2. Sturingsvisie tweede compartiment	23
 Bijlage 1: Samenstelling van de IBO werkgroep Marktconcentratie in de zorg	
Bijlage 2: Taakopdracht IBO Marktconcentratie in de zorgsector	
Bijlage 3: Concentratie en samenwerking in de zorg - een economische analyse -	

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In September 1998 heeft het kabinet opdracht gegeven tot het uitvoeren van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar Marktconcentraties in de Zorgsector. De naar aanleiding hiervan in het leven geroepen werkgroep doet hierbij verslag van haar bevindingen.

In lijn met de door het kabinet geformuleerde opdracht richt het onderzoek zich op het ontwikkelen van een overheidsvisie op de vorming van marktconcentraties in de zorg. Van belang hierbij is de mogelijkheid voor de overheid om te sturen en toezicht te houden (te bezien in samenhang met de sociale zekerheid). De effectiviteit van het huidige toezicht op deze concentratietendens, gegeven de huidige regelgeving, maakt onderdeel uit van deze analyse.

De werkgroep richt zich in dit onderzoek op de bestaande sturingsvisie van het kabinet. Deze staat in hoofdstuk 2 beschreven. In het onderzoek heeft de werkgroep niet vooruitgelopen op de stelseldiscussie rond de gezondheidszorg die aangekondigd is in het Regeerakkoord, maar er wordt wel rekening gehouden met beoogde toekomstige ontwikkelingen zoals die naar voren komen in de Modernisering AWBZ (het rapport Zicht op Zorg, TK 26 631 nr. 1) en de beleidsbrief over de aansturing van het tweede compartiment (TK 26 517, nr. 1). De werkgroep beoordeelt de concentratietendensen die zij in de gezondheidszorg signaleert, in het licht van deze sturingsvisies. De centrale vraag is dus in hoeverre concentratietendensen zich verhouden tot de sturingsvisies. Hierbij is gebruik gemaakt van een analyse in termen van markten en marktwerking. Aan zorginhoudelijke overwegingen heeft de werkgroep nauwelijks aandacht besteed. De conclusies van dit rapport dienen dan ook in dit licht gelezen te worden.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op een onderzoek dat KPMG in opdracht van de werkgroep heeft uitgevoerd naar concentraties in de zorg. Daarbij komen zaken aan de orde als de mate van concentratie, de redenen van concentratie en de verwachte toekomstige ontwikkelingen. In dit onderzoek heeft KPMG gebruik gemaakt van het marktstructuur, -gedrag en -resultaatparadigma. Dit uit de theorie van de industriële organisatie komende paradigma biedt een heldere structuur om de werking van markten en het gedrag van marktpartijen te beschrijven. KPMG heeft in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen de zorgaanbiedersmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Het onderzoek is beperkt tot de intramurale ziekenhuiszorg en de ouderenzorg. De conclusies en aanbevelingen van de werkgroep hebben geen betrekking op de extramurale zorg.

In hoofdstuk 4 wordt geanalyseerd welke gevolgen concentratie kan hebben voor de sturingsvisie van het kabinet. In hoofdstuk 5 tenslotte volgen de conclusies en aanbevelingen.

HOOFDSTUK 2 DE STURINGSVISIE VAN HET KABINET

Dit hoofdstuk gaat in op de sturingsvisie van het kabinet. Deze sturingsvisie functioneert als een meetlat waarlangs de in de zorg gesignaleerde concentratietendensen gelegd worden. Een onderscheid wordt gemaakt tussen het eerste en het tweede compartiment. Het eerste compartiment betreft de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg). De financiering van het eerste compartiment vindt plaats vanuit de AWBZ; de uitvoering is in handen van 31 zorgkantoren. In het tweede compartiment zijn de verstrekkingen ondergebracht die behoren tot het basispakket voor de curatieve zorg (huisartsen, specialisten, ziekenhuiszorg en paramedici). De financiering vindt plaats vanuit de ZFW of de particuliere verzekeringen; de uitvoering is in handen van 29 ziekenfondsen, 42 particuliere verzekeraars en 3 publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. Het derde compartiment betreft de aanvullende, minder noodzakelijk geachte zorgvormen. De financiering hiervan is volledig particulier. De sturing van de zorg richt zich in financieel-economische zin uitsluitend op het eerste en tweede compartiment (de WTG is echter wel op delen van het derde compartiment van toepassing).

2.1. Het eerste compartiment

In het Regeerakkoord 1994-1998 is voor het eerste compartiment een strakke aanbodbeheersing vastgelegd. De verzekeringswet AWBZ is omgeven door de WZV en de WTG, die op aanbiedersniveau de bouw en de prijzen sturen en daarmee het volume en de kosten beheersen. Dit stelsel heeft tot gevolg dat in de AWBZ niet de gevraagde zorg voorop staat, maar het aanwezige aanbod. Blijkt dit aanbod, of het beschikbare budget, niet toereikend te zijn bij een bepaalde instelling, dan resulteren wachtlijsten, ondanks dat er bij andere aanbieders nog wel ruimte kan zijn. Meer in het algemeen geldt dat de rol van de patiënt en zijn specifieke wensen onvoldoende aan bod komen in dit compartiment. Flexibilisering van de zorg, transmuralisering, extramuralisering, zorg-op-maat en zorgvernieuwing zijn ontwikkelingen die hieraan tegemoet proberen te komen, maar tevens leiden tot een regelverdichting die voor de aanbieder en de vrager leiden tot onduidelijkheid en onzekerheid. Partijen die actief zijn in de AWBZ ondervinden weinig prikkels om actief te streven naar efficiencyverbetering of naar een doelmatige en effectieve verdeling van de aanwezige budgetten, onder andere gericht op het terugdringen van de wachtlijsten. De zorgkantoren sluiten productieafspraken af met de aanbieders, maar de aanbieder is van tevoren al verzekerd van zijn financiering.

Om tegemoet te komen aan de nadelen van deze aanbod-georiënteerde sturing, heeft de regering in het Regeerakkoord 1998-2002 een modernisering van de AWBZ aangekondigd, gericht op een meer vraaggestuurd stelsel. Deze sturingsvisie is recent neergelegd in het rapport Zicht op Zorg (TK 26 631, nr. 1). De volgende paragrafen geven een overzicht van deze nieuwe visie.

2.1.1. De verzekeraars in het eerste compartiment

De vraaggerichte benadering staat in het rapport Zicht op Zorg centraal. Dit komt tot uitdrukking in de rol van de zorgkantoren, gekoppeld aan grotere vrijheden voor zowel aanbieders als patiënten. Beoogd wordt dat de verzekeraars, in de rol van zorgkantoor, een belangrijke functie krijgen in de uitvoering van de AWBZ. Door middel van overeenkomsten moeten zij, binnen een regiobudget, zorg inkopen bij

de aanbieders in een regio. De zorgkantoren zullen hierdoor verantwoordelijk worden voor de doelmatigheid en effectiviteit van de ingekochte zorg die op de wensen van de in de regio woonachtige verzekerden is afgestemd. De doorverwijzing van patiënten zal door het zorgkantoor plaatsvinden op basis van een objectieve en onafhankelijke indicatie, opgesteld door regionale-indicatie-organen.

De budgetten gaan in de toekomst dan niet langer meer direct naar de aanbieders in de AWBZ, maar worden verdeeld, op basis van afgesloten overeenkomsten, door de zorgkantoren. Hier is een overgangstermijn voor ingesteld; de volumemiddelen uit het Regeerakkoord gaan per ingang van 2000 al naar de zorgkantoren, daarnaast is het voornemen jaarlijks 6% van de instellingsbudgetten over te hevelen. Het kabinet beoogt de verdeling van de budgetten over de regio's in de toekomst vorm te geven door een objectief verdeelmodel.

De doelstelling van de modernisering AWBZ is dat de zorgkantoren als een countervailing power gaan optreden tegenover de aanbieders van zorg. De zorgkantoren zelf zullen een meerjarige concessie krijgen voor de uitvoering van de AWBZ in een bepaalde regio. Om de zorgkantoren zelf belang te geven bij een zo doelmatig en effectief mogelijke uitvoering van de AWBZ, zullen er prikkels in het stelsel ingebouwd worden. Hierover worden in het kader van de MDW-AWBZ voorstellen uitgewerkt.

2.1.2. De aanbieders in het eerste compartiment

De aanbieders in het eerste compartiment zullen in het beoogde eindmodel moeten concurreren om de gunst van het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal immers zo doelmatig en effectief mogelijk zorg willen inkopen. Om hieraan tegemoet te komen zal het aanbod in de AWBZ flexibel moeten worden. In het Regeerakkoord is vastgelegd dat voor kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijffunctie centraal staat, de WZV niet meer toegepast zal worden. Voor grootschalige intramurale zorgvoorzieningen zal de WZV wel van toepassing blijven, met dien verstande dat deze fors wordt gedereguleerd voor wat betreft de bouwmaatstaven. Daarnaast zullen kwaliteitsvereisten bepalend blijven voor de vraag of een instelling wordt toegelaten in het kader van de AWBZ.

De afname en het budget van een instelling zullen in de toekomst niet langer meer gegarandeerd zijn omdat de contracteerplicht komt te vervallen. Tevens zullen de tarieven uit hoofde van de WTG een maximumkarakter krijgen. Dit vergt een aanpassing van de WTG omdat deze zich nu niet richt op productprijzen maar op de financiering van het budget van de aanbieder. De WTG zal aangepast worden in de richting van een stelsel met outputprijzen zodat het zorgkantoor binnen de door het CTG gegeven marges, over prijzen kan onderhandelen met de aanbieders.

In delen van de AWBZ treedt de patiënt zelf als zorgvrager op. Het al bestaande systeem van persoonsgebonden budgetten zal uitgebreid worden en daarnaast aangevuld worden met persoonsvolgende budgetten (vouchers waarmee zorg ingekocht kan worden bij erkende instellingen). Ook hiervoor geldt dat de MDW-AWBZ binnenkort met voorstellen komt ter verdere concretisering.

2.2. Het tweede compartiment

In het tweede compartiment is gekozen voor een stelsel van gereguleerde concurrentie. Deze sturingsvisie is recent neergelegd in de brief over de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment (TK 26 517, nr, 1). Belangrijk kernpunt van dit stelsel is dat ziekenfondsen in principe landelijk concurreren om de gunst van de verzekerde en een regionale oriëntatie kennen op de zorginkoopmarkt. Door middel van een objectief verdeelmodel krijgen zij hun budgetten toegewezen. Dit stelsel is in de loop van de jaren negentig tot stand gekomen en is nog niet voltooid. Actueel is de discussie over verdere aanpassingen van het stelsel en de aanpak van de genees- en hulpmiddelenproblematiek.

2.2.1. De verzekeraars in het tweede compartiment

In het tweede compartiment zijn ziekenfondsen en particuliere verzekeraars actief. De sturingsvisie betreft het tot stand brengen van concurrentie tussen ziekenfondsen om de gunst van de verzekerden door onderscheid in dienstverlening, verschillen in nominale premies en (aanvullende) particuliere verzekeringen. Ook voor de particuliere verzekeraars geldt dat deze concurreren om de gunst van de verzekerde, zij het dat deze door de WTZ momenteel geen risico lopen over een flink deel van hun verzekerden. Ziekenfondsen kunnen niet met elkaar concurreren door differentiatie in pakketten of eigen risico's. Tevens kunnen zij hun kosten niet minimaliseren door hun verzekerden te selecteren aangezien zij een acceptatieplicht hebben. De kosten dienen dus geminimaliseerd te worden door een actief beleid te voeren gericht op een doelmatige en effectieve zorgcontractering. Hiertoe dienen zij op te treden als countervailing power voor de zorgaanbieders met in acht neming van de contracteerplicht voor intramurale instellingen en de WTG. Ook particuliere verzekeraars dienen te werken binnen de WTG, maar zijn niet gehouden aan een contracteer- of acceptatieplicht.

Ziekenfondsen zijn gebudgetteerd door een normkostenverdeelmiddel gebaseerd op kenmerken van het verzekerdenbestand waaronder leeftijd, geslacht en regio. Een historische kostencomponent is hieraan toegevoegd. Afhankelijk van de beïnvloedingsmogelijkheden van verschillende uitgavencategorieën, vindt na afloop van het jaar verevening en nacalculatie plaats. Met ingang van 1-1-2000 zijn deze verder afgebouwd zodat verzekeraars voor bepaalde componenten volledig risicodragend zijn geworden (w.o. medicijnen). Particuliere verzekeraars lopen op ongeveer 70% van hun zorguitgaven risico. De resterende 30% valt onder de WTZ. Voor deze groep, met gemiddeld een hoog gezondheidsrisico, vindt een gezamenlijke pooling plaats. De nominale premie die ziekenfondsen vragen, komt tot stand doordat de budgetten die zij uit de Algemene Kas van het CvZ krijgen, bewust lager zijn dan de verwachte kosten. Het verschil tussen de verwachte kosten en de ontvangen budgetten wordt gecompenseerd door middel van de nominale premie. Deze premie kan tussen ziekenfondsen verschillen, maar binnen een ziekenfonds zal iedere verzekerde dezelfde premie betalen. In deze nominale premie komen (bij een ideaal werkend verdeelmodel) de verschillen tussen ziekenfondsen in doelmatigheid en effectiviteit naar voren. Gegeven de prijselasticiteit voor ziekenfondsverzekeringen, zal de verzekerde een doelmatig en effectief werkend ziekenfonds belonen.

Het kabinet heeft zich in de beleidsvisie uitgesproken voor een regionale benadering van de zorg. De verzekeraar dient op lokaal niveau overeenkomsten te sluiten waarin het regiobeleid tot uitdrukking komt. De risicodragendheid van ziekenfondsen moet garanderen dat zij ook aandacht besteden aan de doelmatigheid en effectiviteit. Concentratie van verzekeraars gericht op het versterken van de positie in de regionale markt, wordt in deze visie gezien als een mogelijkheid om beter tegemoet te komen aan de regionale oriëntatie die het kabinet voor ogen staat. Overigens wordt in ICER-verband nog gekeken naar een mogelijke strijdigheid van deze regionale benadering met EU-mededingingsregels.

2.2.2. De aanbieders in het tweede compartiment

Voor de aanbieders in het tweede compartiment gelden de WTG en de WZV. Er is een verschil tussen intra- en extramurale instellingen. Intramurale instellingen worden sterk gereguleerd door de WZV en WTG en ziekenfondsen kennen een contracteerplicht t.a.v. intramurale instellingen. Voor extramurale zorgverleners geldt in beginsel een vrije vestiging en hebben de tarieven uit hoofde van de WTG een maximumkarakter. Ziekenfondsen hebben geen contracteerplicht t.a.v. extramurale zorgverleners.

In het tweede compartiment vervult de huisarts de rol van poortwachter tot de specialistische behandelingen. In de ziekenhuizen zijn de specialisten werkzaam als vrij gevestigden. In de visie van het kabinet zullen ziekenhuizen zich gaan ontwikkelen tot geïntegreerde medisch-specialistische bedrijven. Specialististen gaan onderdeel uitmaken van de ziekenhuisorganisatie.

Om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de vraaggerichtheid van de zorg, streeft het kabinet regionale samenwerking na van de betrokkenen. Dit impliceert transmuralisering; verschillende aanbieders gaan samenwerken in zorgketens gericht op het zo effectief mogelijk leveren van de gevraagde zorg. Ziekenhuizen leveren op een grotere schaal dan vroeger gebruikelijk was thuiszorg. Tevens werken ziekenhuizen samen met thuiszorg-organisaties en andere aanbieders in het eerste compartiment. Zo treedt er naast transmuralisering ook ontschotting op tussen de verschillende compartimenten. In dit verband kan ook het beleid gezien worden om verzekeraars te stimuleren eigen instellingen te exploiteren, zo mogen ziekenfondsen tegenwoordig eigen apotheken in bezit hebben.

2.3. Conclusie

In beide compartimenten staat een regionale oriëntatie centraal. In het eerste compartiment moeten de zorgkantoren een countervailing power vormen tegenover de aanbieders en de vraag van de patiënten zo goed mogelijk tot uitdrukking brengen. In het tweede compartiment wordt van de verzekeraars verwacht dat zij in de regio een regiefunctie vervullen. De marktleider in een regio streeft naar een zo doelmatig en effectief mogelijke zorg, samen met de regiovertegenwoordiger van andere verzekeraars. Hierover loopt momenteel een ontheffingsverzoek bij de NMa. Voor de zorgkantoren zullen incentives ontwikkeld worden om een effectieve countervailing power te vormen. De ziekenfondsen concurreren landelijk om de gunst van de verzekerde. De regionale oriëntatie komt ook tot uitdrukking in het ontstaan van zorgketens; aanbieders uit voorheen gescheiden sectoren worden gestimuleerd samen te werken om een zo volledig mogelijk zorgproduct aan te bieden.

HOOFDSTUK 3 SAMENWERKING EN CONCENTRATIE IN DE ZORG

In opdracht van de IBO-werkgroep heeft KPMG een onderzoek uitgevoerd naar concentratie en samenwerking in de zorg. In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op dit onderzoek en zullen de belangrijkste conclusies gegeven worden (het volledige KPMG-rapport is als bijlage 3 bijgevoegd).

In het onderzoek is gebruik gemaakt van het marktstructuur, -gedrag en -resultaatparadigma, toegepast op de onderscheiden deelmarkten. Het betreft hier de zorgaanbiedersmarkt, de zorgverzekeraarsmarkt en de zorginkoopmarkt. Dit hoofdstuk volgt de structuur van dit analysekader.

3.1. Basismarktcondities: gezondheidszorg is nauwelijks een markt

De overheid wil de toegankelijkheid van de zorg waarborgen en tegelijkertijd de kosten beheersen. Zij reguleert hiertoe de toetredingmogelijkheden, het volume, de prijzen en de premies. Op de aanbiedersmarkt is een opwaartse druk op de vraag. Ten eerste door demografische factoren (vergrijzing). Ten tweede omdat zorgaanbieders betere informatie hebben over de noodzaak van medische zorg dan vragers en dus de vraag kunnen vaststellen (informatie-asymmetrie). Binnen het verzekeringssysteem dragen verzekerden bovendien niet zelf de werkelijke kosten van zorg, waardoor zij geen goede afweging maken tussen de kosten en baten van een behandeling (moral hazard), terwijl er wel steeds betere, maar ook duurdere technieken beschikbaar komen (technology push). Overconsumptie van zorg ligt daarom voor de hand. Financiële prikkels op het niveau van individuele consumenten zijn er slechts in geringe mate.

De overheid tracht de neiging tot overconsumptie en de daarmee steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg via budgettering te beperken. Prijzen en volumes liggen voor een groot deel vast. De grote vraag naar zorg en het beperkte aanbod leiden tot schaarste. De laatste jaren is het zorgaanbod bovendien nog eens extra schaars door tekorten aan personeel (artsen, verplegend en verzorgend personeel). Het schaarse aanbod maakt aanbieders machtige partijen, zowel ten opzichte van consumenten als ten opzichte van verzekeraars. Consumenten en verzekeraars hebben bij een schaars zorgaanbod immers weinig keuzemogelijkheden.

Ook de verzekeraarszijde van de markt is sterk gereguleerd, met name als het gaat om de uitvoering van de AWBZ en de ZFW. Bij de uitvoering van de AWBZ (als zorgkantoor) is er geen enkele concurrentieprikkel tussen verzekeraars. Voor de uitvoering van de ZFW geldt dat het grootste deel van de premie en het pakket wettelijk vast liggen. Ziekenfondsen concurreren alleen op service en op de hoogte van de nominale premie. Consumenten zijn echter tot nu toe nauwelijks gevoelig voor de beperkte verschillen in nominale premies. De prijsconcurrentie neemt na loslating van de regiobinding echter wel langzaam toe. Tegelijkertijd legt de overheid steeds meer financiële risico's bij de ziekenfondsen. Ziekenfondsen voelen hierdoor meer prikkels om de kosten van de zorg te beheersen. Door de schaarste van het aanbod en de regulering van prijzen en volumes van de (intramurale) zorg hebben ziekenfondsen echter nauwelijks instrumenten om de kosten ook daadwerkelijk te beheersen. Tegelijkertijd leiden de sterke regulering en het schaarse aanbod er toe dat de marktpartijen weinig

prikkels ervaren om de zorgmarkten efficiënt te laten werken en dat ze ook nauwelijks tot geen mogelijkheden hebben om een efficiënte werking van de zorgmarkten te bewerkstelligen.

3.2. Motieven voor samenwerking: zorgvernieuwing, continuïteit en invloed

De zorgmarkten worden gedomineerd door grote regionaal georiënteerde ziekenfondsen en regionale aanbieders. Met name het verkrijgen en behouden van de regie over de zorg in de regio is voor ziekenfondsen een belangrijk motief tot samenwerking. Ziekenfondsen fuseren daarom vooral met ziekenfondsen in aanpalende regio's. Ze trachten zo, na het loslaten van de regiobinding, toch zoveel mogelijk verzekerden te blijven binden. Immers, het imago van het ziekenfonds is sterk verbonden met het zorgaanbod in de regio. Vanuit deze sterke regionale positie en hun kennis van de regionale consumentenvraag, willen zij de partij zijn die in een regio optreedt als regisseur van het zorgaanbod. Als er aan de inkoopkant meer gelijkwaardige onderhandelaars zouden zitten, zou deze regierol veel moeilijker kunnen worden uitgeoefend. Hieruit komt een afgeleid motief tot samenwerking voort, namelijk dat om een serieuze gesprekspartner in de regio te blijven, de ene fusie de andere uitlokt.

Aan de zorgaanbiederskant is een meer inhoudelijk motief voor samenwerking aangetroffen. Door verticale samenwerking (tussen verschillende typen aanbieders) kan beter worden bereikt dat patiënten in het juiste bed terecht komen. Overigens zijn er nog vele belemmeringen tot het daadwerkelijk bereiken van de voordelen van deze ketenzorg; verschillen in financieringssystemen en cultuurverschillen zijn de belangrijkste.

Het onderzoek van KPMG heeft naar voren gebracht dat er in de zorg ook een zogenaamde "politieke markt" aanwezig is. De speelruimte van de partijen op de zorgmarkten wordt in sterke mate bepaald door wetten en regels van onder andere de Rijksoverheid, het CvZ en het CTG. Daarnaast hebben ook koepelorganisaties van verzekeraars en aanbieders een stem in de politieke besluitvorming. Om de continuïteit van de eigen organisatie te waarborgen en om zorginhoudelijke doelen te bereiken willen verzekeraars en aanbieders invloed op beleidsmakers en belangenorganisaties uitoefenen. Om op deze politieke markt een positie te verwerven is het nodig om groot en het liefst de grootste te zijn.

Samenwerking en concentratie vinden ook plaats om de effecten van overheidsbeleid te vermijden of te verzachten. Door samenwerking is het bij voorbeeld gemakkelijker om aan de eisen van nieuwbouw en beddenreductie te voldoen. Particuliere verzekeraars en ziekenfondsen werken samen omdat ze dan minder gevoelig zijn voor mutaties van loongrensoverschrijders, voor het verschuiven van groepen verzekerden tussen de compartimenten en het voor het verschuiven tussen compartimenten van zorgpakketten. Ziekenfondsen fuseren of gaan samenwerken om het financiële risico van de invoering van de budgettering beter te beheersen en naar aanleiding van het loslaten van de regiobinding.

De ontwikkeling naar gemengde collectiviteiten en naar all-care-pakketten is ook een reden voor samenwerking tussen ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars respectievelijk tussen zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars. Voordelen zijn bij voorbeeld te behalen door het

beheersen van ziekteverzuim en gecombineerde inkoop. Het realiseren van schaalvoordelen wordt daarnaast genoemd als bij-effect van een fusie, dit is echter vaak niet het hoofdmotief.

3.3. De zorgaanbiedersmarkt.

3.3.1. Marktstructuur: keuze in aanbod beperkt

Op de markt voor ziekenhuiszorg is een sterke concentratie zichtbaar. In sommige regio's is er nog maar één aanbieder over. De consument heeft hierdoor weinig keuzemogelijkheden tussen ziekenhuizen, behalve als hij bereid is buiten zijn eigen regio te reizen.

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van het aantal ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen aangegeven.

	1985	1990	1994	1995	1997
Aantal ziekenhuizen	207	168	151	147	143
Aantal verzorgingshuizen	1575	1514	1446	1425	1394
Aantal verpleeghuizen	328	326	330	329	332

bron: CBS & ministerie van VWS (1997), Vademecum gezondheidsstatistiek 1997

Ook in de verpleging en verzorging is er een sterke mate van samenwerking en concentratie. Hier is dit echter minder ver voortgeschreden dan bij de ziekenhuizen. Dat komt deels omdat de regelgeving tussen de verschillende vormen van verpleging en verzorging verschilt, onder andere op het gebied van eigen bijdragen en het verstrekken van verantwoordingsinformatie. Daarnaast wordt het aanbod nog verzorgd vanuit (veel) verschillende locaties, die vaak nog hun eigen cultuur en werkwijze kennen.

In sommige regio's treedt vérgaande samenwerking of concentratie tussen ziekenhuizen en verpleeg- of verzorgingshuizen op. Hiermee trachten de aanbieders een precies op de maat van de patiënt toegesneden pakket aan te bieden (ketenzorg). Binnen het aanbod van deze ketens heeft de patiënt dus meer keuze, maar hij kan binnen zijn regio niet meer kiezen tussen verschillende aanbieders.

3.3.2. Marktgedrag: kwaliteit van zorg plannen en afstemmen

Zorgaanbieders voeren structureel overleg met andere aanbieders in de regio. In dit overleg worden zorginhoudelijke vraagstukken afgestemd. Ook worden binnen regio's medisch specialisten over de ziekenhuizen verdeeld of worden afspraken gemaakt over investeringen in dure nieuwe technologieën. Voorts trachten aanbieders via samenwerking zorg-op-maat te leveren aan de consument. Aanbieders hoeven nauwelijks of geen inspanningen te plegen om klanten te lokken; zorg is immers schaars.

3.3.3. Marktresultaat: geen prikkels tot efficiëntie

Op een markt waar zorg schaars is hebben consumenten weinig mogelijkheden om de beste zorg te kiezen. Bovendien kampen zij met het probleem van de informatie-asymmetrie. De consument prikkelt de aanbieder dus nauwelijks om een goede kwaliteit aan te bieden tegen de laagste prijs. Aanbieders

zijn echter wel steeds bezig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door via samenwerking meer zorg-op-maat en ketenzorg te ontwikkelen. De keerzijde van deze samenwerking is wel dat de keuzevrijheid van de consument nog verder afneemt. Economisch-theoretisch gezien bevat de aanbiedersmarkt dus geen prikkels voor efficiëntie. Samenwerking en concentratie kunnen wel positieve effecten hebben op de kwaliteit en doelmatigheid als ketenzorg een succes wordt. Druk vanuit de markt om dit succes te bereiken en ook vol te houden is er echter niet.

3.4. De zorgverzekeringsmarkt

3.4.1. Marktstructuur: de regio is de markt

Op de zorgverzekeringsmarkt is er een onderscheid tussen particuliere verzekeraars, ziekenfondsen en zorgkantoren. De uitvoering van de AWBZ is helemaal wettelijk vastgelegd. Samenwerking, concentratie of marktwerking zijn voor de zorgkantoren niet aan de orde.

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van het aantal verzekeraars aangegeven.

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Aantal Ziekenfondsen	41	26	27	29	30	28
Aantal particuliere verzekeraars	81	54	50	52	53	49
w.v. privaatrechtelijk	68	51	47	49	50	46

bron: KPMG, 1999, pag 46 en 60 en Vektis jaarboek 1999

Op de markt voor particuliere verzekeringen is door concentratie een afname van het aantal verzekeraars te zien. Deze concurreren echter wel op premiehoogte en de inhoud van het pakket. De concurrentie gaat met name om jongere verzekerden (risicoselectie) en om collectieve contracten. Concurreren op de kwaliteit van het zorgaanbod gebeurt nauwelijks omdat particuliere verzekeraars weinig onderhandelingsmacht hebben in de regionale onderhandelingen met zorgaanbieders.

Sinds 1992 werken ziekenfondsen landelijk en kunnen ook nieuwe ziekenfondsen toetreden. De 29 ziekenfondsen in 1999 zijn te onderscheiden in 21 traditionele en 8 nieuwe ziekenfondsen. Voor de fusies en overnames onder de traditionele ziekenfondsen is de belangrijkste reden de budgettering en het loslaten van de verplichte ziekenfondsregio's. De nieuwe ziekenfondsen zijn opgericht door particuliere verzekeraars die vanwege de toenemende vraag naar gemengde collectiviteiten ook de markt voor ziekenfondsverzekerden willen betreden.

Door strategische allianties tussen ziekenfondsen en andere samenwerkingsverbanden is de feitelijke concentratie op de markt nog groter dan de aangegeven 29 fondsen. De samenwerkingsverbanden van 7 grote ziekenfondsen/particuliere verzekeraars hebben tezamen 70% van de markt in handen.

Ziekenfondsen hebben, ook na het loslaten van de regiobinding en het ontstaan van landelijke concurrentie, nog steeds hun machtsbasis in de regio. Deze positie is ondanks fusies minder sterk dan

tien jaar geleden. Ziekenfondsen kunnen in beperkte mate concurreren op de premie maar niet op de inhoud van het wettelijk verzekeringspakket.

Één ontwikkeling kan de regionale machtspositie wellicht doorbreken; de opkomst van gemengde collectiviteiten. Verzekeraars bieden aan werkgevers collectieve contracten waarmee alle werknemers, zowel ziekenfonds als particulier, verzekerd zijn. Met name als het om grote werkgevers gaat, is dit veel meer een landelijke markt, waarop verzekeraars met elkaar concurreren. Met name de grote ziekenfondsen begeven zich, met hun sterke regionale positie als basis, op deze markt. Daarbij werken ze samen met hun eigen particuliere verzekeringspoot of met andere particuliere verzekeraars. Desalniettemin blijkt dat er toetredingsbelemmeringen tot de regionale markt aanwezig blijven. Dit blijkt uit de hoge kosten die nieuwe toetreders moeten maken om naamsbekendheid te krijgen en uit het feit dat de zorgaanbieders en werkgevers geneigd zullen zijn patiënten door te verwijzen naar het dominante ziekenfonds.

3.4.2. Marktgedrag: streven naar de rol van zorgregisseur

Ziekenfondsen richten hun strategie sterk op het behouden en versterken van hun regionale machtspositie. Zij fuseren met ziekenfondsen in de eigen en omliggende regio's en bieden ook particuliere verzekeringen aan om zoveel mogelijk verzekerden te binden. Als grootste kunnen zij zich profileren als regisseur in de regio, die de regio en de consumenten kent. Via het onderhouden van een goede relatie met de regionale zorgaanbieders willen zij voor hun verzekerden zo goed mogelijke zorg en service bieden. Ziekenfondsen concurreren dus vooral met elkaar op hun regionale profiel. Sommige zorgverzekeraars geven aan niet de behoefte te hebben om buiten hun eigen regio te gaan concurreren op de markt voor individuele ziekenfondsverzekerden. Andere regionale zorgverzekeraars betreden wel de landelijke verzekeringsmarkt, maar dan wel vanuit een sterke regionale positie.

Vergroting van het marktaandeel bereiken zorgverzekeraars vooral via samenwerking en concentratie. Dit leidt ertoe dat de gefuseerde verzekeraars in een steeds grotere regio marktleider zijn. Het marktaandeel is wel kleiner geworden, maar blijft doorgaans boven de 50 procent. Via lagere premies of een betere service de naburige regio betreden, is voor verzekeraars een minder populaire strategie. De consument is vooralsnog weinig gevoelig voor verschillen in nominale premie en andere manieren om zich als verzekeraar te onderscheiden zijn er niet of nauwelijks. Bovendien kan een verzekeraar met een klein regionaal marktaandeel ook geen invloed uitoefenen op het zorgaanbod. De rol van zorgregisseur kan met een klein marktaandeel geen gestalte krijgen. Samenwerking en concentratie biedt wel de mogelijkheid om in een grotere regio als regisseur op te treden. Naast samenwerking en concentratie vergroten verzekeraars hun marktaandeel door concurrentie om de verzekerden, voor zover deze niet tot een groep verzekerden met relatief grote risico's behoren.

Op de markt voor gemengde collectiviteiten concurreren de verzekeraars wel met elkaar op prijs. Doordat de inkooprijzen van zorg echter vrijwel vastliggen kunnen lage prijzen alleen worden bereikt via besparingen op de uitvoeringskosten, via kruis-subsidiëring vanuit de individuele verzekeringen, of (tijdens het veroveren van marktaandeel in deze nieuwe, groeiende markt) ten koste van de winst.

3.4.3. Marktresultaat: invloed of efficiency, maar niet de prikkel om invloed uit te oefenen

Op de markt voor particuliere verzekeringen is concentratie tussen verzekeraars onderling en met ziekenfondsen zichtbaar. Particuliere verzekeraars concurreren met elkaar om de prijs en samenstelling van het verzekeringspakket. De markt bevat dus prikkels voor efficiëntie in de uitvoering en samenstelling van het pakket. Aan de inkoopkant hebben particuliere verzekeraars echter weinig invloed op de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Efficiëntie op deze markt betreft dus de efficiënte werking van de verzekeraars en niet die van het zorgaanbod.

Veel ziekenfondsen kiezen eerder voor samenwerking en concentratie om hun marktpositie te behouden of te versterken, dan voor prijsconcurrentie. Zij streven vooral naar een regionale marktleiderspositie. Als marktleider en daarmee belangrijkste onderhandelaar met de zorgaanbieders hebben zij meer invloed op de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod dan de andere verzekeraars. De prikkel om op de zorgverzekeringsmarkt een zo efficiënt mogelijk marktresultaat te bereiken is door het grotendeels ontbreken van concurrentie echter juist minder groot. De opkomst van gemengde collectieve contracten kan deze efficiëntieprikkel echter wel groter maken.

3.5. De zorginkoopmarkt

3.5.1. Marktstructuur: regionale onderhandelingen van marginaal belang

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Deze markt bestaat zowel uit een landelijke als een regionale markt. Op de landelijke (politieke) markt 'onderhandelen' de overheid en de koepelorganisaties van verzekeraars en aanbieders met elkaar over prijzen, volumes en budgetten. Hiermee bepalen deze partijen in zeer belangrijke mate de kaders waarbinnen de zorgverzekeraars zorg inkopen op de regionale markten. Het is belangrijk om invloed uit te oefenen op deze landelijke onderhandelingen.

Doordat prijzen, volumes en budgetten grotendeels vastliggen, zijn de regionale onderhandelingen slechts van marginaal belang voor het bereiken van een goede prijs/kwaliteitsverhouding van de intramurale zorg in de regio. De vrije onderhandelingsruimte bestaat uit enkele procenten van het totale budget en betreft vooral vernieuwingsgelden.

In de regionale onderhandelingen speelt aan de kant van de verzekeraars de regionale marktleider de hoofdrol. Deze voert in feite de onderhandelingen ook namens de andere verzekeraars. De andere verzekeraars laten zich veelal vertegenwoordigen door de zogenaamde regiovertegenwoordiger. De invloed van deze regiovertegenwoordiger is echter beperkt.

Door de concentratie en samenwerking aan de aanbiederskant is ook het aantal aanbieders dat aan de onderhandelingen deelneemt vaak beperkt. In veel regio's zijn er immers nog maar één of enkele (gefuseerde) ziekenhuizen en één of enkele (gefuseerde) instellingen voor verpleging en verzorging.

3.5.2. Marktgedrag: streven naar een goede verstandhouding

Marktmacht en countervailing power zien de ziekenfondsen noch de zorgaanbieders als relevante begrippen bij de omschrijving van de regionale onderhandelingen. Zij streven naar een sfeer van goede verstandhouding. In een sfeer van goede verstandhouding kunnen de partijen het gemakkelijkst afspraken maken over ontwikkelingen op de lange termijn, vernieuwing van de zorg, reactie op overheidsregels en veranderende marktomstandigheden. De zorgverzekeraar kan daarmee de door haar gewenste regierol invullen. Voor de zorgaanbieders is een goede verstandhouding van belang om nieuwe plannen te kunnen realiseren. Om de goede verstandhouding te behouden zullen verzekeraars en aanbieders ook geen scherpe onderhandelingen voeren over de vernieuwingsgelden, deze worden bij voorkeur eerlijk verdeeld.

Hoe meer partijen er aan beide zijden van de tafel zitten, hoe moeilijker het is om deze goede verstandhouding te bewerkstelligen. De verschillende partijen geven dan ook aan dat het met meer partijen moeilijker wordt om lange-termijnafspraken te maken, of zorgvernieuwing te regelen.

De regiovertegenwoordiger die namens de overige verzekeraars mee-onderhandelt heeft meestal weinig invloed. Wel geven partijen aan dat de regiovertegenwoordiger vaak meer nadruk legt op kostenbeheersing dan de dominante regionale zorgverzekeraar. Een sterke rol voor de regiovertegenwoordiger zou kunnen betekenen dat kostenbeheersing in de onderhandelingen, naast zorginhoudelijke aspecten, meer aandacht krijgt. Gezien de beperkte inkoopmacht kan kostenbeheersing echter niet worden afgedwongen.

3.5.3. Marktresultaat: beter samenwerking dan regionale concurrentie om niets

In de vorige paragrafen is reeds geconstateerd dat de regionale ziekenfondsen en de zorgaanbieders weinig prikkels hebben om te streven naar een zo groot mogelijke efficiency. Ook de zorginkoopmarkt zelf bevat weinig prikkels tot efficiency. Er is in de praktijk immers maar één vrager en één of enkele aanbieders. Verzekeraars en aanbieders hebben bovendien nauwelijks instrumenten om een efficiënt marktresultaat te bereiken, want de onderhandelingsruimte is zeer beperkt. De vraag is echter of een model met meer vragers en meer aanbieders op deze markt tot een efficiënter marktresultaat leidt. In een markt waar prijzen en volumes al vastliggen, leidt een goede samenwerking tussen zorgverzekeraar en aanbieder waarschijnlijk tot een beter zorgaanbod dan regionale concurrentie om niets.

3.6. Toekomstige ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verwachtingen die leven bij de aanbieders en verzekeraars in de zorg over de toekomstige ontwikkelingen op het terrein van concentratie en samenwerking.

Een eerste verwachting is dat de zorg zich meer klantgericht zal organiseren. Het belangrijkste middel daartoe is de verdere ontwikkeling van zorgketens. In de zorgketen krijgt de consument precies op zijn maat toegesneden zorg. Dit zou betekenen dat de verticale samenwerking tussen ziekenhuizen en de

verpleging- en verzorgingssector verder doorzet. Onduidelijk is echter nog of zorgaanbieders voldoende geprikkeld zullen worden om zorg echt klantgericht te organiseren. Op dit moment heeft de consument immers nog weinig marktmacht. Ideeën als vouchers in de AWBZ kunnen de consument wellicht meer marktmacht geven. Ook een verdere groei van collectieve verzekeringscontracten kan de vraagzijde versterken.

Een tweede, hiermee samenhangende verwachting is dat de omvang van de zorgaanbieders nog verder toeneemt. Daarbij zet de trend zich voort naar een beperkt aantal topzorgaanbieders met daaromheen een stelsel van aanbieders die de rest van de zorgketen kunnen aanbieden.

Een derde verwachting betreft de rol en positie van zorgverzekeraars. Door verdergaande samenwerking en concentratie neemt het aantal regionaal georiënteerde ziekenfondsen af tot ongeveer tien grote regionale marktleiders. Deze zullen enerzijds de rol vervullen van zorgregisseur in de regio. Anderzijds is ook de verwachting dat de verdere groei van de gemengde collectieve contracten met werkgevers de regionale rol van verzekeraars onder druk zal zetten en de landelijke concurrentie zal intensiveren.

Een vierde verwachting is dat het effect van het loslaten van de regiobinding voor ziekenfondsen groter zal worden. Consumenten beginnen langzamerhand te ontdekken dat zij van ziekenfondsen kunnen wisselen. Ook nemen de verschillen in nominale premies tussen ziekenfondsen toe. Dit zou de regisseursrol van ziekenfondsen kunnen aantasten en hun positie ten opzichte van regionale aanbieders kunnen verzwakken.

Een vijfde verwachting is dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit meer invloed op de zorgmarkten gaat uitoefenen. Dit kan gaan betekenen dat zowel zorginkopers als zorgaanbieders op de inkoopmarkt niet of minder sterk mogen samenwerken. De verwachting is dat het effect op het marktresultaat vooralsnog gering zal zijn. De prikkel om met elkaar te concurreren neemt toe, maar zorginkopers hebben niet de instrumenten in handen om (op deze sterk gereguleerde markt) daadwerkelijk meer efficiëntie te bewerkstelligen.

De zesde, minder gehoorde verwachting is dat de uitvoering van zorgverzekeringen in nog sterkere mate in publieke handen zal worden gelegd. Deze ontwikkeling loopt dan parallel aan de gedachte om ook de sociale verzekeringen deels publiek te gaan uitvoeren.

De laatste verwachting betreft de groei van het private aanbod. Als uitlaatklep voor het schaarse, feitelijk publieke zorgaanbod is een verdere groei van het private aanbod onvermijdelijk. Als private aanbieders niet in Nederland worden toegestaan dan zal toch bij voorbeeld direct over de grens private zorg worden geboden, die door private verzekeringen wordt vergoed.

3.7. Conclusies

In dit hoofdstuk is ingegaan op de belangrijkste bevindingen van het onderzoek dat KPMG heeft uitgevoerd in opdracht van de IBO-werkgroep. Uit dit onderzoek kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

1. Vragers en aanbieders op de zorgmarkten voelen nauwelijks prikkels om de zorgmarkten efficiënt te laten werken. Door de sterke regulering en het schaarse aanbod hebben de partijen bovendien nauwelijks instrumenten om een efficiënte werking van zorgmarkten te bewerkstelligen.
2. Bij zorgaanbieders is sprake van een sterke mate van samenwerking en concentratie. Dit gebeurt om de continuïteit van de organisatie beter te kunnen waarborgen en om zorginhoudelijke redenen. Binnen een organisatie kan aan consumenten in toenemende mate zorg-op-maat worden aangeboden. Tegelijkertijd neemt de keuzevrijheid van consumenten om te kiezen tussen instellingen af. Samenwerking en concentratie beperken daarmee de - toch al geringe - marktprikkel om de consument zo goed mogelijk te bedienen en om de kwaliteit van de zorg op peil te houden.
3. Ook bij particuliere zorgverzekeraars is samenwerking en concentratie zichtbaar. Op de markt voor zorgverzekeringen concurreren zij met elkaar om de collectieve contracten en om de jonge verzekerden. De markt voor zorginkoop kunnen zij nauwelijks beïnvloeden. De rol van hun regiovertegenwoordiger is beperkt. De concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars heeft dus alleen invloed op de prijs en kwaliteit van de verzekering maar niet op die van het zorgaanbod.
4. De regionaal georiënteerde ziekenfondsen proberen hun marktaandeel en daarmee hun landelijke en regionale invloed te behouden via samenwerking en concentratie. In toenemende mate beginnen zij ook te concurreren op de nominale premie. Als regionale marktleider en als speler op de landelijke politieke markt kunnen zij in zekere mate invloed uitoefenen op de prijs en kwaliteit van de zorg. Door hun dominante positie op de regionale markt worden zij daartoe echter (nog) niet sterk geprikkeld.
5. De regionale zorginkoop door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders vindt plaats binnen strakke kaders. De onderhandelingsruimte op regionaal niveau is daarom slechts van marginaal belang voor prijs en kwaliteit van de zorg. De inkoop wordt in de praktijk geregeld tussen het dominante ziekenfonds en één of enkele zorgaanbieders. Een constructieve samenwerking tussen deze partijen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, leidt binnen de bestaande kaders waarschijnlijk tot een beter zorgaanbod dan onderhandelingen over (bijna) niets.
6. Prikkels voor een efficiënte werking van de zorgmarkten ontbreken vrijwel geheel. De mate van concentratie en samenwerking doen hieraan nauwelijks toe of af. De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden zodoende niet gewaarborgd door marktprikkels. Of er goede en doelmatige zorg wordt geboden is afhankelijk van de mate waarin de marktpartijen zelf zorginhoudelijke doelstellingen willen nastreven. In de zorg hebben veel partijen zo'n doelstelling. Binnen de bestaande kaders is samenwerking en concentratie voor deze partijen een rationele strategie om die zorginhoudelijke doelen te bereiken. Zij kunnen dan immers meer invloed uitoefenen op wetten en regels en ze worden door samenwerking en concentratie invloedrijk genoeg om in de regionale onderhandelingen hun zorginhoudelijke doelen vorm te geven.

HOOFDSTUK 4 CONCENTRATIE EN STURING

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op een onderzoek dat KPMG heeft uitgevoerd naar concentratie en samenwerking in de zorg. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van dit onderzoek naast de sturingsvisie van het kabinet gelegd. De toelaatbaarheid van concentraties, fusies en samenwerkingsverbanden dient primair beoordeeld te worden door middel van toetsing aan de mededingingswet. De werkgroep heeft een dergelijke beoordeling niet als onderdeel van haar opdracht gezien; de NMa is de hiertoe bevoegde instantie.

4.1. Het eerste compartiment

4.1.1. De verzekeraars in het eerste compartiment

Uit het rapport Zicht op Zorg blijkt dat beoogd wordt de uitvoering van de AWBZ in handen te geven van zorgkantoren. Deze zorgkantoren dienen prikkels te krijgen om op een doelmatige en effectieve wijze zorg in te kopen. Tegelijkertijd dienen zij instrumenten te krijgen tot het beïnvloeden van de aanbieders om op een efficiënte wijze met de gelden om te gaan. Deze prikkels en beïnvloedingsmogelijkheden zijn in de huidige plannen nog niet uitgewerkt.

Zorgkantoren hebben een concessie om gedurende een periode van vier jaar de AWBZ uit te voeren. In principe kan na afloop van deze periode beoordeeld worden of het zorgkantoor naar behoren heeft gefunctioneerd. Hoe dit concessiestelsel werkt, is nog onduidelijk. Met name de vraag naar de praktische mogelijkheden om na een bepaalde periode over te gaan naar een andere verzekeraar, moet beantwoord worden. De werkgroep vindt een goede uitwerking van het concessiestelsel een voorwaarde voor de geloofwaardigheid en effectiviteit van het stelsel.

De vormgeving van de prikkels voor zorgkantoren en van het concessiestelsel zijn onderdeel van de MDW-AWBZ.

4.1.2. De aanbieders in het eerste compartiment

Toetredingsmogelijkheden

Bij de intramurale instellingen in het eerste compartiment is het beleid van het kabinet gericht op het vergroten van de vrijheid van bestaande aanbieders om het volume te bepalen en op het vergroten van de toetredingsmogelijkheden van nieuwe aanbieders. Het loslaten van de aanbodregulering is een wezenlijk onderdeel van de modernisering AWBZ. Tevens wordt door het instrument van persoonsgebonden budgetten en persoonsvolgende budgetten de keuzevrijheid van de consument vergroot.

Door het loslaten van de stringente aanbodregulering kan in het eerste compartiment een bijdrage geleverd worden aan een verbetering van de allocatie en een vermindering van de schaarste. Bestaande aanbieders kunnen zich op andere terreinen gaan begeven; een verpleeghuis kan bij

voorbeeld ook thuiszorg gaan leveren. Daarnaast kan een toename van het aanbod er toe leiden dat een verzekerde of een zorgkantoor tussen meer instellingen kan kiezen. Doordat nieuwe toetreders actief kunnen worden in het eerste compartiment wordt de keuzevrijheid verder vergroot naar instellingen buiten het traditionele veld. Binnen de AWBZ geldt dat toetredingsmogelijkheden vanuit de aard van de voorzieningen versoepeld kunnen worden. De initiële investeringen zijn in vergelijking met de intramurale zorg in het tweede compartiment gering en bovendien is in vergelijking met het tweede compartiment zonder al te veel kapitaalverlies uittrekking mogelijk. Daarnaast zijn er diverse substitutiemogelijkheden binnen de AWBZ (verzorgingshuizen en thuiszorg) en tussen tot de AWBZ toegelaten aanbieders en anderen (bijvoorbeeld lichte vormen van thuiszorg en huishoudelijke hulp). Een onafhankelijke indicatiestelling voorkomt daarnaast een te grote druk vanuit het aanbod op de vraag.

De werkgroep acht de gesignaleerde concentratieverschijnselen aan de aanbodzijde nadelig voor de keuzevrijheid van zorgkantoor en consument en heeft dus vanuit marktwerkingsoptiek een kritische houding ten opzichte van een verdere concentratie. Wel wil zij daarbij een onderscheid maken tussen de verschillende sectoren in het eerste compartiment. De kritische houding heeft met name betrekking op de ouderen- en thuiszorg. In de gehandicaptenzorg acht de werkgroep het denkbaar dat zorginhoudelijke overwegingen nopen tot een meer genuanceerde houding. Vanuit deze optiek constateert de werkgroep dat een verruiming van de toetredingsmogelijkheden voor particuliere aanbieders en een grotere vrijheid voor bestaande aanbieders van groot belang is en een tegenwicht kan bieden aan de negatieve aspecten van voortschrijdende samenwerking en concentratie.

Particulier aanbod

In de ouderenzorg zijn steeds meer nieuwe ontwikkelingen zichtbaar die in de richting gaan van meer particuliere toetreders. Een groot gedeelte van deze initiatieven bestaat uit het aanbieden van de woonfunctie voor ouderen buiten de AWBZ om. In de AWBZ lopen de woonfunctie en de zorgfunctie door elkaar heen, waardoor voor een gedeelte van de AWBZ de substitutiemogelijkheden met alternatieven die niet door de AWBZ vergoed worden altijd al omvangrijk waren (bijvoorbeeld serviceflats). Met name meer flexibiliteit voor de woonvoorzieningen in de ouderenzorg maakt het mogelijk voor instellingen buiten de AWBZ om toe te treden tot de markt. Verzorgingshuizen kunnen bij voorbeeld zonder grote investeringen omgezet worden in gewone woningen en vice versa. Dit biedt mogelijkheden voor bij voorbeeld vastgoedbeleggers om de woonfunctie te verzorgen, terwijl bestaande en nieuwe zorgaanbieders zich toelagen op het zorgaanbod. Deze nieuwe initiatieven zijn wenselijk omdat een toename van het aantal aanbieders op de markt een vergroting van de keuzevrijheid tot gevolg heeft wat positief kan uitwerken op de efficiency. Het gevolg is wel dat verschillende financieringssystemen door elkaar heen gaan lopen waardoor de doorzichtigheid van de markt verkleind wordt. Dit noodzaakt ertoe om binnen de AWBZ een duidelijker onderscheid te maken tussen wonen en zorg vanuit de gedachte dat de AWBZ in eerste instantie zorgrisico's moet dekken. Het aanbod van woonvoorzieningen hoeft niet noodzakelijkerwijs vanuit de AWBZ te worden georganiseerd. De verschillende voorzieningen worden hierdoor eenvoudiger te vergelijken en

bovendien is het eenvoudiger voor nieuwe toetreders om woon- of zorgdiensten aan te bieden die voorheen alleen in combinatie aangeboden konden worden.

De werkgroep staat positief ten opzichte van het toenemend particulier initiatief voor woonvoorzieningen binnen een stelsel waarin wonen en zorg van elkaar zijn losgekoppeld en zorg verleend wordt vanuit de AWBZ.

4.2. Het tweede compartiment

4.2.1. Verzekeraars in het tweede compartiment

Regionale machtspositie

De dominante positie in de eigen regio, waarover ziekenfondsen van oudsher beschikken, neemt af o.a. door de opkomst van de collectiviteiten en nieuwe ziekenfondsen. Regionale ziekenfondsen blijven vooralsnog wel dominant. Uit het onderzoek van KPMG blijkt dat toetreding van nieuwe ziekenfondsen op de regionale markten bemoeilijkt wordt door deze dominante positie.

De afname van de dominantie van het regionale ziekenfonds is een ontwikkeling die de werkgroep met instemming begroet. In de regionale oriëntatie die onderdeel is van de sturingsvisie van het kabinet, speelt de marktleider in een regio een dominante rol. De werkgroep is echter van mening dat dit model alleen dan tot de gewenste uitkomsten leidt als de regionale marktleider op de verzekeringsmarkt voldoende concurrentie ondervindt. Zijn rol als regionale marktleider moet betwistbaar zijn om te voorkomen dat hij zich als een monopolist op de regionale zorginkoopmarkt gaat gedragen. In het KPMG-onderzoek is naar voren gekomen dat de marktleider in een regio momenteel niet genoeg geprikkeld wordt om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van zorg. De -weinig invloedrijke- vertegenwoordiger van de overige verzekeraars legt meer nadruk op kostenbeheersing. Als de marktleider te weinig aandacht besteedt aan doelmatigheid en effectiviteit van de geleverde zorg, dan dient zijn rol overgenomen te kunnen worden door andere verzekeraars. De afnemende dominantie in de regio impliceert dat het voor verzekerden eenvoudiger is geworden om over te stappen op een ander ziekenfonds en dus dat de marktleider meer prikkels krijgt tot het leveren van een doelmatige en effectieve zorg. Alhoewel de afname van de dominantie door gaat, acht de werkgroep de huidige situatie, waarin het marktaandeel van de marktleider gemiddeld nog boven de 50% ligt, nog een te beperkte betwistbaarheid van zijn positie. De werkgroep is daarom van mening dat concentratieverschijnselen die een versterking van de rol van marktleider in de regio tot gevolg hebben, haaks staan op het beleid dat het kabinet voor ogen heeft in het tweede compartiment. Een concentratie die de druk op de marktleider vergroot, bij voorbeeld door het fuseren van twee alleen landelijk werkende ziekenfondsen, wordt als positief beoordeeld, met name als de concentratie gericht is op het versterken van de positie ten opzichte van de marktleider in een regio.

De werkgroep ziet binnen het sturingsconcept een spanning tussen het bestaan van een landelijke markt voor verzekeringen en een regionale oriëntatie van marktleiders. Een verzekeraar kan immers landelijk een grote speler zijn, zonder in enige regio een dominante rol te vervullen. Voor deze landelijke verzekeraars is het moeilijk om zich in de regio te onderscheiden van de marktleider. Ook al is het marktaandeel van de marktleiders aan het afnemen, de werkgroep blijft het van groot belang vinden dat de nieuwe toetreders de mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden, bij voorbeeld door het versoepelen van de contracteerplicht.

Naast het vergroten van de toetredingsmogelijkheden tot de regionale markten, acht de werkgroep het meer ten principale noodzakelijk dat verzekeraars meer mogelijkheden krijgen zich te onderscheiden van elkaar. Dit komt ook naar voren op het terrein van de geneesmiddelen in de rapporten van de Commissie de Vries, Zorgverzekeraars Nederland en het MDW-rapport geneesmiddelen. Een voorbeeld is het ruimte geven aan ziekenfondsen voor het aanbieden van gedifferentieerde pakketten.

Particuliere verzekeraars

In het particuliere segment van de markt wordt met name geconcentreerd om collectiviteiten en de jonge verzekerden. Binnen de markt zijn verschillende overlegcircuits aanwezig waarin samenwerking plaatsvindt van zorgverzekeraars met uitvoerders van sociale verzekeringen en Arbo-diensten. Particuliere verzekeraars overleggen in veel gevallen gezamenlijk over hun standpuntbepaling ten aanzien van overheidsbeleid. Over de mate van concurrentie tussen particuliere verzekeraars bestaat voor de werkgroep veel onduidelijkheid; vragen voor de werkgroep betreffen de doorzichtigheid van de markt en de vergelijkbaarheid van de aangeboden producten. De werkgroep is van mening dat dit om nader onderzoek vraagt. Hierin dient tevens aandacht besteed te worden aan het fenomeen dat voor een groot gedeelte van de markt de mogelijkheden om van verzekeraar te veranderen beperkt zijn vanwege de risicoselectie bij particuliere verzekeraars.

In toenemende mate zijn verbanden te zien tussen ziekenfondsen en aanbieders van andere financiële producten waaronder particuliere ziektekostenverzekeraars. Het aangaan van samenwerkingsverbanden met particuliere ziektekostenverzekeringen wordt met name gemotiveerd doordat hierdoor verzekerden behouden worden die boven de inkomensgrens vallen en doordat het mogelijk wordt aanvullende pakketten aan te bieden. Dit laatste kan echter een belemmering van de mobiliteit van verzekerden tot gevolg hebben. De werkgroep is van mening dat ook dit noodzaakt tot het grondig analyseren van de concurrentie tussen particuliere verzekeraars.

All-care en All-finance

Het all-care concept bundelt de diensten ten aanzien van sociale zekerheid en ziektekosten. De ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid, waarbij het belang van werknemers en werkgevers bij preventie en verzekering is toegenomen, heeft inmiddels geleid tot een aantal samenwerkingsverbanden tussen (geprivatiseerde) Arbo-diensten en joint ventures van zorgverzekeraars en UVI's. All-finance bundelt verzekeringsproducten en financiële producten. Naast ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nemen dan ook banken deel in het

samenwerkingsverband. De ontwikkeling van all-care en all-finance staat nog in de kinderschoenen, maar dient niet veronachtzaamd te worden. De werkgroep is van mening dat deze ontwikkelingen positieve elementen hebben in termen van schaalvoordelen en administratieve lasten. Tevens kan binnen financiële conglomeraten een integrale afweging tot stand komen met betrekking tot externe effecten, bijvoorbeeld afwenteling op andere onderdelen van het ontstane conglomeraat en kunnen conglomeraten nieuwe toetreders worden op de zorgverzekeringsmarkt. Conglomeraten kunnen echter ook leiden tot een ongewenste belangenverstrengeling tussen de verschillende onderdelen van een conglomeraat en tot het afschuiven van de risico's op de collectieve sector. Dit zal, voor zover ziekenfondsen risicodragend zijn, tot uitdrukking komen in een doorvertaling van de risico's op de verzekerden via de nominale premie. Kruissubsidiëring tussen verschillende onderdelen van een conglomeraat zal er immers toe leiden dat ergens anders in het conglomeraat kosten worden neergelegd. Ondernemingen zullen geneigd zijn deze kosten daar neer te leggen waar zij geconfronteerd worden met de laagste prijselasticiteit. Aangezien de prijselasticiteit op de ziekenfondsmarkt laag is, is het gevaar aanwezig dat de risico's in de nominale premie neerslaan. Het is in dit kader dan ook van belang dat verzekerden eenvoudig ziekenfondsen kunnen vergelijken en dat toetredingsmogelijkheden van nieuwe ziekenfondsen gegarandeerd zijn. Het gevaar van een vermenging van publieke en private gelden noodzaakt tot toezicht. Gezien het relatief nieuwe van het verschijnsel van financiële conglomeraten, is de toereikendheid van het huidige toezicht op concentratietendensen moeilijk te beoordelen. In het onderzoek van KPMG is niet naar voren gekomen dat het huidige toezicht niet toereikend is om deze ontwikkelingen te beoordelen.

Politieke markt en marktcultuur

De onderhandelingsruimte van ziekenfondsen in de regio is maar beperkt. De echte "onderhandelingen" worden niet in de regio gevoerd, maar in Den Haag en in Utrecht en Zeist (zetel van Zorgverzekeraars Nederland, het CTG en College Bouw). Zorgverzekeraars en -aanbieders kunnen proberen invloed uit te oefenen door partij te zijn op die markt. De werking van deze "politieke markt" bevestigt een bredere conclusie uit het KPMG-onderzoek; op de inkoopmarkt spelen begrippen als countervailing power en prikkels nog nauwelijks een rol, omdat de cultuur van de markt zich daartoe niet leent en de onderhandelingsruimte beperkt is. Er wordt uitgegaan van een samenwerkingsmodel: aanbieders en verzekeraars werken samen in regionaal verband aan de levering van de zorg. Concurrentie wordt eerder als "ruzie" gezien dan dat het geïnterpreteerd wordt als waardevol allocatiemiddel. De werkgroep is van mening dat de concentratie van verzekeraars en aanbieders hierdoor in de hand gewerkt wordt en dat dit het welslagen van de sturingsvisie van het kabinet, die immers uitgaat van beïnvloedingsmogelijkheden en concurrentie tussen de ziekenfondsen, tegengaat. Het verder vergroten van de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars, een toename van de risicodragendheid en een kritische houding ten aanzien van concentraties, kunnen een bijdrage leveren aan de door het kabinet gewenste eindsituatie. Daarbij geldt als voorwaarde dat er ook daadwerkelijk onderhandelingsruimte moet zijn voor verzekeraars om de hen toegedachte rol inhoud te geven.

4.2.2. Aanbieders in het tweede compartiment

Aanbodregulering

In het tweede compartiment liggen de mogelijkheden tot het vrijlaten van de aanbodregulering complexer dan in het eerste compartiment. Marktfalens in het tweede compartiment kunnen aanleiding zijn om de infrastructuur te blijven reguleren. Uittreding van ziekenhuizen wordt bemoeilijkt doordat de initiële investeringen hoger zijn dan in het eerste compartiment: uittreding zal leiden tot een omvangrijk kapitaalverlies. Als het loslaten van de stringente regulering leidt tot een toename van het aanbod van intramurale voorzieningen, kan dit er toe leiden dat er van uit instellingen een druk gaat ontstaan tot een hogere vraag. De vraag wordt in de gezondheidszorg beïnvloed door het aanbod waardoor een toename van het aanbod in slechts geringe mate een einde aan de schaarste tot gevolg zal hebben, maar wel een sterke stijging van de kosten. In tegenstelling tot het eerste compartiment is er in het tweede compartiment geen onafhankelijke indicatiestelling die de vraag reguleert. Weliswaar fungeert de huisarts als (onvolmaakte) poortwachter, eenmaal binnen de poorten van het ziekenhuis is er geen onafhankelijk indicatie-orgaan meer. Een einde aan de regulering van de infrastructuur van de intramurale zorg in het tweede compartiment, acht de werkgroep momenteel niet wenselijk. Wel ondersteunt de werkgroep huidige initiatieven om de beïnvloedingsmogelijkheden van ziekenfondsen in de ziekenhuisorganisatie te laten toenemen. Dit kan gevolgen hebben voor de budgettering van ziekenhuizen en ziekenfondsen en voor de contracteerplicht voor intramurale zorg.

De hierboven geschetste problematiek doet zich in slechts in geringe mate voor bij de vrije beroepsbeoefenaren. Voor wat betreft specialisten kan de door het kabinet voorgenomen integratie in het medisch-specialistisch bedrijf een oplossing bieden voor de gesignaleerde marktfalens. Aangezien de financiering van medisch-specialisten niet meer op verrichtingenbasis plaats zal vinden, zal de opwaartse druk op de vraag reeds in belangrijke mate afnemen. Daarnaast biedt het sturingsmodel mogelijkheden voor verzekeraars om zelf voor de financiering van extra specialisten zorg te dragen. Deze laatste mogelijkheid zal beheerst kunnen worden door een grotere risicodragendheid van ziekenfondsen voor de ziekenhuisverrichtingen. Bij de medisch-specialisten vindt de aanbodregulering niet alleen plaats door het maximaal aantal plaatsen in intramurale instellingen, maar ook doordat de beroepsgroep zelf in grote mate het aantal opleidingsplaatsen bepaalt. De werkgroep is van mening dat deze vorm van aanbodbeheersing niet in overeenstemming is met het concept van gereguleerde concurrentie die het kabinet voor ogen staat. Meer in het algemeen acht de werkgroep de sterk georganiseerde beroepsgroepen in combinatie met hun mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de zorgmarkten, een belemmering voor normale concurrentieverhoudingen. De werkgroep adviseert dan ook een zodanig beleid te formuleren dat de gesloten verhoudingen op deze markt opengebroken worden.

Concentratietendensen

Naast de beperkte toetredingsmogelijkheden veroorzaakt de concentratie van aanbieders een beperking van de keuzevrijheid. Voor een gereguleerde concurrentie acht de werkgroep deze keuzevrijheid wel van een doorslaggevend belang. De concurrentie om de gunst van de

zorgverzekeraar zal bij een te beperkt aantal aanbieders niet van de grond komen. Het kabinetsbeleid is er op gericht de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars toe te laten nemen. Dit zal slechts dan het gewenste effect hebben als de verzekeraar tussen verschillende aanbieders kan kiezen. Te ver gaande concentratie voorkomt dat deze uitkomst gerealiseerd wordt.

Ketenzorg en managed care

Voor wat betreft het ontstaan van ketenzorg merkt de werkgroep op dat er positieve elementen te zien zijn in deze nieuwe ontwikkeling. Wel waarschuwt zij voor een te grote machtsconcentratie. Verticale samenwerking die leidt tot een machtspositie van één partij in de gehele gezondheidszorg in een regio, is niet wenselijk. Hierbij dient dus ook de keuzevrijheid van consument en verzekeraar overeind te blijven.

Voor wat betreft de countervailing power die de verzekeraars geacht worden uit te oefenen op de aanbieders, dient nog aandacht besteed te worden aan de verticale integratie in de verzekeringsmarkt. Deze vorm van integratie betekent dat de verzekeraars naast de verzekering ook de verzekerde zorg aanbieden. Deze zogenaamde managed care organisaties zijn in andere landen zoals de Verenigde Staten al vergevorderd. In Nederland staat managed care nog in de kinderschoenen. Verticale integratie, waarbij zorgverzekeraars zelf zorg aanbieden, is in Nederland grotendeels verboden. Alleen ten aanzien van de verstrekking van geneesmiddelen en hulpmiddelen zijn er sinds kort mogelijkheden voor verticale integratie: verzekeraars kunnen een eigen apotheek exploiteren. Er lijkt onder verzekeraars vooralsnog weinig animo te bestaan om een eigen apotheek op te zetten. Verzekeraars werken in een aantal innovatieve projecten al wel nauw samen met zorgaanbieders. Deze samenwerking is er op gericht om in gezamenlijk verband de zorg in de regio te organiseren. Aan deze vorm van samenwerking zijn zeker voordelen verbonden, maar volgens de werkgroep is een kritische houding noodzakelijk. De samenwerking impliceert immers dat, bij een aanbod dat gereguleerd is, de dominante positie van het regionale ziekenfonds vergroot wordt. Voor andere ziekenfondsen worden de beïnvloedingsmogelijkheden zodoende beperkt. Net als bij ketenzorg neemt de werkgroep ten aanzien van managed care een positieve grondhouding aan. Deze ontwikkelingen mogen echter niet tot onaanvaardbare machtsconcentraties leiden.

Privé-klinieken

Één van de verwachtingen voor de toekomst die in het KPMG-onderzoek naar voren is gekomen, betreft een toename van privé-klinieken. Dergelijke klinieken richten zich op kortdurende zorg, waarvoor de investeringen beperkt zijn. Het aanbod van deze klinieken is in Nederland binnen het stelsel gebracht; nieuwe toetreding is verboden. Private aanbieders kunnen echter wel uitwijken naar het buitenland. Het voorkomen van deze tendensen is moeilijk voorstelbaar. De gevolgen van het vrijgeven van markten in Europa spelen hierbij een rol, maar tevens het feit dat verschillen in internationale zorgsystemen het altijd mogelijk maken uit te wijken. De werkgroep staat op het standpunt dat de potentiële toetreding van buitenlandse concurrenten en privé-klinieken het extra noodzakelijk maken om het Nederlandse stelsel zodanig in te richten dat alle partijen geconfronteerd worden met prikkels tot doelmatig en efficiënt gedrag.

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1. Sturingsvisie eerste compartiment

In het eerste compartiment is tot op heden een beleid gevoerd dat aangrijpt bij beheersing van het aanbod. Hierdoor wordt onvoldoende rekening gehouden met de wensen van de consument en zijn weinig prikkels aanwezig om op een efficiënte wijze om te gaan met de beschikbare middelen. De modernisering AWBZ biedt een nieuwe visie op de organisatie in het eerste compartiment. Zorgkantoren dienen in de toekomst als countervailing power te fungeren ten opzichte van de aanbieders. Dit veronderstelt dat zorgkantoren incentives hebben om druk uit te oefenen op de aanbieders, maar ook dat zij instrumenten hebben ter beïnvloeding. Momenteel wordt in de MDW-AWBZ gewerkt aan voorstellen die deze elementen uitwerken. De werkgroep is van mening dat een verdergaande concentratie aan de aanbiederszijde van het eerste compartiment de sturingsvisie van het kabinet kan doorkruisen. De zorgkantoren kunnen alleen dan effectief een countervailing power vormen als zij voldoende keuze hebben. De vraaggerichtheid die centraal staat in de Modernisering AWBZ, veronderstelt ook dat de consument mogelijkheden heeft om te kiezen.

De werkgroep acht een verdere concentratie aan de aanbiederszijde van het eerste compartiment belemmerend voor de keuzevrijheid van consument en zorgkantoor. Een verdere concentratie kan de sturingsvisie van het kabinet doorkruisen.

De werkgroep doet de aanbeveling deze visie uit te dragen in de landelijke sectorale zorgvisies van de minister van VWS. In sectorale zorgvisies kan ook rekening worden gehouden met sectorale verschillen terzake en met overwegingen van meer zorginhoudelijke aard. In sectorale zorgvisies en in de communicatie daarover kan aan de betrokken veldpartijen gevraagd worden om deze visie uit te werken in de regionale zorgvisie.

De gevolgen van concentratietendensen in het eerste compartiment kunnen enigszins gematigd worden door het beëindigen van de stringente aanbodregulering en het vergroten van toetredingsmogelijkheden. De werkgroep vindt het wenselijk dat meer particuliere aanbieders actief worden in het eerste compartiment. Met name op het terrein van de wooncomponent in de AWBZ zijn hier mogelijkheden aanwezig; het onderscheiden van wonen en zorg kan hier een bijdrage aan leveren. De AWBZ dient in de eerste instantie toe de zorg te financieren. Hierdoor wordt het aanbod van woon- en zorgvoorzieningen beter vergelijkbaar. Toetreding tot de zorgfunctie wordt vergemakkelijkt omdat deze niet gepaard hoeft te gaan met omvangrijke investeringen in de woonfunctie.

Het onderscheiden van wonen en zorg in de AWBZ kan betere voorwaarden scheppen voor een flexibel aanbod en voor grotere toetredingsmogelijkheden tot de zorgmarkt en is daarom gewenst.

Bij het onderscheiden van wonen en zorg dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor bepaalde voorzieningen in de AWBZ deze scheiding niet mogelijk is omdat de woonfunctie niet los te zien is van de zorgfunctie (bijvoorbeeld bij de intramurale opvang en voor meervoudig gehandicapten). Voor zover de scheiding vanuit zorginhoudelijke overwegingen wel mogelijk is, kan binnen de budgetteringssystematiek van het eerste compartiment, in de tarieven van het CTG en in de overige wetgeving de zorgfunctie expliciet terugkomen terwijl de woonfunctie zoveel mogelijk marktconform verrekend kan worden. Dit vergt tevens aanpassingen van de eigen-bijdragensystematiek en een aanpassing van budgetten (van de zorg en de IHS). Overigens dient rekening gehouden te worden met diverse randvoorwaarden leidend tot een integrale afweging binnen de collectieve sector.

De werkgroep adviseert om bij de verdere uitwerking van het sturingsconcept in het eerste compartiment expliciet rekening te houden met de noodzaak tot prikkels voor zorgkantoren om hun rol als countervailing power overtuigend vorm te geven. Een goede uitwerking van het concessiestelsel is een voorwaarde voor de geloofwaardigheid en de effectiviteit van het concessiestelsel. Tevens dienen de zorgkantoren uitgerust te worden met voldoende instrumenten om hun rol ook inderdaad uit te kunnen voeren. Benchmarking en financiële prikkels kunnen hierbij instrumenten zijn, zowel voor het beoordelen van de prestaties en de kosten van de aanbieders, als van de zorgkantoren zelf.

Zorgkantoren dienen prikkels te krijgen om te streven naar een doelmatige en effectieve zorg, en dienen daartoe de benodigde instrumenten te krijgen. Een goede uitwerking van het concessiestelsel is een voorwaarde voor de geloofwaardigheid en de effectiviteit van de sturingsvisie voor het eerste compartiment.

5.2. Sturingsvisie tweede compartiment

De sturingsvisie van het tweede compartiment gaat uit van een vorm van gereguleerde concurrentie. De verzekeraars dienen op een landelijke markt te concurreren om de gunst van de verzekerde door middel van de nominale premie. Verzekeraars worden hierdoor afgerekend op hun nominale premie, wat hen een incentive geeft hun beleid te richten op het optimaliseren van de zorg en het minimaliseren van de zorgkosten. Hiertoe dienen zij in de regio op te treden als countervailing power tegenover de zorginstellingen. De werkgroep signaleert dat deze rol op dit moment nog niet goed ingevuld wordt. Dit is onder andere te wijten aan het feit dat de verzekeraars nog niet in voldoende mate de middelen en de ruimte hebben om druk uit te oefenen op de zorgaanbieders. Een grotere onderhandelingsruimte en een grotere risicodragendheid kan dit bevorderen. De diverse adviezen rond het geneesmiddelenbeleid (commissie De Vries, MDW-geneesmiddelen en het advies van de Boston Consulting Group/Zorgverzekeraars Nederland) geven enige mogelijkheden op een aanpalend terrein.

De werkgroep is van mening dat het sturingsconcept in het tweede compartiment veronderstelt dat de verzekeraars mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden van elkaar. Dit impliceert dat de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars toe moeten nemen.

De werkgroep adviseert om op het terrein van de intramurale zorg voortgang te maken met aanpassing van de budgetteringssystematiek van ziekenhuizen. Verdere uitwerking dient gegeven te worden aan het verschil tussen door verzekeraars beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare kosten. Voor de WTG verdient het aanbeveling een stelsel van outputprijzen te ontwikkelen die een maximumkarakter hebben. Tevens verdient het aanbeveling de contracteerplicht voor intramurale instellingen te versoepelen en de verzekeraars een grotere rol te geven in het bepalen van het aantal specialistenplaatsen. Conform de initiatieven op het terrein van geneesmiddelen adviseert de werkgroep ook om verzekeraars mogelijkheden te geven om de huisarts in zijn functie van poortwachter te stimuleren tot een doelmatig doorverwijsgedrag. Overigens is de werkgroep zich er van bewust dat meer mogelijkheden denkbaar zijn en dat deze aanbevelingen verdere uitwerking behoeven.

Uit het onderzoek van KPMG blijkt dat de praktische toetredingsmogelijkheden van verzekeraars tot de regionale zorginkoopmarkt beperkt zijn. Dit wordt veroorzaakt doordat het in de regio dominante ziekenfonds nog steeds over een stevige machtspositie beschikt. De werkgroep ziet dat deze machtspositie aan het afnemen is, maar is bezorgd over de fusies tussen ziekenfondsen die gericht zijn op versterking van de regionale machtspositie. De marktleider in een regio zal immers alleen dan geneigd zijn invloed uit te oefenen op de zorgaanbieders als nieuwe toetreders zijn positie in de markt bedreigen.

De omstandigheden en de cultuur in de zorgmarkt en in de politieke markt blijken niet gericht te zijn op het innemen van een rol als countervailing power. De regiovertegenwoordiger van de particuliere verzekeraars en de overige ziekenfondsen, lijkt een groter belang te hechten aan kostenbeheersing en efficiency dan het dominante ziekenfonds. Een grotere concurrentiële druk op ziekenfondsen, o.a. vanuit de particuliere verzekeraars, zou een bijdrage kunnen leveren aan het tot stand brengen van een markt waarin concurrentie niet als “ruzie” wordt gezien maar als een waardevol allocatiemiddel.

De werkgroep ziet concentraties van ziekenfondsen die leiden tot grotere marktaandelen op de regionale markt als een belemmering voor de realisatie van de sturingsvisie van het kabinet. De rol van het traditionele, dominante ziekenfonds in een regio dient onder druk te staan van verzekeraars die deze rol over kunnen nemen als de marktleider te weinig aandacht besteedt aan doelmatigheid en effectiviteit.

De werkgroep vindt dat deze belemmering gezien moet worden tegen de achtergrond van de spanning in de sturingsvisie tussen de regionale oriëntatie en de landelijke concurrentie van verzekeraars. Ook om hieraan tegemoet te komen is het noodzakelijk dat verzekeraars meer mogelijkheden krijgen de zorgaanbieders te stimuleren tot doelmatigheid en effectiviteit. Tevens merkt de werkgroep op dat toename van toetredingsmogelijkheden vraagt om een grotere mobiliteit op de verzekeringsmarkt. Een groter gewicht van de nominale premie in de totale ZFW-premie kan hier, gegeven de lage prijselasticiteit, een bijdrage aan leveren.

De werkgroep is van mening dat aan de ontwikkeling van all-care en all-finance positieve elementen verbonden zijn. Wel acht de werkgroep het gevaar aanwezig van ongewenste belangenverstrengeling. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat het toezicht hierop niet toereikend is, maar de werkgroep onderkent dat de ontwikkeling nog in de kinderschoenen staat en daarom moeilijk te beoordelen is. Ruime toetredingsmogelijkheden van nieuwe ziekenfondsen en een grotere prijselasticiteit op de verzekeringsmarkt kunnen voorkomen dat kruissubsidiëring binnen een conglomeraat leidt tot een afwenteling van risico's op de ziektekostenpremies.

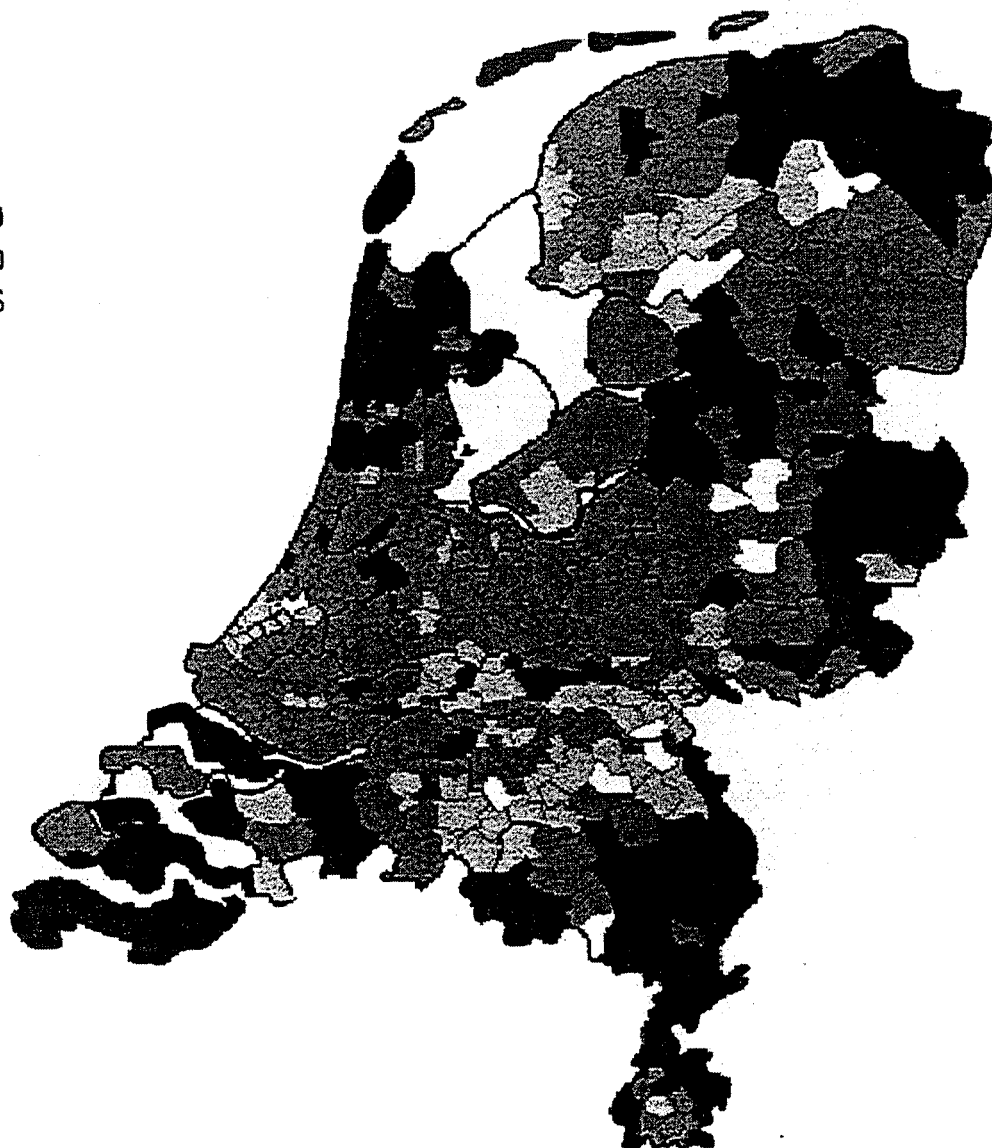
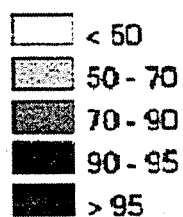
De werkgroep signaleert dat de concurrentie tussen particuliere verzekeraars zich toespitst op de jongere groepen en met name betrekking heeft op verschillen in verzekerde pakketten en eigen risico's. De rol van de particuliere verzekeraars als countervailing power tegenover de aanbieders is beperkt. Het verdient aanbeveling naar deze markt nader onderzoek te doen gericht op een meningsvorming over de doorzichtigheid, vergelijkbaarheid van aangeboden producten en de daadwerkelijke mogelijkheden voor verzekerden om van verzekeraar te veranderen.

De werkgroep is van mening dat concurrentie op de particuliere markt onvoldoende beoordeeld kan worden en adviseert nader onderzoek.

Concentratie van het aanbod in een regio kan er toe leiden dat de ziekenfondsen en de consumenten onvoldoende keuzevrijheid hebben. Een systeem zoals in Zicht op Zorg wordt voorgesteld waarin de beslissingen over de bouw van kleine instellingen vrij wordt gegeven, acht de werkgroep op dit moment niet haalbaar in het tweede compartiment. Voor wat betreft de vrije beroepsbeoefenaren acht de werkgroep het niet wenselijk dat de beroepsgroep zelf een beslissende stem heeft in het bepalen van de omvang van het aanbod. Het is de taak van de overheid om hier de juiste randvoorwaarden aan te stellen. Het is zorgelijk dat in het tweede compartiment het aantal intramurale aanbieders sterk terugloopt terwijl de verwachting is dat concentratie op een nog grotere schaal zich zal voorzetten. Voor wat betreft de opkomst van ketenzorg concludeert de werkgroep dat dit een wenselijke ontwikkeling is die zeker tegemoet komt aan de vraaggerichtheid van de zorg. Op hetzelfde moment spreekt de werkgroep er wel haar bezorgdheid over uit dat ketenzorg kan leiden tot een te grote concentratie van het aanbod binnen een regio. Ook de ontwikkeling van managed care kan leiden tot een te grote marktconcentratie en dient, alhoewel de ontwikkeling in de aard wenselijk is, kritisch gevolgd te worden.

De werkgroep acht de concentratie van intramurale zorgaanbieders in het tweede compartiment reeds zodanig, dat een verdere concentratie niet wenselijk is.

Aandeel grootste ziekenfonds



Marktconcentraties in de Zorgsector

==BIJLAGEN==

Verslag van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek

Den Haag, januari 2000

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING VAN DE IBO WERKGROEP MARKTCONCENTRATIE IN DE ZORG

Voorzitter:	Prof. Dr. J.L.M. Pelkmans	Stichting Euroscope/ Rijksuniversiteit Maastricht/ Centre for European Policy Studies
Leden:	Drs. M.P. van Gastel	Ministerie van Algemene Zaken
	Drs. I.A.M. Blokker	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
	Drs. M.A. Feenstra-van Staveren	Minister van Economische Zaken
	Drs. A.C.N. Bruin	Ministerie van Economische Zaken
	Drs. C. Laan	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
	Drs. Th. van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport
	Drs. J.G. Breit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Drs. C.A. Birkhoff	Ministerie van Financiën (tot 1/1/1999)
	Dr. P.F. Hasekamp	Ministerie van Financiën (vanaf 1/1/1999)
	Drs. M.R.P.M. Camps	Ministerie van Financiën
Secretariaat	Drs. C. van Nieuwamerongen	Ministerie van Financiën
	Drs. A.H. Stor	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1/7/1999)
	Drs. G. Kwakernaak	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 1/7/1999)

Voorts hebben aan de vergaderingen van de werkgroep op verschillende momenten deelgenomen: Dr. F.T. Schut (Erasmus Universiteit Rotterdam), Drs. J.F. de Beer (KPMG), Drs. H. ter Welle (KPMG-BEA), Drs. Y. Hoogtanders (KPMG-BEA), Drs. E. den Teuling (KPMG-BEA), Drs. D. Ernste (KPMG-BEA), G. van Wesel (Ministerie van BZK), Drs. H.A. Post (Ministerie van Financiën), Drs. H.R. Hurts (Ministerie van VWS), Drs. A. Serné (Ministerie van VWS), Drs. J. van der Rijst (Ministerie van VWS), Drs. A.M. van de Meerendonck (Ministerie van SZW)

BIJLAGE 2: TAAKOPDRACHT IBO MARKTCONCENTRATIE IN DE ZORGSECTOR

Aanleiding

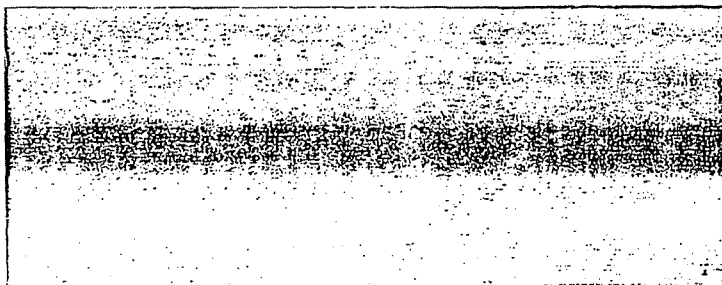
In de gezondheidszorg dient een gereguleerde concurrentie te bestaan tussen uitvoerders en tussen verzekeraars. Keuzevrijheid en transparantie zijn daarbij sleutelwoorden. Vooral op het terrein van de gezondheidszorg en haar directe omgeving (met name de uitvoering van de werknemersverzekeringen) doen zich in een hoog tempo marktconcentraties voor. Zorgverzekeraars fuseren met elkaar en met andere verzekeraars en banken tot grote conglomeraten. Zo ontstaat in delen van Nederland een situatie waarin een ziekenhuis te maken heeft met één financieel conglomeraat dat zijn zorg afneemt (via de zorgverzekeraar), de leningen financiert (via de bankpoot), de verzekeringen van werknemers verzorgt (via de verzekeraar) en de uitvoering van de Ziektewet en de WAO voor zijn rekening neemt (bijvoorbeeld via de GAK-poot). Ook in het zorgaanbod doen zich grote machtsconcentraties voor. In de provincie Friesland is bijvoorbeeld nog slechts één organisatie aanwezig voor het totale aanbod van voorzieningen in geestelijke gezondheidszorg.

Het Regeerakkoord biedt ruimte voor een voortzetting van deze ontwikkeling: het verbod op eigen instellingen voor verzekeraars wordt gefaseerd opgeheven (te beginnen met het verbod op de exploitatie van een eigen apotheek). Conglomeraatsvorming kan de transparantie en de gewenste mededinging in de markt doen afnemen. Klanten (zorginstellingen en werkgevers) kunnen door koppelverkoop van producten niet gemakkelijk overstappen naar een goedkopere concurrent en kartelafspraken zijn niet uitgesloten. Daarbij komt als gevolg van de publiek-private concernvorming van de (zorg)verzekeraar een belangrijk deel van de publieke middelen binnen de invloedssfeer van privaatrechtelijke lichamen.

Probleemstelling

Het onderzoek richt zich op het ontwikkelen van een overheidsvisie op de vorming van machtsconcentraties in de zorg. Van belang hierbij is de mogelijkheid voor de overheid om te sturen en toezicht te houden (te bezien in samenhang met de sociale zekerheid). De effectiviteit van het huidige toezicht op deze concentratietendens, gegeven de huidige regelgeving, maakt onderdeel uit van deze analyse.

In dienst van overleg en besluitvorming



Concentratie en samenwerking in de zorg
- economische analyse -

In opdracht van:
de werkgroep Interdepartementaal BeleidsOnderzoek 'concentratie en samenwerking
in de zorgsector'

KPMG Bureau voor Economische Argumentatie
KPMG Gezondheidszorg

Hoofddorp/De Meern, 22 november 1999
projectnr. 2621

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Samenvattende conclusies	5
2 Inleiding en vraagstelling	16
2.1 Aanleiding en doel	16
2.2 De opdracht aan KPMG	16
2.3 Onderzoeksaanpak	16
2.4 Opbouw rapport	17
3 De zorgmarkten in dit onderzoek	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Markten voor zorgverzekeringen	18
3.3 Markten voor zorgproducten en -diensten	19
4 Analyse kader	21
4.1 Het Structuur-Gedrag-Resultaat-paradigma	21
4.2 Analyse: relatie tussen concentratietendensen en marktresultaat	22
4.3 Toepassing analyse kader	24
5 De curemarkt	25
5.1 De markt voor ziekenhuiszorg	25
5.2 De markt voor medisch specialistische zorg	33
5.3 Toekomstige ontwikkelingen in de curemarkt	36
6 De caremarkt	37
6.1 De caremarkt	37
7 De AWBZ-verzekeringsmarkt	42
7.1 Marktbeschrijving	42
7.2 Conclusie	43
8 De Ziekenfondsmarkt	44
8.1 Marktbeschrijving	44
8.2 Marktstructuur	45
8.3 Marktgedrag	50

8.4 Marktresultaat	53
8.5 Toekomstige ontwikkelingen	56
9 De ziektekostenverzekeringsmarkt	58
9.1 Marktbeschrijving	58
9.2 Marktstructuur	59
9.3 Marktgedrag	62
9.4 Marktresultaat	63
9.5 Toekomstige ontwikkelingen	64
10 Inkoopmarkt	65
10.1 Marktbeschrijving	65
10.2 Basis-markcondities	65
10.3 Overheidsregulering	66
10.4 Marktstructuur	67
10.5 Marktgedrag	68
10.6 Marktresultaat	72
10.7 Toekomstige ontwikkelingen	75
Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur	77
Bijlage 2 Gesprekspartners	80
Bijlage 3 Selectie en beschrijving cases	82
Bijlage 4 Methodiek Ervarium	83
Bijlage 5 Aantal algemene en academische ziekenhuizen, ziekenhuisbedden, specialisten per WZV-regio 1990-1998	85
Bijlage 6a Aandelen zorgverzekeraars in de regio	86
Bijlage 6b Aandelen zorgverzekeraars in de regio	87
Bijlage 7 Verpleeghuizen per WZV gebied	88

Voorwoord

Dit rapport is opgesteld door een team van consultants van KPMG Bureau voor Economische Argumentatie en KPMG Gezondheidszorg. Het onderzoek is voor een belangrijk deel gebaseerd op veldonderzoek: gesprekken met deskundigen van zorginstellingen, zorgverzekeraars, koepelorganisaties en instituties. De heer A. van der Veen van het RIVM heeft zorggedragen voor de verzameling en bewerking van de kwantitatieve gegevens. De kritische noten van de leden van de Interdepartementale Beleidswerkgroep, de heer F.T. Schut van de Erasmus Universiteit en collega's van het interdisciplinaire KPMG-netwerk 'De Zorg-3-hoek' zijn waardevol geweest bij de totstandkoming van het rapport.

Hoofddorp/De Meern, 22 november 1999

Jos de Beer

Dick Ernste

Yolanda Hoogtanders

Yvonne Koppelman

Erik den Teuling

Harmen ter Welle

1 Samenvattende conclusies

1 Doel en opdracht

Het kabinet heeft een interdepartementale werkgroep ingesteld om onderzoek te doen naar concentratie en samenwerking in de zorgsector. Deze IBO-werkgroep heeft aan KPMG gevraagd om concentratie- en samenwerkingstendensen te inventariseren en om te onderzoeken of en hoe deze concentratie en samenwerking de efficiëntie van de zorgmarkten beïnvloedt. De opdracht aan KPMG luidt:

“Onderzoek Structuur, Gedrag en Resultaat op de verscheidene zorgmarkten. Leg daarbij de nadruk op de samenwerkings- en concentratietendensen op deze zorgmarkten. Analyseer hoe de samenwerkings- en concentratietendensen, overheidsregulering, en/of andere aspecten van marktstructuur en marktgedrag het marktresultaat beïnvloeden.”

Het KPMG-onderzoek bestaat uit drie delen: een brede inventarisatie, vijf casestudies en de analyse. In deze rapportage geven we een samenvattend verslag van de onderzoeksresultaten en trekken we conclusies. In de onderliggende onderzoeksverslag, getiteld *Economische analyse* geven we een uitvoerig overzicht van onze bevindingen.

2 Leeswijzer

De samenvattende rapportage leest als volgt. We bespreken eerst de aanpak van het onderzoek en het gehanteerde analytische kader (paragraaf 3). Vervolgens laten we zien dat de zorgmarkten sterk gereguleerd zijn en enkele bijzondere kenmerken hebben, waardoor ze anders werken dan gewone markten (paragraaf 4). Op de markten zien we een sterke mate van samenwerking en concentratie. We bespreken in paragraaf 5 waarom partijen steeds meer met elkaar samenwerken en/of fuseren. Per deelmarkt (zorgaanbiedersmarkt, zorgverzekeringsmarkt en inkoopmarkt) bespreken we vervolgens de marktstructuur, het marktgedrag van de marktpartijen en de effecten van structuur en gedrag op de efficiëntie van deze markten (respectievelijk paragraaf 6, 7 en 8). In paragraaf 9 bespreken we de verwachtingen over de toekomst van de drie zorgmarkten. We sluiten het samenvattende rapport af met een aantal conclusies (paragraaf 10).

De opbouw van het onderzoeksverslag is in hoofdlijnen vergelijkbaar met de opbouw van de samenvattende rapportage. De bespreking van de drie zorgmarkten hebben we in het onderzoeksverslag nog wel nader in deelmarkten uitgeplitst.

3 Aanpak en analytisch kader

De onderzochte zorgmarkten en reikwijdte van het onderzoek

De markt voor gezondheidszorg bestaat uit een aantal deelmarkten. Het onderzoek beperkt zich tot de volgende:

- de markt waarop consumenten zorg vragen en zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, zorg aanbieden. We noemen dit in dit onderzoek de zorgaanbiedersmarkt. Binnen deze markt hebben we speciaal gekeken naar ziekenhuiszorg en specialistische zorg (cure), en (ouderen)zorg door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (care).
- de markt waarop zorgverzekeringen worden gevraagd en aangeboden: AWBZ, ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen. We noemen dit de zorgverzekeringsmarkt.
- de markt waarop zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders, de zorginkoopmarkt.

Naar de andere zorgmarkten hebben we geen onderzoek gedaan. Het gaat dan bijvoorbeeld om de extramurale zorg (huisartsen, fysiotherapeuten enzovoort) en de geestelijke gezondheidszorg. Onze conclusies gelden uitsluitend voor de wel onderzochte zorgmarkten. Onderzoek naar andere zorgmarkten zou wellicht tot andere conclusies kunnen leiden. Ziekenfondsen lopen voor de extramurale zorg bijvoorbeeld meer financieel risico. Ook is er geen contracteerplicht, die er voor ziekenhuizen wel is. Dit betekent dat de markt voor extramurale zorg meer prikkels kent voor een efficiënt marktresultaat. Het instrumentarium van zorgverzekeraars om dit efficiëntere resultaat af te dwingen zijn op de markt voor extramurale zorg echter bijna even beperkt als op de in dit rapport wel onderzochte markten. Ook hier is het aanbod schaars en liggen prijzen en volumes voor een groot deel vast.

Aanpak onderzoek

Het onderzoek bestond uit drie fasen. In *fase 1* hebben we een brede marktscan uitgevoerd en vervolgens de markt beschreven met behulp van het structuur-gedrag-resultaat-paradigma. We hebben daartoe de volgende activiteiten verricht: opstellen analysekader op basis van het Structuur-Gedrag-Resultaat-paradigma; onderzoek door middel van deskresearch en gesprekken met deskundigen en koepelorganisaties; dataverzameling (mede met behulp van het RIVM); analyse van de onderzoeksgegevens; opstellen tussenrapportage d.d. 6 augustus 1999.

De resultaten van fase 1 riepen nadere vragen op. Deze 'witte vlekken' hebben we in *fase 2* ingevuld. Hiertoe hebben we in vijf regio's casestudies uitgevoerd. We hebben in de vijf regio's onderzocht waarom aanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling samenwerken en hoe verzekeraars en aanbieders in de praktijk met elkaar onderhandelen. Bevordert of belemmert samenwerking de efficiënte werking van de markt in de betreffende regio? En bevestigen de cases onze conclusies uit het tussenrapportage, of moeten we ze nuanceren? We hebben hiertoe in vijf regio's gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders en we hebben de beschikbare informatie over deze vijf case's bestudeerd. De resultaten zijn verwerkt in de tussenrapportage van 6 oktober 1999.

In *fase 3* hebben we de onderzoeksresultaten geanalyseerd. In een discussiebijeenkomst in het Ervarium hebben we de resultaten getoetst bij de partijen in gezondheidszorg. Ook hebben we in deze bijeenkomst besproken welke ontwikkelingen rond concentratie en samenwerking in de zorgsector in de toekomst worden verwacht. De resultaten van de drie fasen zijn vervat in deze samenvattende rapportage en het bijbehorende onderzoeksverslag.

Analytisch kader: het structuur-gedrag-resultaat-paradigma

De centrale vraag van het onderzoek is hoe concentratie en samenwerking de efficiëntie van de zorgmarkten beïnvloedt. We analyseren dit met behulp van het structuur-gedrag-resultaat-paradigma. Dit paradigma biedt een helder kader om de werking van markten en het gedrag van marktpartijen te beschrijven. Samengevat bestaat dit analysekader uit de volgende elementen:

- Een beschrijving van *basismarktcondities*: de externe ontwikkelingen en de wetten en regelingen die de werking van de markt beïnvloeden. De werking van zorgmarkten wordt sterk ingeperkt door wetten en regels die budgetten vastleggen, maximumprijzen en volumes bepalen. Dit gebeurt om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen en tegelijkertijd toch de kosten van de zorg te beheersen.
- De analyse van de *structuur* van elke zorgmarkt: welke marktstructuur komt tot stand, mede onder invloed van externe ontwikkelingen en onder invloed van de wetten en regels? Zijn er veel of weinig vragers en aanbieders? Is het moeilijk of makkelijk om als nieuwe aanbieder tot de markt toe te treden? We bespreken hier dus onder andere de bestaande mate van samenwerking en concentratie.

- De marktstructuur van een zorgmarkt, de externe ontwikkelingen en de wetten en regels beïnvloeden vervolgens het *marktgedrag* op de betreffende zorgmarkt. Concurrenieren aanbieders met elkaar, stemmen ze hun gedrag af, of werken ze met elkaar samen? En op welke punten concurrenieren ze dan met elkaar? Op prijs of kwaliteit? Gaan partijen fusies aan, waardoor de marktstructuur wijzigt? Daarbij besteden we apart aandacht aan de motieven voor samenwerking.
- De verschillende bovenstaande factoren beïnvloeden het *marktresultaat*. Worden productiemiddelen zo efficiënt mogelijk ingezet (technische efficiëntie)? Krijgen de vragers op de markt optimaal waar voor hun geld (allocatieve efficiëntie)? En bevordert of belemmert de werking van de markt investeringen in vernieuwing (dynamische efficiëntie)? Bevatten wetten en regelingen en de marktstructuur prikkels om de efficiënte werking van de zorgmarkten te bevorderen?

De basismarktcondities en de motieven voor samenwerking en concentratie bespreken we voor alle drie de markten tezamen in respectievelijk paragraaf 4 en 5. De analyse van structuur, gedrag en resultaat maken we per zorgmarkt: in paragraaf 6 de zorgaanbiedersmarkt, in paragraaf 7 de zorgverzekeringsmarkt en in paragraaf 8 de zorginkoopmarkt.

4 Basismarktcondities: gezondheidszorg is nauwelijks een markt

De overheid wil de toegankelijkheid van de zorg waarborgen en tegelijkertijd de kosten van de zorg beheersen. De overheid reguleert hiertoe de toetredingsmogelijkheden, het volume van het aanbod en de prijzen en (verzekerings-)premies. Op de zorgaanbiedersmarkt is er voortdurende opwaartse druk op de vraag. Ten eerste stijgt de vraag door demografische factoren (vergrijzing!). Ten tweede is er opwaartse druk op de vraag omdat zorgaanbieders betere informatie hebben over de noodzaak van medische zorg dan vragers en dus hun eigen vraag kunnen vaststellen (informatie-asymmetrie). Ten derde dragen verzekerden in het verzekeringssysteem niet zelf de werkelijke kosten van zorg. Hierdoor kunnen zij geen goede afweging kunnen maken tussen de kosten en baten van een behandeling (moral hazard), terwijl er wel steeds betere, maar ook duurdere technieken beschikbaar komen (technology push). Overconsumptie van zorg ligt daardoor voor de hand. Financiële prikkels op het niveau van individuele consumenten zijn er op de zorgmarkten slechts in beperkte mate, omdat deze de toegankelijkheid van de zorg kunnen aantasten. Een eigen bijdrage voor een bezoek aan de huisarts bijvoorbeeld, betekent een drempel om naar de huisarts te gaan.

De overheid tracht deze neiging tot overconsumptie en daarmee steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg daarom via budgettering te beperken. Prijzen en volumes liggen voor een groot deel vast. De grote vraag naar zorg en het beperkte aanbod leidt tot een schaars zorgaanbod. De laatste jaren is het zorgaanbod bovendien nog eens extra schaars door tekorten aan personeel (artsen, verplegend en verzorgend personeel). Het schaarse zorgaanbod maakt zorgaanbieders machtige partijen op de zorgmarkten, zowel ten opzichte van consumenten op de zorgaanbiedersmarkt als ten opzichte van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. Consumenten en zorgverzekeraars hebben bij een schaars zorgaanbod immers weinig keuzemogelijkheid.

Ook de zorgverzekeraars zijn sterk gereguleerd, met name als het gaat om de uitvoering van de AWBZ en de Ziekenfondswet. Bij de uitvoering van de AWBZ (als zorgkantoor) is er geen enkele concurrentieprikkel tussen verzekeraars. Voor de uitvoering van de Ziekenfondswet geldt dat het grootste deel van de ziekenfondspremie en het ziekenfondspakket wettelijk vast liggen. Ziekenfondsen concurreren wel op service en op de hoogte van de nominale premie. De prijsconcurrentie neemt na loslating van de regiobinding toe. Ook legt de overheid steeds meer financiële risico's bij de ziekenfondsen. Ziekenfondsen voelen hierdoor steeds meer prikkels om de kosten van de zorg te beheersen. Door de schaarste van het aanbod en de regulering van prijzen en volumes van de (in dit onderzoek centraal staande intramurale) zorg hebben ziekenfondsen echter nauwelijks instrumenten om de kosten ook daadwerkelijk te beheersen.

De budgettering van de zorg zorgt voor een beheersing van de totale zorgkosten. Tegelijkertijd leiden de sterke regulering en het schaarse aanbod er toe dat de marktpartijen weinig prikkels ervaren om de zorgmarkten efficiënt te laten werken en dat ze ook nauwelijks tot geen mogelijkheden hebben om een efficiënte werking van zorgmarkten te bewerkstelligen. Het persoonsgebonden budget in de AWBZ is een middel om toch enige prikkels in te bouwen. Ook benchmarking in de thuiszorg kan thuiszorginstellingen bewuster maken van kwaliteit en kosten.

5 Motieven voor samenwerking: zorgvernieuwing, continuïteit en invloed

De zorgmarkten worden gedomineerd door grote regionaal georiënteerde ziekenfondsen en regionale zorgaanbieders. Het organiseren en leveren van goede gezondheidszorg, continuïteit van de organisatie en budgetmaximalisatie zijn de hoofddoelstellingen van deze organisaties. Vanuit deze hoofddoelstellingen hebben zij een aantal redenen voor samenwerking en concentratie. Deze bespreken we hieronder.

Invloed ziekenfondsen op zorginhoud

Het verkrijgen en behouden van de regie over de zorg in de regio is voor de ziekenfondsen een belangrijk samenwerkingsmotief. Ziekenfondsen fuseren daarom vooral met ziekenfondsen in aanpalende regio's. Ze trachten zo, na het loslaten van de regiobinding, toch zoveel mogelijk verzekerden te blijven binden. Immers, het imago van het regionale ziekenfonds is sterk verbonden met het zorgaanbod in de regio. Vanuit deze sterke regionale positie en hun kennis van de regionale consumentenvraag willen ze de partij zijn die in een regio optreedt als regisseur van het zorgaanbod. Weliswaar hebben ze geen invloed via directe inkoopmacht, maar als de belangrijkste gesprekspartner voor de regionale zorgaanbieders en als kenner en representant van de grootste groep zorgconsumenten oefenen ze via overreding wel invloed uit op de kwaliteit van het zorgaanbod. Als er aan de inkoopkant meerdere gelijkwaardige onderhandelaars zouden zitten dan zou deze overredingskracht veel moeilijker kunnen worden uitgeoefend.

Juiste zorg voor juiste patiënt

Aan de zorgaanbiederskant treffen we een zorginhoudelijk motief voor samenwerking aan. Door verticale samenwerking (tussen verschillende typen aanbieders) kan beter worden bereikt dat patiënten op het juiste moment de juiste zorg krijgen. In verschillende regio's wordt ervaring opgedaan met deze ketenzorg. Verschillen in financieringssystemen en cultuurverschillen tussen de verschillende instellingen vormen echter nog vaak belemmeringen voor het daadwerkelijk bereiken van deze effecten.

Invloed op de landelijke besluitvorming door overheid en koepels

De speelruimte van de partijen op de zorgmarkten wordt in sterke mate bepaald door wetten en regels van onder andere de rijksoverheid, het College voor Zorgverzekeringen en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Daarnaast hebben ook koepelorganisaties van verzekeraars en aanbieders een stem op deze politieke markt. Om de continuïteit van de eigen organisatie te waarborgen en om zorginhoudelijke doelen te bereiken willen zorgverzekeraars en zorgaanbieders invloed uitoefenen op de beleidsmakers en belangenorganisaties. Die verdelen immers de budgetten; via die kanalen is het mogelijk om een ongunstig uitpakkende regel tegen te houden. Om op deze politieke markt een positie te verwerven is het nodig om groot en het liefst de grootste te zijn. Invloed uitoefenen op de politieke markt is dan ook een niet te onderschatten aspect dat minder of meer bewust een rol speelt bij het aangaan van fusies en samenwerkingsverbanden.

Inspelen op wetten en regels

Samenwerking en concentratie vindt ook plaats om de effecten van overheidsbeleid te vermijden of te verzachten:

- Ziekenhuizen drijven in elkaars armen door de regels rond nieuwbouw en beddenreductie. Samen kunnen ze gemakkelijker voldoen aan de eisen die aan nieuwbouw en beddenreductie worden gesteld.
- Particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen werken samen omdat zij dan minder gevoelig zijn voor mutaties van loongrensoverschrijders, voor het verschuiven van groepen verzekerden tussen de compartimenten en voor het verschuiven tussen de compartimenten van zorgpakketten.
- Ziekenfondsen fuseerden of gingen met elkaar samenwerken om het financiële risico van de invoering van de budgettering beter te managen en naar aanleiding van het loslaten van de regiobinding.

Nieuwe productmarktcombinaties en schaalvoordelen

De ontwikkeling naar gemengde collectiviteiten en van all-care-pakketten is ook een reden voor samenwerking tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars respectievelijk tussen zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars. Voordelen zijn bijvoorbeeld te behalen als het beheersen van ziekteverzuim en de inkoop van zorg gecombineerd kunnen worden. Deze markt staat echter nog in de kinderschoenen. Een belangrijke belemmering is een belangentegenstelling tussen de zorgverzekeraar die investeert in de zorg voor werknemers en de inkomensverzekeraar die daarvan de vruchten plukt in de vorm van een lagere uitkeringslast bij verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Het realiseren van schaalvoordelen, ten slotte, wordt soms als een positief bijeffect van fusies beschouwd, maar is vaak niet het hoofdmotief. Wel worden schaalvoordelen bij het aangaan van fusies of samenwerking vaak naar voren gebracht als een belangrijke drijfveer. Wij hebben geen cijfers aangetroffen over feitelijk gerealiseerde schaaffecten.

Afgeleid motief: zoeken naar onderhandelingsevenwicht op regionaal niveau

Vanuit de hierboven genoemde motieven zien we zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgaanbieders een ontwikkeling naar steeds meer samenwerking en concentratie. Als een partij aan de ene kant van de regionale onderhandelingstafel groter wordt, is dit voor de partij aan de andere kant weer reden om groter te willen/moeten zijn, om zodoende een serieuze gesprekspartner te blijven. Een grote zorgaanbieder zal immers meer invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar dan een kleine en een grote zorgverzekeraar kan op zijn beurt weer meer onderhandelingsmacht uitoefenen op een zorgaanbieder dan een kleine zorgverzekeraar. Het zoeken naar onderhandelingsevenwicht op regionaal niveau wordt daarmee mede een overweging voor samenwerking en concentratie binnen een regio.

6 De zorgaanbiedersmarkt

Marktstructuur: keuze in aanbod beperkt

De zorgaanbiedersmarkt hebben we onderscheiden in een markt voor ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg enerzijds en een markt voor zorg door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg anderzijds. Op de markt voor ziekenhuiszorg zien we een sterke mate van concentratie. In sommige regio's is er nog maar één aanbieder over. De consument heeft hierdoor weinig keuzemogelijkheden tussen ziekenhuizen, behalve als hij bereid is buiten zijn eigen regio te reizen.

In de verpleging en verzorging is ook sprake van een sterke mate van samenwerking en concentratie. De integratie is hier echter veelal nog minder ver voortgeschreden. Dit komt deels doordat de regelgeving tussen de verscheidene vormen van verpleging en verzorging verschilt, onder andere op het gebied van eigen bijdragen en het verstrekken van verantwoordingsinformatie. Daarnaast wordt het

aanbod nog vanuit (veel) verschillende locaties verzorgd, die vaak nog hun eigen cultuur en werkwijze kennen. Dit vormt enerzijds nog een belemmering voor een zorg-op-maat-beleid, maar biedt anderzijds nog wel meer keuzemogelijkheden voor de consument. In de mate van samenwerking lijkt er weinig verschil in effect tussen een samenwerkingsverband en een bestuurlijk gefuseerde instelling.

In sommige regio's is ook sprake van vergaande samenwerking of concentratie tussen ziekenhuizen en de verpleeg/verzorg-sector. Zodoende trachten de aanbieders een pakket zorg aan te bieden dat precies op de maat van de patiënt is toegesneden (ketenzorg). Binnen het aanbod van deze zorgaanbieder heeft de patiënt dus meer keuze, maar hij kan binnen zijn regio niet meer kiezen tussen verschillende zorgaanbieders.

Marktgedrag: kwaliteit van zorg plannen en afstemmen

Zorgaanbieders voeren structureel overleg met de andere aanbieders in de regio. In dit overleg worden zorginhoudelijke vraagstukken afgestemd. Ook worden binnen regio's afspraken gemaakt over wie welke specialisaties voert en over investeringen in hele dure nieuwe technologieën. Voorts trachten aanbieders via samenwerking zorg-op-maat te leveren aan de consument (ketenzorg, zie ook hierboven). Zorgaanbieders hoeven nauwelijks of geen inspanningen te plegen om klanten te lokken: zorg is immers (zeer) schaars.

Marktresultaat: geen prikkels voor efficiëntie

Op een markt waar zorg schaars is hebben consumenten weinig mogelijkheid om de beste zorg te kiezen. Bovendien kampen ze met het probleem van de informatie-asymmetrie. De consument prikkelt de zorgaanbieder dus nauwelijks om een goede kwaliteit zorg aan te bieden tegen de laagste prijs. Invoering van het persoonsgebonden en het persoonsvolgend budget vormen echter wel aanzetten om de consument meer marktmacht te geven.

Zorgaanbieders zijn overigens vanuit hun zorginhoudelijke doelstelling wel steeds bezig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door via samenwerking meer zorg-op-maat/ketenzorg te ontwikkelen. De keerzijde van deze samenwerking is echter dat de keuzevrijheid van de consument nog verder afneemt. Economisch-theoretisch gezien bevat de zorgaanbiedersmarkt dus geen prikkels voor efficiëntie. Samenwerking en concentratie op deze markt kan echter wel positieve effecten hebben op de kwaliteit en doelmatigheid als aanbieders echt in staat blijken om van ketenzorg een succes te maken. Druk vanuit de markt om dit succes te bereiken en ook vol te houden is er echter niet.

7 De zorgverzekeringsmarkt

Marktstructuur: de regio is de markt

Op de zorgverzekeringsmarkt is er een onderscheid tussen particuliere ziektekostenverzekeraars, de ziekenfondsen die de ziekenfondswet uitvoeren en de zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de AWBZ.

Op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen is door concentratie een afname van het aantal particuliere zorgverzekeraars te zien. Zij concurreren hevig om jongere verzekerden en om collectieve contracten. Oudere verzekerden en verzekerden met een zwakke gezondheid hebben op de particuliere markt nauwelijks switchingsmogelijkheden. Om deze groepen concurreren particuliere ziektekostenverzekeraars vrijwel niet. Ook om verzekerden met een standaardpakketpolis is geen concurrentie. Verzekeraars concurreren met elkaar om de premiehoogte en de inhoud van het verzekeringspakket. Concurrentie op de kwaliteit van het zorgaanbod kan nauwelijks omdat particuliere verzekeraars weinig onderhandelingsmacht hebben in de regionale onderhandelingen met zorgaanbieders.

Ziekenfondsen hebben, ook na het loslaten van de regiobinding en daarmee het ontstaan van landelijke concurrentie, nog steeds hun machtsbasis in de regio. Door samenwerking en concentratie streven ziekenfondsen naar behoud van hun sterke regionale marktpositie. Langzamerhand ontstaat er meer concurrentie tussen de ziekenfondsen. De verschillen tussen de nominale premies van de ziekenfondsen worden groter en de consument is zich steeds meer bewust dat hij voor een ander ziekenfonds kan kiezen als deze goedkoper is of betere service biedt. Hierdoor is de regionale machtspositie van ziekenfondsen minder sterk dan tien jaar geleden. De figuren in bijlage 1 geven dit aan. Door hun toch nog steeds sterke regionale positie hebben ziekenfondsen meer mogelijkheden om de kwaliteit van het zorgaanbod te beïnvloeden dan de particuliere verzekeraars.

De opkomst van de gemengde collectiviteiten kan de regionale marktmacht van ziekenfondsen verder aantasten. Verzekeraars bieden aan werkgevers collectieve contracten waarmee alle werknemers, zowel ziekenfonds als particulier, verzekerd zijn. Met name als het om grote werkgevers gaat, is dit veel meer een landelijke markt, waarop verzekeraars landelijk met elkaar concurreren. Met name de grote ziekenfondsen begeven zich, met hun sterke regionale positie als basis, op deze markt. Daarbij werken ze samen met hun eigen particuliere verzekeringspoot of met andere particuliere verzekeraars.

Naast het aanbod van gemengde collectiviteiten zijn ook all care-producten een uitbreiding van het bestaande productenaanbod. Deze producten combineren bijvoorbeeld zorg- en verzuimverzekeringen. Via sturing van de zorg kan dan ook het ziekteverzuim worden beheerst. Voorlopig staat deze markt nog in de kinderschoenen.

Marktgedrag: streven naar de rol van zorgregisseur

De ziekenfondsen richten hun strategie sterk op het behouden van hun regionale marktpositie. Zij fuseren met ziekenfondsen in de eigen en omliggende regio's en bieden ook particuliere verzekeringen om zoveel mogelijk verzekerden te blijven binden. Als grootste kunnen ze zich profileren als de zorgregisseur in de regio, die de regio en de zorgconsumenten kent. Via het onderhouden van een goede relatie met de regionale zorgaanbieders willen ze voor hun verzekerden zo goed mogelijke zorg en service bieden. Ziekenfondsen concurreren dus vooral met elkaar op hun regionale profiel. Sommige ziekenfondsen geven aan niet de behoefte te hebben om buiten hun eigen regio te gaan concurreren op de markt voor individuele ziekenfondsverzekerden. Andere betreden wel de landelijke verzekeringsmarkt, maar dan wel vanuit een sterke regionale positie.

Behoud van hun marktaandeel bereiken zorgverzekeraars vooral via samenwerking en concentratie. Dit leidt ertoe dat de gefuseerde ziekenfondsen in een steeds grotere regio marktleider zijn. Het marktaandeel is, ondanks de fusies wel kleiner geworden, maar blijft doorgaans boven de vijftig procent. Via lagere nominale premies of een betere service de buurregio betreden, is voor de ziekenfondsen vooralsnog een minder vaak gevolgde strategie, al neemt de concurrentie op premie wel toe. Zolang een ziekenfonds in een aanpalende regio slechts een klein marktaandeel heeft veroverd, kan ook geen invloed uitoefenen op het zorgaanbod. De rol van zorgregisseur, een belangrijke bestaansreden van ziekenfondsen, kan met een klein marktaandeel geen gestalte krijgen. Samenwerking en concentratie biedt wel de mogelijkheid om in een grotere regio als zorgregisseur op te treden.

Op de markt voor gemengde collectiviteiten concurreren de verzekeraars wel met elkaar op prijs. Doordat de inkooprijzen van zorg echter vrijwel vastliggen kunnen lage prijzen alleen worden bereikt via besparingen op de uitvoeringskosten, via kruis-subsidiëring vanuit de individuele verzekeringen, of (tijdens het veroveren van marktaandeel in deze nieuwe, groeiende markt) ten koste van de winst.

Marktresultaat: invloed of efficiency, maar niet de prikkel om invloed uit te oefenen

Op de markt voor particuliere verzekeringen zien we concentratie tussen particuliere verzekeraars onderling en met ziekenfondsen. Particuliere verzekeraars concurreren met elkaar om de prijs en samenstelling van het verzekeringspakket. De markt bevat dus prikkels voor efficiëntie. Aan de

inkoopkant (zie de volgende paragraaf) hebben particuliere verzekeraars echter weinig invloed op de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Efficiëntie op deze markt betreft dus de efficiënte werking van de verzekeraars en niet die van het zorgaanbod.

Veel ziekenfondsen kiezen eerder voor samenwerking en concentratie om hun marktpositie te behouden of te versterken, dan voor prijsconcurrentie. Zij streven vooral naar een regionale marktleiderspositie. Als marktleider en daarmee belangrijkste onderhandelaar met de zorgaanbieders hebben ze meer invloed op de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod dan de andere verzekeraars. De prikkel om op de zorgverzekeringsmarkt een zo efficiënt mogelijk marktresultaat te bereiken is door het grotendeels ontbreken van concurrentie echter juist minder groot. De opkomst van gemengde collectieve contracten kan deze efficiëntieprikkel echter wel groter maken.

8 De zorginkoopmarkt

Marktstructuur: regionale onderhandelingen van marginaal belang

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Deze zorginkoopmarkt bestaat uit een landelijke markt en een aantal regionale markten. Op de landelijke (politieke) markt ‘onderhandelen’ de overheid en de koepelorganisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar over prijzen, volumes en budgetten. Hiermee bepalen deze partijen in zeer belangrijke mate de kaders waarbinnen de zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders op de regionale markten. Zoals eerder besproken is het belangrijk om invloed uit te oefenen op deze landelijke onderhandelingen.

Doordat prijzen, volumes en budgetten grotendeels vastliggen, zijn de regionale onderhandelingen slechts van marginaal belang voor het bereiken van een goede prijs/kwaliteitverhouding van de intramurale zorg in de regio. De vrije onderhandelingsruimte bestaat uit enkele procenten van het totale budget en betreft vooral vernieuwingsgelden.

In de regionale onderhandelingen speelt aan de kant van de verzekeraars de regionale marktleider de hoofdrol. Deze voert in feite de onderhandelingen ook namens de andere verzekeraars. De andere verzekeraars laten zich veelal vertegenwoordigen door de zogenaamde regiovertegenwoordiger. De invloed van deze regiovertegenwoordiger is beperkt.

Door de concentratie en samenwerking aan de aanbiederskant is ook het aantal aanbieders dat aan de onderhandelingen deelneemt vaak beperkt. In veel regio's zijn er immers nog maar een of enkele (gefuseerde) ziekenhuizen en een of enkele (gefuseerde) instellingen voor verpleging en verzorging.

Marktgedrag: streven naar een goede verstandhouding

Marktmacht en countervailing power zien de zorgverzekeraars noch de zorgaanbieders als relevante begrippen bij de omschrijving van de regionale onderhandelingen. Zij streven vooral naar een goede verstandhouding. In een sfeer van goede verstandhouding kunnen de partijen het gemakkelijkst afspraken maken over ontwikkelingen op de lange termijn, vernieuwing van de zorg, reactie op overheidsregels of veranderende marktomstandigheden. De zorgverzekeraar kan daarmee de door haar gewenste regierol invullen. Voor de zorgaanbieders is een goede verstandhouding van belang om nieuwe plannen te kunnen realiseren. Om de goede verstandhouding te behouden zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook geen scherpe onderhandelingen voeren over de vernieuwingsgelden, deze worden bij voorkeur eerlijk verdeeld.

Hoe meer partijen er aan beide zijden aan tafel zitten, hoe moeilijker het is om deze goede verstandhouding te bewerkstelligen. De verschillende partijen geven dan ook aan dat het met meer partijen moeilijker wordt om lange-termijnafspraken te maken, of zorgvernieuwing te regelen.

De regiovertegenwoordiger die namens de overige verzekeraars mee-onderhandelt heeft meestal weinig invloed. Wel geven partijen aan dat de regiovertegenwoordiger vaak meer nadruk legt op kostenbeheersing dan de dominante regionale zorgverzekeraar. Een sterkere rol voor de regiovertegenwoordiger zou kunnen betekenen dat kostenbeheersing in de onderhandelingen, naast zorginhoudelijke aspecten, meer aandacht krijgt. Gezien de beperkte inkoopmacht kan kostenbeheersing echter niet worden afgedwongen.

Marktresultaat: beter samenwerking dan regionale concurrentie om niets

In de vorige paragrafen hebben we al geconstateerd dat de regionale zorgverzekeraars en de zorgaanbieders weinig marktprikkels ondervinden om te streven naar zo groot mogelijke efficiëntie. Ook de zorginkoopmarkt zelf bevat weinig prikkels tot efficiency. Er is in de praktijk immers maar een vrager en een of enkele aanbieders. Verzekeraars en aanbieders hebben bovendien nauwelijks instrumenten om een efficiënt marktresultaat te bereiken, want de onderhandelingsruimte is zeer beperkt. De vraag is echter of een model met meer vragers en meer aanbieders op deze markt tot een efficiënter marktresultaat leidt? In een markt waar prijzen en volumes al vastliggen, leidt een goede samenwerking tussen zorgverzekeraar en aanbieder waarschijnlijk tot een beter zorgaanbod dan regionale concurrentie om niets.

9 Toekomstige ontwikkelingen

Hoe ontwikkelen de verschillende zorgmarkten zich nu verder en zet samenwerking en concentratie zich verder voort? Wij zijn hierover tijdens het onderzoek een aantal verwachtingen tegengekomen. Deze verwachtingen zijn zeker niet eenduidig en hangen sterk af van het idee dat partijen hebben over de manier waarop de overheid met het stelsel van de gezondheidszorg zal omgaan.

Een eerste verwachting is dat de zorg zich meer klantgericht zal organiseren. Het belangrijkste middel daartoe is de verdere ontwikkeling van zorgketens. In de zorgketen krijgt de consument precies op zijn maat toegesneden zorg. Dit zou betekenen dat de verticale samenwerking tussen ziekenhuizen en de verplegings/verzorgingssector verder doorzet. Onduidelijk is echter nog of zorgaanbieders voldoende geprikkeld zullen worden om zorg echt klantgericht te organiseren. Op dit moment heeft de consument immers nog weinig marktmacht. Het persoonsgebonden budget (PGB) en het persoonsvolgend (PVB) budget in de AWBZ kunnen de consument wellicht meer marktmacht geven. Ook een verdere groei van collectieve verzekeringscontracten kan de vraagzijde versterken. Een andere prikkel voor meer klantgerichtheid en doelmatigheid is benchmarking, dat bijvoorbeeld in de thuiszorg wordt toegepast.

Een tweede, hiermee samenhangende, verwachting is dat de omvang van de zorgaanbieders nog verder zal toenemen. Daarbij zet de trend zich voort naar een beperkt aantal gespecialiseerde topzorgaanbieders met daaromheen een stelsel van aanbieders die de rest van de zorg in samenhangende zorgketens aanbiedt.

Een derde verwachting betreft de rol en positie van zorgverzekeraars. Door verdergaande samenwerking en concentratie neemt het aantal regionaal geörienteerde ziekenfondsen af tot ongeveer tien grote regionale marktleiders. Deze zullen enerzijds de rol vervullen van zorgregisseur in de regio. Anderzijds is ook de verwachting dat de verdere groei van de gemengde collectieve contracten met werkgevers de regionale rol van verzekeraars onder druk zal zetten en de landelijke concurrentie toeneemt.

Een vierde verwachting is dat het effect van het loslaten van de regiobinding voor ziekenfondsen groter zal worden. Consumenten beginnen langzamerhand te ontdekken dat zij van ziekenfonds kunnen wisselen. Ook nemen de verschillen tussen de nominale premies van ziekenfondsen toe. Dit zou de regisseursrol van ziekenfondsen kunnen aantasten en hun positie ten opzichte van toch al vaak machtige regionale aanbieders kunnen verzwakken.

Een vijfde verwachting is dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit meer invloed op de zorgmarkten gaat uitoefenen. Dit kan gaan betekenen dat zowel zorginkopers als zorgaanbieders op de inkoopmarkt niet of minder sterk mogen samenwerken. De verwachting is dat het effect op het marktresultaat vooralsnog gering zal zijn. De prikkel om met elkaar te concurreren neemt toe, maar zorginkopers hebben niet de instrumenten in handen om (op deze sterk gereguleerde markt met een schaars aanbod) daadwerkelijk meer efficiëntie te bewerkstelligen.

De zesde, minder gehoorde verwachting is dat de uitvoering van zorgverzekeringen in nog sterkere mate in publieke handen zal worden gelegd, deze ontwikkeling loopt dan parallel aan de gedachte om ook de uitvoering van de sociale verzekeringen deels publiek te gaan uitvoeren.

De zevende en laatste verwachting betreft de groei van het private aanbod. Als uitlaatklep voor het schaarse, feitelijk publieke zorgaanbod is een verdere groei van het private aanbod onvermijdelijk. Als private aanbieders niet in Nederland worden toegestaan dan zal toch bijvoorbeeld direct over de grens private zorg worden geboden, die door private verzekeringen wordt vergoed.

10 Slotconclusies

Op grond van bovenstaande analyse van samenwerking en concentratie op de zorgmarkten en de effecten hiervan op het marktresultaat komen we tot de volgende conclusies.

1. Vragers en aanbieders op de zorgmarkten voelen nauwelijks prikkels om de zorgmarkten efficiënt te laten werken. Door de sterke regulering en het schaarse aanbod hebben de partijen ook vrijwel geen instrumenten om een efficiënte werking van zorgmarkten te bewerkstelligen.
2. Bij zorgaanbieders is sprake een sterke mate van samenwerking en concentratie. Dit gebeurt om de continuïteit van de organisatie beter te kunnen waarborgen en om zorginhoudelijke redenen. Binnen een organisatie kan aan consumenten in toenemende mate zorg op maat worden aangeboden. Tegelijkertijd neemt de keuzevrijheid van consument, om te kiezen tussen instellingen, af. Samenwerking en concentratie beperken daarmee de - toch al geringe - marktprikkels om de consument zo goed mogelijk te bedienen en om de kwaliteit van de zorg op peil te houden.
3. Ook bij particuliere ziektekostenverzekeraars zien we samenwerking en concentratie. Op de markt voor zorgverzekeringen concurreren zij met elkaar om de collectieve contracten en om de jonge verzekerden. De markt voor zorginkoop kunnen ze nauwelijks beïnvloeden. De rol van hun regiovertegenwoordiger is beperkt. De concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars heeft dus alleen invloed op de prijs en kwaliteit van de verzekering maar niet op die van het zorgaanbod.
4. De regionaal geïntereerde ziekenfondsen proberen hun marktaandeel en daarmee hun landelijke en regionale invloed te behouden via samenwerking en concentratie. In toenemende mate concurreren zij ook op de nominale premie. Als regionale marktleider en als speler op de landelijke politieke markt kunnen zij in zekere mate invloed uitoefenen op de prijs en kwaliteit van de zorg. Door hun dominante positie op de regionale markt worden ze daartoe (nog) niet sterk geprikkeld.
5. De regionale zorginkoop door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders vindt plaats binnen strakke kaders. De onderhandelingsruimte op regionaal niveau is daarom slechts van marginaal belang voor prijs en kwaliteit van de zorg. De inkoop wordt in de praktijk geregeld tussen het dominante ziekenfonds en een of enkele zorgaanbieders. Een constructieve samenwerking tussen deze partijen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, leidt binnen de bestaande kaders waarschijnlijk tot een beter zorgaanbod dan harde onderhandelingen over (bijna) niets.
6. Prikkels voor een efficiënte werking van de zorgmarkten ontbreken vrijwel geheel. De mate van concentratie en samenwerking doet hieraan nauwelijks toe of af. De kwaliteit en doelmatigheid van

de zorg worden zodoende niet gewaarborgd door marktprikkels. Of er goede en doelmatige zorg wordt geboden is afhankelijk van de mate waarin de marktpartijen zelf zorginhoudelijke doelstellingen willen nastreven. In de zorg hebben veel partijen zo'n doelstelling. Binnen de bestaande kaders is samenwerking en concentratie voor deze partijen een rationele strategie om die zorginhoudelijke doelen te bereiken. Ze kunnen dan immers meer invloed uitoefenen op wetten en regels en ze worden door samenwerking en concentratie invloedrijk genoeg om in de regionale onderhandelingen hun zorginhoudelijke doelen vorm te geven.

-0-0-0-

2 Inleiding en vraagstelling

2.1 Aanleiding en doel

Het Kabinet heeft een interdepartementale werkgroep ingesteld om een visie te ontwikkelen op de concentratie- en samenwerkingstendensen in de zorgsector. Deze IBO-werkgroep heeft KPMG opdracht gegeven een inventarisatie te maken van deze tendensen van samenwerking en concentratie en te analyseren wat deze tendensen betekenen voor de doelmatigheid in de zorg. De inventarisatie heeft betrekking op de markten waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders actief zijn. We onderscheiden de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbiedersmarkt. Daarnaast belichten we de zorginkoopmarkt, waar zorgverzekeraars en zorginstellingen elkaar tegen komen rond de inkoop van zorg. Het doel van het onderzoek is het aanleveren van inzichten die de IBO-werkgroep in staat stelt een onderbouwde visie te ontwikkelen.

2.2 De opdracht aan KPMG

De opdracht van de IBO-werkgroep aan KPMG luidt:

“Onderzoek structuur, gedrag en resultaat op de verscheidene relevante zorgmarkten. Leg daarbij de nadruk op de samenwerkings- en concentratietendensen op deze zorgmarkten. Analyseer hoe de samenwerkings- en concentratietendensen, overheidsregulering, en/of andere aspecten van marktstructuur en marktgedrag het marktresultaat beïnvloeden.”

We richten ons daarbij op de volgende markten:

- Markten voor zorgverzekeringen: de AWBZ, het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen.
- Markten voor zorgproducten en -diensten: ziekenhuiszorg en specialistische zorg (cure), ouderenzorg door verpleeghuizen en verzorgingshuizen en thuiszorg (care).
- Markten voor zorginkoop: hier ontmoeten zorgverzekeraars en -aanbieders elkaar rondom de inkoop van zorg.

Als analysekader gebruiken we per markt het structuur-gedrag-resultaat paradigma. De onderzoeks aanpak bestaat uit een inventarisatie, casestudies en een Ervariumsessie.

In hoofdstuk 3 bakenen we de relevante markten nader af. Hoofdstuk 4 licht het structuur-gedrag-resultaat paradigma toe. Hieronder zetten we de onderzoeks aanpak uiteen.

2.3 Onderzoeks aanpak

Het onderzoek bestaat uit drie fasen.

De eerste fase betreft een brede inventarisatie van de ontwikkelingen op het vlak van samenwerking en concentratie en een eerste beschrijving van de markten met behulp van het structuur-gedrag-resultaat paradigma. De inventarisatie is gebaseerd op literatuuronderzoek en interviews met deskundigen, vertegenwoordigers van koepelorganisaties en marktpartijen en gesprekken met leden van de IBO-werkgroep. Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar cijfers over concentratie en samenwerking en naar doelmatigheid in de zorgaanbieders- en zorgverzekeraarsmarkt. Door gebrek aan gegevens of de beperkte beschikbaarheid ervan zijn de uitkomsten bescheiden. De resultaten van de eerste fase staan in de tussenrapportage van 6 augustus jl.. Deze eerste analyse heeft een aantal nieuwe vragen opgeroepen.

In fase 2 hebben we deze openstaande vragen in de praktijk onderzocht. Dit hebben we gedaan door het uitvoeren van vijftal casestudies: Zorgverzekeraar CZ en Verzekeringsmaatschappij Interpolis, De Friesland Zorgverzekeraar, de regio Friesland, de regio Delft en Westland, de regio Gorinchem (zie bijlage 3). De selectie van de cases is gedaan op basis van een aantal criteria en met het oog op de openstaande vragen. De casestudies bestonden uit gesprekken met functionarissen van marktpartijen. De uitkomsten van de casestudies zijn geanalyseerd en in een tweede tussenrapport van 6 oktober 1999 weergegeven. Hierbij stonden de openstaande vragen centraal. De uitkomsten hebben geleid tot aanvullingen en aanscherpingen van de conclusies uit de eerste tussenrapportage.

Fase 3 bestond uit een Ervariumsessie (zie bijlage 4) met een aantal gesprekpartners vanuit verschillende marktpartijen en instituties in de zorg. De uitkomsten van fase 1 en 2 waren input voor deze sessie. De uitkomsten van de case-studies is gebaseerd op een beperkt aantal cases en niet per definitie representatief zijn voor de gehele zorgsector. De Ervariumsessie beoogt de onderzoeksuitkomsten te toetsen en om zicht te verkrijgen in de toekomstige ontwikkelingen van concentratie en samenwerking in de zorgsector.

Ten slotte zijn onderhavig rapport opgesteld. Het rapport geeft de uitkomsten weer van het economische onderzoek naar de structuur, het gedrag, het resultaat en toekomstontwikkelingen in de markten van zorgverzekeringen, zorgproducten en -diensten en zorginkoop. Het rapport bevat ook de conclusies. Daarnaast is een beknopt, zelfstandig leesbaar rapport 'conclusies' geschreven met het doel snel kennis te kunnen nemen van de uitkomsten en conclusies van het onderzoek. Het onderhavige rapport 'economische analyse' geldt als onderbouwing van het bijbehorende beknopte rapport met de conclusies.

2.4 Opbouw rapport

We hebben het onderzoeksverslag als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 3 bespreken we kort welke zorgmarkten we onderzoeken en waarom we voor deze onderverdeling in markten hebben gekozen. Hoofdstuk 4 bevat het analysekader. In de hoofdstukken 5 tot en met 9 gaan we achtereenvolgens in op de cure-markt (hoofdstuk 5), de care-markt (hoofdstuk 6), de markt voor AWBZ-verzekeringen (hoofdstuk 7), de markt voor ziekenfondsverzekeringen (hoofdstuk 8) de markt voor particuliere verzekeringen (hoofdstuk 9) en de markt voor zorginkoop (hoofdstuk 10).

De hoofdstukken over de verschillende markten zijn als volgt opgebouwd:

1. beschrijving van de markt
2. basis-marktcondities
3. overheidsbeleid
4. marktstructuur
5. marktgedrag
6. marktresultaat
7. toekomstige ontwikkelingen

In de bijlagen treft u een overzicht van de geraadpleegde literatuur, een lijst van de gesprekspartners en een beschrijving van de cases in fase 2 en de deelnemers aan en de methodiek van de Ervariumsessie. Tevens zijn enkele tabellen en figuren in de bijlagen opgenomen.

3 De zorgmarkten in dit onderzoek

3.1 Inleiding

Zoals vermeld in de opdracht richten we ons onderzoek op de volgende markten:

- markten voor zorgverzekeringen: de AWBZ, het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen
- markten voor zorgproducten en -diensten: ziekenhuiszorg en specialistische zorg (cure), ouderenzorg door verpleeghuizen en verzorgingshuizen en thuiszorg(care)
- Markten voor zorginkoop: hier ontmoeten zorgverzekeraars en -aanbieders elkaar rondom de inkoop van zorg

De markt van zorginkoop is een van de eerste twee markten afgeleide markt. Hieronder volstaan we met het afbakenen van de markten van zorgverzekeringen en zorgproducten en -diensten.

Om een goede analyse te maken van structuur, gedrag en resultaat per markt gaan we in dit hoofdstuk na of we bovenvermelde markten als de relevante markten kunnen beschouwen, of dat een nadere onderverdeling wenselijk is.

Criteria zijn hierbij: is op de markten sprake van één product (of van goede substituten) en op welke geografische schaal worden de producten verhandeld?

3.2 Markten voor zorgverzekeringen

De relevante markten voor zorgverzekeringen zijn weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Relevante markt zorgverzekeringen

<i>marktpartijen</i> <i>producten/gebied</i>	zorgkantoren	ziekenfondsen	particuliere ziekte- kostenverzekeraars
producten	uitvoering awbz	ziekenfondsverzekering	standaardpakketpolis, particuliere (aanvullende) ziektekostenverzekeringe n, publiekrechtelijke am- btenarenverzekeringen
		gemengde collectieve zorgverzekeringen	
geografisch			
- formeel	regionaal	landelijk	landelijk
- feitelijk	regionaal	regionaal ¹	landelijk

De AWBZ is een volksverzekering. Iedere ingezetene betaalt premie voor een wettelijk vastgesteld pakket van zorg. De uitvoering van de zorg is regionaal georganiseerd. De regionale zorgkantoren kopen de zorg in bij zorgaanbieders. Regionale indicatieorganen bepalen wie in aanmerking komt voor AWBZ-zorg.

¹ Het gaat hier om de traditionele ziekenfondsen, die nog steeds sterk vertegenwoordigd zijn in hun oude werkgebied.

De *Ziekenfondsverzekeringen* is een verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet: hoofdzakelijk werknemers onder de ziekenfondsgrens. Het is formeel een landelijke markt. Het ziekenfondspakket ligt wettelijk vast. Er is dus sprake van een vrij homogeen product. Tot 1992 was de uitvoering van de ziekenfondswet regionaal georganiseerd. Ondanks het loslaten van de regiobinding zijn de traditionele ziekenfondsen nog steeds primair actief op de regionale verzekeringsmarkt. De markt voor met name ziekenfondsverzekeringen lijkt dus in de praktijk een regionale markt te zijn. Ziekenfondsverzekerden hebben de vrijheid om een verzekering bij een ander ziekenfonds te sluiten.

Ziekenfondsverzekerden kunnen bij een ziekenfonds ook particuliere aanvullende verzekeringen - voor zorg in het derde compartiment - sluiten. Dit gebeurt dan bij een aan het ziekenfonds gelieerde particuliere verzekeraar. Wij gaan niet verder in op deze submarkt van beperkte omvang.

Particuliere verzekeren zijn vrijwillige verzekerden voor degenen die niet in aanmerking komen voor het ziekenfonds. De markt voor *particuliere verzekeringen* is een landelijke markt. Particuliere verzekeraars bieden verschillende verzekeringspakketten aan met verschillende dekkingen en met en zonder eigen risico. Ook is het onderscheid tussen collectieve en individuele verzekeringen relevant. Hier is dus geen sprake van een homogeen product. Een uitzondering is de standaardpakketpolis, waarmee de overheid mensen met een sterk verhoogd risico, die niet in aanmerking komen voor het ziekenfonds, toegang biedt tot een particuliere polis met een wettelijke verevening.

In opkomst zijn de gemengde collectieve zorgverzekeringen die werkgevers voor hun werknemers afsluiten. In het collectieve pakket kunnen zowel ziekenfonds als particulier verzekerden zijn opgenomen. De markt van dit product is primair landelijk.

De AWBZ, de ziekenfondsverzekeringen en de particuliere verzekeringen bespreken we als drie aparte markten. Het gaat hier om verschillende producten die nauwelijks substitueerbaar zijn en om grotendeels verschillende aanbieders. Gemengde collectiviteiten zullen zowel bij de markt voor ziekenfondsverzekeringen als particuliere verzekeringen aan de orde komen, omdat de aanbieders dezelfde en de producten directe substituten zijn.

3.3 Markten voor zorgproducten en -diensten

De relevante markten voor zorgproducten en -diensten zijn weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Relevante markt zorgproducten

<i>marktpartijen</i> <i>producten/gebied</i>	ziekenhuizen²	medisch specialisten	verpleeg-/verzorgings- huizen en thuiszorg- instellingen*
producten	ziekenhuiszorg: diagnose en behandeling verpleging en verzorging	diagnose en behandeling	ouderenzorg: diagnose en behandeling verpleging en verzorging* wonen en verblijf
geografisch			
- formeel	landelijk	landelijk	landelijk
- feitelijk	regionaal	regionaal	regionaal

² Met uitzondering van academische ziekenhuizen.

Ziekenhuiszorg, zorg door medisch specialisten en ouderenzorg worden aangeboden door verschillende aanbieders. Ze zijn slechts in beperkte mate substituten van elkaar. We bespreken ze daarom als drie aparte markten.

Het zorgaanbod is geen homogeen product. Elke aanbieder geeft aan zorg deels een eigen invulling. Uiteraard kunnen we zorg weer opdelen in zorg per ziektebeeld of zorg per verzekeringscompartiment. Voor de analyse van de concentratietendensen is dat echter minder relevant. Waar we desondanks verschillen tegen komen belichten we deze.

In toenemende mate zijn medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis. Ziekenhuiszorg en zorg door medisch specialisten kunnen dan als één zorgpakket worden gezien. In budgetair en financieel opzicht is dat door de lumpsum financiering ook het geval.

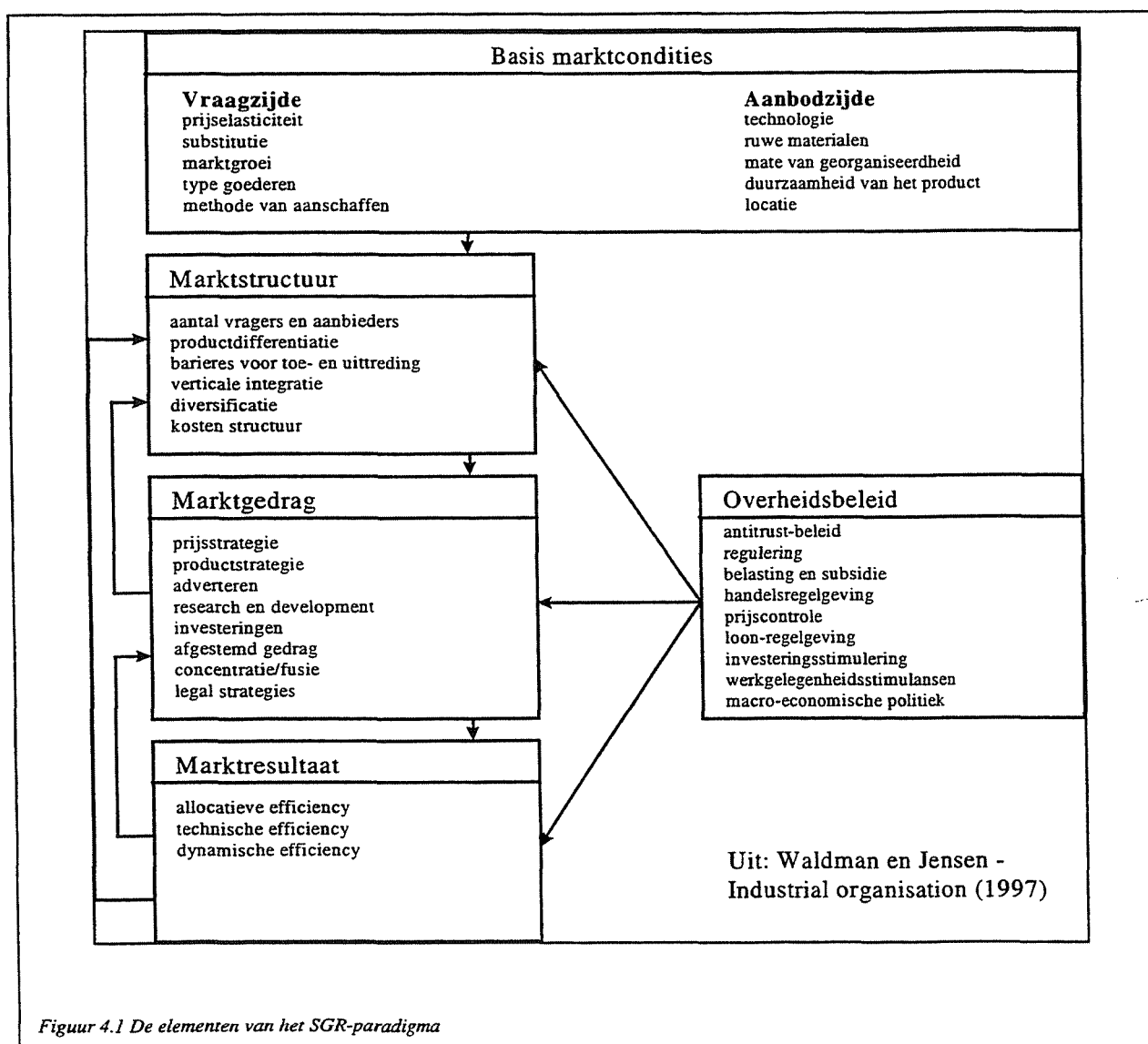
In principe concurreren zorgaanbieders landelijk met elkaar. In de praktijk kiezen consumenten bij voorkeur de dichtstbijzijnde aanbieders. De nog grotendeels regionaal opererende ziekenfondsen zijn de belangrijkste contractpartij voor de zorgaanbieders in de eigen regio. In de praktijk is de markt voor zorgaanbod dus grotendeels regionaal. We zullen echter niet elke zorgregio apart bespreken, omdat de ontwikkelingen in de regio's veelal vergelijkbaar zijn.

4 Analyse kader

4.1 Het Structuur-Gedrag-Resultaat-paradigma

Hoe zitten de zorgmarkten in elkaar, zijn er veel of weinig vragers en aanbieders? Kunnen nieuwe partijen gemakkelijk tot de markt toetreden of juist niet? Hoe gedragen partijen zich op de zorgmarkt: beconcurreren ze elkaar, werken ze samen, of gaan ze wellicht zelfs fusies aan? Hoe beïnvloedt de overheid de zorgmarkt met wetten en regels? En wat is het resultaat van deze marktstructuur, het marktgedrag? Werken de zorgmarkten efficiënt of niet? En wat is de invloed van samenwerking en concentratie op dit marktresultaat?

Het structuur-gedrag-resultaat-paradigma biedt een heldere structuur om de werking van markten en het gedrag van marktpartijen te beschrijven en te analyseren. In figuur 4.1 benoemen we de elementen van het SGR-paradigma.



De figuur lichten we hieronder toe:

De analyse van de zorgmarkten volgens het SGR-paradigma vergt eerst dat we de relevante markten scherp afbakenen. In hoofdstuk 3 hebben we dit gedaan.

Per markt beschrijven we vervolgens:

- De basis-marktcondities: denk bijvoorbeeld aan vergrijzing van de bevolking waardoor de vraag naar medische zorg toeneemt, of aan technologische ontwikkeling waardoor steeds nieuwere en snellere behandelingen mogelijk zijn.
- De overheidsinvloed op de markt: de overheid heeft een sterke invloed op de zorgmarkten. De overheid wil de toegankelijkheid van de zorg waarborgen, prijs en volume beheersen, solidariteit tussen zieken en gezonden en hogere en lagere inkomens bewerkstelligen en ze wil de kwaliteit van de zorg bewaken. Hiervoor is een set aan wetten en regels.
- De marktstructuur: hoe zit, gegeven de basismarktcondities en het overheidsbeleid de markt in elkaar? Hoeveel vragers en aanbieders zijn er? Zijn er barrières om tot de markt toe te treden? In de meeste regio's zijn bijvoorbeeld slechts een of enkele ziekenhuizen en is toetreding van nieuwe ziekenhuizen tot deze regionale markt in de praktijk niet mogelijk.
- Het marktgedrag: werken marktpartijen samen en hoe dan? Hoe onderscheiden aanbieders zich van elkaar? Is er sprake van afgestemd gedrag, bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars in de onderhandelingen met zorgaanbieders?
- Het marktresultaat: worden arbeid en kapitaal zo goed mogelijk ingezet (technische efficiëntie), krijgen de vragers op de markt optimaal waar voor hun geld (allocatieve efficiëntie)? En bevorderen marktstructuur en -gedrag investeringen in innovatie (dynamische efficiëntie)? In de zorgmarkten is slechts in zeer beperkte mate sprake van mededinging. De markten bevatten daardoor nauwelijks prikkels om allocatief efficiënt te werken. Welvaartseffecten zullen daarom vooral bereikt moeten worden door een goede technische en dynamische efficiëntie, bijvoorbeeld door stimulering van optimale schaalgrootte en de juiste prikkels in budgetsystemen. Afzonderlijke aspecten van het marktgedrag en de marktstructuur kunnen een effect hebben op meerdere vormen van marktresultaat. Ook moeten we bij marktresultaat op het niveau van de markt, rekening houden met de doelmatigheid op het niveau van ondernemingen en instellingen.

Zoals weergegeven in de figuur beïnvloeden structuur, gedrag, resultaat en overheidsbeleid elkaar wederzijds: hoe beïnvloedt het marktgedrag het marktresultaat, en leidt een bepaald marktresultaat weer tot veranderingen in het marktgedrag of de marktstructuur? Dit bespreken we in de analyse van elke markt. In de volgende paragraaf presenteren we voor deze analyses een kader.

4.2 Analyse: relatie tussen concentratietendensen en marktresultaat

4.2.1 Theorie van de betwistbare markten

Het is heel moeilijk om empirisch te meten of markten efficiënt werken, zeker op zo'n ingewikkelde markt als de zorgmarkt. Cijfers hierover zijn er nauwelijks. We moeten dus beredeneren in welke mate sprake is van efficiënt werkende zorgmarkten, en in fase 2 bezien of de cases hierover meer empirisch materiaal kunnen opleveren.

In economisch theoretische zin is een markt efficiënt als er sprake is van volkomen concurrentie tussen de aanbieders. Op de zorgmarkten is daarvan geen sprake. Daarvoor is het overheidsingrijpen te sterk en het aantal vragers en aanbieders per markt vaak te beperkt.

Volgens de theorie van de betwistbare markten (contestable markets) hoeven er echter niet noodzakelijk veel vragers en aanbieders op de markt actief te zijn, om toch efficiënt te werken. Het kan zelfs zijn dat samenwerking of fusie leidt tot een efficiënter marktresultaat. De dreiging dat nieuwe partijen kunnen toe- en uittreden (en de markt dus betwistbaar is) moet er echter wel zijn, om te zorgen dat de bestaande aanbieder(s) streven naar efficiëntie.

Deze theorie impliceert dus dat we een aantal stappen moeten zetten om het marktresultaat te kunnen analyseren:

- Wat is het aantal vragers en aanbieders? Als er weinig aanbieders zijn kan dit een indicatie zijn voor een inefficiënt marktresultaat, maar dat hoeft niet (zie hiervoor).
- Het bestaan van toe- en uittredingsbarrières, die de betwistbaarheid van markten beperken. Als er barrières zijn, verdwijnen voor de marktpartijen prikkels om efficiënt te werken, het is dan aannemelijk dat het marktresultaat minder efficiënt is.
- Welke andere dan marktprikkels zijn er om de efficiëntie te vergroten en hoe werken deze prikkels: bijvoorbeeld stimuleren van de optimale schaalgrootte, budgetsystemen, benchmarking kunnen partijen prikkelen tot een technisch en dynamisch-efficiënt marktresultaat.
- De motieven voor het beperkte aantal aanbieders: werken partijen samen, of fuseren ze om voor andere partijen toetredingsbarrières opwerpen, of gaan ze juist samen om efficiënter te kunnen werken. De gevonden motieven maken het verder aannemelijk of er sprake is van een inefficiënt marktresultaat of juist niet.

In de volgende paragrafen geven we van deze aspecten enkele indicaties.

4.2.2 Concentratiegraad

Praktische indicatoren om de concentratiegraad te meten zijn bijvoorbeeld:

- De ontwikkeling van het aantal organisaties in een individuele markt (als al het andere gelijk blijft wordt de mededinging tussen organisaties vergroot wanneer het aantal organisaties toeneemt).
- De concentratieratio (het marktaandeel van de grootste 4 aanbieders in de relevante markt).
- De Herindahl-Hirschmann Index (HHI). Deze index neemt het aantal organisaties plus de ongelijkheid van de marktaandelen in beschouwing.

Het cijfermateriaal is in veel gevallen ontoereikend gebleken om deze indicatoren consequent in het onderzoek te kunnen gebruiken.

4.2.3 Mogelijke toe- en uittredingsbarrières

De markt is niet contestable als nieuwe aanbieders niet of moeilijk kunnen toe- en uittreden; Mogelijke toe- en uittredingsbarrières in zorgmarkten zijn (zie onder andere Gaynor and Haas-Wilson, 1999):

- Wettelijke beperkingen (bijvoorbeeld regulering van de vestiging van een nieuw ziekenhuis, maximumbudgetten);
- Niet-terugverdienbare kosten (sunk costs): dit zijn ondernemingsspecifieke activa of investeringen, bijvoorbeeld informatiesystemen die niet naadloos aansluiten op andere informatiesystemen maar ook opgebouwde klantrelaties (bijvoorbeeld imago, cultuur, investeringen in R&D);
- Absolute kostenvoordelen (bestaande contracten met bedongen laagste prijzen, exclusieve contracten met aanbieders);
- Strategisch gedrag, bijvoorbeeld investeringen in overcapaciteit, waardoor bestaande aanbieders nieuwe aanbieders met prijzen onder de kostprijs weer uit de markt kunnen prijzen.

4.2.4 *Niet-marktconforme prikkels voor efficiëntie*

Ook andere prikkels dan marktwerking kunnen de efficiëntie vergroten. In de zorgmarkt worden daarvoor diverse instrumenten gehanteerd:

- Budgettering dwingt organisaties de kosten te beheersen, dit kan leiden tot een prikkel tot technische efficiëntie, maar zorgt daarvoor niet automatisch. In de zorg is dit een zeer veel gebruikt instrument.
- Benchmarking geeft inzicht in de kosten en opbrengsten van vergelijkbare organisaties. Als een organisatie negatief uit deze vergelijking springt kan dit een prikkel zijn om te streven naar een efficiëntere verhouding tussen opbrengsten en kosten. Hiermee wordt geëxperimenteerd in de thuiszorg.
- Beïnvloeding van de schaalgrootte van organisaties, om zo schaalvoordelen te realiseren. Grote ziekenhuizen worden bijvoorbeeld beter beloond dan kleinere. In de praktijk blijkt het vaak moeilijk te bepalen of schaalvoordelen daadwerkelijk optreden.

4.2.5 *Motieven voor samenwerking*

Bij weinig aanbieders en de aanwezigheid van toetredingsbarrières ontbreken prikkels om te komen tot een efficiënt marktresultaat. Samenwerking kan naast marktstrategische motieven ook zorginhoudelijke motieven hebben, enkele voorbeelden:

Enkele voorbeelden van zorginhoudelijke motieven voor samenwerking en concentratie

- Kwaliteitsverbetering door bevorderen van specialisatie tussen zorgaanbieders.
- Kwaliteitsverbetering door verticale integratie tussen verschillende vormen van care.
- Behalen schaalvoordelen om bij gegeven budget de beste zorg te kunnen bieden.

Enkele voorbeelden van marktstrategische motieven voor samenwerking en concentratie

- Kwaliteitsverbetering door bevorderen van specialisatie tussen zorgaanbieders.
- Sterke inkooppositie verwerven door gezamenlijk in te kopen.
- Sterkere verkooppositie verwerven.
- Positie veroveren op de markt voor gemengde collectiviteiten.
- Behalen van schaalvoordelen.
- Verticale integratie ter vermindering van risico's die samenhangen met verschuivingen in financieringsstromen tussen verschillende zorgvormen.

Bovenstaande motieven kunnen deels de efficiëntie van de markt verkleinen, andere, zorginhoudelijke motieven, kunnen de efficiëntie ook juist vergroten. In de praktijk is het echter vaak moeilijk te meten of de efficiëntie door samenwerking en concentratie wordt vergroot of verkleind.

4.3 *Toepassing analysekader*

We analyseren in dit rapport de zorgmarkten met behulp van het structuur-gedrag-resultaatparadigma. Uitgangspunt is het bepalen van de relevante zorgmarkten. We analyseren op basis van de uitgevoerde literatuurstudie, beschikbare data en de interviews achtereenvolgens de basismarktcondities, het overheidsbeleid, de marktstructuur en het marktgedrag. Over het marktresultaat zijn nauwelijks empirische gegevens beschikbaar. We zullen daarom beredeneren of het aantal aanbieders, de toetredingsbarrières en de motieven voor samenwerking de efficiënte werking van markten zal bevorderen of belemmeren. Ten slotte schetsen we de belangrijkste ontwikkelingen in de toekomst.

5 De curemarkt

In ons onderzoek is er voor gekozen om de curemarkt te onderscheiden van de caremarkt. Binnen de curemarkt onderscheiden wij diensten geleverd door ziekenhuizen en diensten geleverd door medisch specialisten. Deze diensten zijn nauw met elkaar verbonden. Soms is er sprake van één markt. Kenmerken van de ziekenhuismarkt en kenmerken die voor beide markten gelijk zijn, worden besproken in de paragraaf 5.1 “de markt voor ziekenhuiszorg”. Omdat de aard van de marktstructuur, het marktgedrag en het marktresultaat op belangrijke punten ook verschillen tussen ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, bespreken wij in paragraaf 5.2 apart de kenmerken die specifiek gelden voor de markt voor medisch specialistische zorg.

5.1 De markt voor ziekenhuiszorg

5.1.1 Beschrijving productenmarkt en geografische markt

De markt voor ziekenhuiszorg is de zorg die algemene, categorale en academische ziekenhuizen leveren. Waar algemene ziekenhuizen in principe voor iedere patiënt bedoeld zijn, richten categorale ziekenhuizen zich vooral op groepen van gebruikers. Zo zijn er oogziekenhuizen, kinderziekenhuizen enz. Zorgconsumenten, zorgverzekeraars en ziekenhuizen ontmoeten elkaar op de regionale markt. Wanneer er sprake is van bijzondere zorg of als zorgconsumenten ontevreden zijn over de regionale markt, komt het voor dat consumenten buiten de regio zorg vragen. Dit vindt in beperkte mate plaats op bovenregionaal, nationaal of zelfs internationaal niveau.

De belangrijkste producten van het ziekenhuis zijn diagnostiek, behandeling en verpleging. Het ziekenhuis is een multiproductonderneming. Er is maar beperkt sprake van homogeniteit tussen ‘gelijke’ producten in verschillende ziekenhuizen. De zorgconsument kan op grond van het imago van een ziekenhuis (of medisch specialist) of de eigen ervaringen een behandeling in ziekenhuis X heel anders waarderen dan eenzelfde behandeling in ziekenhuis Y.

De ziekenhuismarkt is grotendeels regionaal georganiseerd. In de diverse interviews wordt aangegeven dat de markt kleiner is dan de WZV-regio. Voor zorgconsumenten komt de ziekenhuismarkt overeen met het werkgebied van ziekenhuizen c.q. medisch specialisten (adherentiegebied). Dit adherente gebied geeft de bevolking aan in de omgeving van het ziekenhuis die zich richt op dat specifieke ziekenhuis. Uit de beschikbare adherente gegevens maken we op dat zorgconsumenten voor de basiszorg in belangrijke mate kiezen voor een ziekenhuis dat is gelegen op korte afstand van de eigen leefomgeving (bron SIG-adherentiegegevens per specialisme).

Met betrekking tot de omvang van het adherentiegebied kan worden gezegd dat dit gebied groter is naarmate de functies en/of de specialismen meer specialistisch c.q. schaarser zijn. Voor bijzondere zorg als topklinische- en topreferente zorg is het adherentiegebied dan ook groter. Voor sommige functies (bijvoorbeeld neonatale IC, transplantaties, et cetera) is de ziekenhuismarkt een landelijke markt. Deze zorg wordt verleend in de academische ziekenhuizen en de grote algemene ziekenhuizen.

Met name voor bijzondere en zeer schaarse zorg zijn consumenten bereid en is het, in termen van financiering, ook gemakkelijker geworden om over de grenzen van Nederland heen de zorg te vragen. Daarnaast is er in de grensgebieden van oudsher sprake van ‘grensoverschrijdende’ zorg.

5.1.2 Basis marktcondities

De vraag naar ziekenhuiszorg neemt toe. Deze stijgende vraag wordt slechts beperkt afgeremd door huisartsen en zorgverzekeraars (als intermediaire vragers).

Aan de aanbodzijde daalt de klinische capaciteit ten gunste van dagbehandelingen en poliklinische behandelingen. Technologische ontwikkelingen leiden tot een aanbod geïnduceerde toename van de vraag naar ziekenhuiszorg.

Vraagzijde

De vraag naar ziekenhuiszorg is afhankelijk van de zorgconsument zelf, de verwijzer en de zorgverzekeraar.

De **zorgconsument** wil de beste zorg en een beperkte reistijd. De vraag naar ziekenhuiszorg neemt toe vanwege demografische factoren, technologische vernieuwing en de mondigheid van de patiënt (WRR-rapport "Volksgezondheidszorg" 1997, pagina 55). Oudere mensen doen vaker en langer een beroep op ziekenhuiszorg dan jongere mensen (op nieuwgeborenen na). Door vergrijzing van de bevolking ontstaat er zodoende een toenemende vraag naar ziekenhuiszorg. Als gevolg van technologische ontwikkelingen kunnen aandoeningen die voorheen niet werden behandeld nu wel worden behandeld, wat leidt tot een toenemende "aanbod geïnduceerde" vraag naar zorg.

Er bestaat een trend van medicalisering in de Nederlandse maatschappij waardoor mensen eerder en vaker een beroep doen op de gezondheidszorg (WRR-rapport, 1997). In Nederland functioneert de **huisarts** als poortwachter voor de tweedelijnszorg (waaronder de ziekenhuiszorg). De huisarts bepaalt op grond van beschikbaarheid van plaatsen, kwaliteit, persoonlijke relaties, en wensen van de patiënt of ziekenhuiszorg noodzakelijk is en zo ja, naar welk ziekenhuis de patiënt wordt verwezen. De huisarts zal bij zijn verwijsgedrag risico's proberen te vermijden. Mondigheid van de patiënt, claimedrag, werkdruk en de onmogelijkheid om volledig op de hoogte te zijn van het hele scala aan diagnoses, technieken en behandelingen leggen in toenemende mate een druk bij de huisarts om door te verwijzen naar het ziekenhuis. Uitbreiding van het instrumentarium van de huisarts (bijvoorbeeld een toegevoegde assistent, het uitvoeren van eenvoudige verrichtingen, eigen diagnostiek) moet het aantal doorverwijzingen naar ziekenhuizen beperken.

Voor de financiering van ziekenhuiszorg dienen in hoofdzaak de **ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen**. Het verzekeringsstelsel leidt er toe dat individuele zorgconsumenten niet (of nauwelijks) worden geconfronteerd met de kosten van hun zorgvraag. Dit kan onder meer leiden tot moral hazard: de consument/cliënt gebruikt meer zorg omdat hij/zij niet direct wordt geconfronteerd met de kosten.

Aanbodzijde

Het aanbod van ziekenhuiszorg wordt sterk gereguleerd door de overheid (zie § 5.1.3). In de afgelopen jaren is het aanbod van zorg, mede door ontwikkelingen in de technologie (bijvoorbeeld laparoscopische technieken), verschoven van klinische zorg naar zorg in dagbehandeling en van zorg in dagbehandeling naar poliklinische zorg. Hierdoor is de gemiddelde ligduur per bed en het totaal aantal beschikbare bedden in Nederlandse ziekenhuizen afgenomen.

Ziekenhuizen hebben in het algemeen te maken met een verzwaring van de klinische patiëntenpopulatie. Dit komt onder meer doordat technologische ontwikkelingen er enerzijds toe hebben geleid dat patiënten die eerst niet werden behandeld, nu wel worden opgenomen (dit zijn meestal patiënten met een hoge zorgzwaarte) en anderzijds patiëntengroepen met een lichtere zorgzwaarte niet meer klinisch worden behandeld maar in dagbehandeling of poliklinisch.

5.1.3 Overheidsbeleid

Met betrekking tot de ziekenhuiszorg heeft de overheid verschillende beleidsinstrumenten ten behoeve van beheersing van functies, gebouwen, apparatuur, bedden, plaatsen en personeel. De belangrijkste instrumenten liggen verankerd in wetgeving.

Financiering

De aanspraken op respectievelijk de vergoeding van, ziekenhuiszorg, inclusief medisch specialistische zorg liggen vast in de Ziekenfondswet (Zfw), respectievelijk de particuliere ziektekostenverzekeringen. De verzekerde is in beginsel vrij in de keuze van het ziekenhuis respectievelijk de daarin werkzame medisch specialist(en). Ziekenfondsverzekerden hebben recht op de verstrekking van de geneeskundige hulp zelf: het naturabeginsel. De particuliere verzekering gebaseerd op het restitutiebeginsel: de verzekerde dient de kosten eerst zelf te betalen en krijgt deze vervolgens, afhankelijk van de polisvoorwaarden, vergoed van de verzekeraar.

Instellingen die zorg verlenen waarop verzekerden krachtens de Zfw aanspraak maken, dienen te zijn erkend door de minister van VWS. Deze erkenning is voor instellingen een noodzakelijke voorwaarde voor het sluiten van overeenkomsten met ziekenfondsen. Ten behoeve van de financiering zijn ziekenfondsen verplicht overeenkomsten te sluiten met erkende instellingen, de zogenaamde contracteerplicht.

Capaciteit

Via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) wordt de toetreding tot de markt strak gereguleerd door middel van een vergunningenstelsel. Deze wet heeft zowel invloed op het aantal en de (ver)bouw van ziekenhuizen als op de toegestane capaciteit (uitgedrukt in aantallen bedden c.q. plaatsen) en het aantal functie-eenheden (capaciteitsmaat voor specialismen).

Prijsvorming

De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) regelt de totstandkoming van tarieven in de gezondheidszorg. Het kader waarbinnen tarieven tot stand komen wordt gevormd door beleidsregels. Onderhandelingen tussen instellingen en zorgverzekeraars over tarieven vinden lokaal (op instellingsniveau) plaats.

Met betrekking tot de beheersing van de kosten van ziekenhuiszorg is de, in de WTG opgenomen, functiegerichte budgettering (FB-systematiek) bepalend. De FB-systematiek bepaalt de hoogte van het budget van ziekenhuizen op basis van de omvang van het verzorgingsgebied, de functie- en capaciteitskenmerken en de omvang van de patiëntenstromen.

5.1.4 Marktstructuur

Het aantal ziekenhuizen is vooral door horizontale fusies de laatste decennia afgenomen. Zorgconsumenten/zorgverzekeraars hebben in een aantal regio's nog maar beperkte keuze waar zij hun ziekenhuiszorg kunnen afnemen/inkopen.

Bestaande ziekenhuizen hebben door een groot aantal hoge toetredingsbarrières weinig te vrezen van nieuwe toetreders.

Verticale samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders (met huisartsen, thuiszorg, verpleeghuizen) is vooral gericht op het op elkaar afstemmen van doelstellingen, het realiseren van een betere doorstroming van patiënten en het kunnen aanbieden van zorg op maat.

De kostenstructuur van ziekenhuizen wordt voor een belangrijk deel gevormd door de in de sector betaalde lonen. De CAO ziekenhuizen wordt voor de sector als geheel afgesloten (de academische

ziekenhuizen kennen een eigen CAO). Personele schaarste voor een toenemend aantal functies leidt tot differentiatie in beloning.

5.1.4.1 Vraag en aanbod

Tabel 5.1.4 I Ontwikkeling van het aantal algemene, academische en categorale ziekenhuizen

	aantal instellingen 1985	aantal instellingen 1990	aantal instellingen 1994	aantal instellingen 1995	aantal instellingen 1996	aantal instellingen 1998
algemene ziekenhuizen	155	124	113	110	106	104
academische ziekenhuizen	7	8	8	8	8	8
categorale ziekenhuizen	45	36	30	29	29	28
totaal	207	168	151	147	143	140

Bron: CBS & Ministerie van VWS (1997). *Vademecum gezondheidstatistiek Nederland 1997*; NZi (1998) *Instellingen van intramurale gezondheidszorg*

In bijlage 5 wordt per WZV regio de daling weergegeven van het aantal ziekenhuizen en het aantal ziekenhuisbedden over de periode 1990-1998.

Den Hartog et al, 1998 hebben in een longitudinale studie (1987-1995) waarin alle algemene, academische en categorale ziekenhuizen in Nederland zijn betrokken, onderzocht in hoeverre fusies tussen ziekenhuizen leiden tot beïnvloeding van de marktkracht. Per WZV-regio hebben zij, onder andere op basis van de Hirschman index, in kaart gebracht of er sprake is van een monopolioïde, een oligopolistische, een substantiële of een matige marktkracht. Zij berekenen op basis van het onderzoek dat drie WZV-regio's (Flevoland, Gouda en Delft) een HHI-index kennen kleiner dan of gelijk aan 0,5 (tabel 5.1.4 II). Een monopolioïde marktkracht is niet gevonden.

Tabel 5.1.4. II Ontwikkelingen van de Herfindahl-Hirshman index (HHI) in de markt van ziekenhuizen (1978-1995), berekend op basis van het aantal bezette bedden per WZV-regio (Den Hartog et al, 1998)

	1978	1990	1995	Mate van Marktkracht
HHI<0,18	14	4	4	matig
0,18≤HHI<0,5	11	20	20	substantieel
0,5≤HHI	2	3	3	oligopolistisch

In een ander onderzoek heeft Schut (1997) aangetoond dat het aantal potentiële concurrenten per ziekenhuis in Nederland afneemt. Buiten de Randstad kent 80% van de Nederlandse ziekenhuizen niet meer dan vijf potentiële concurrenten (binnen een straal van 25 kilometer). Binnen de dichtbevolkte Randstad is de marktkracht van ziekenhuizen aanzienlijk minder en kent slechts 8% van de ziekenhuizen vijf of minder ziekenhuizen in de directe omgeving (Schut, 1997).

Terwijl het aantal ziekenhuizen afneemt, blijft het aantal opnamen nagenoeg gelijk, stijgt het aantal eerste polikliniekbezoeken en dagverplegingen en daalt het aantal verpleegdagen (Welling, 1998). Hoewel de verschillende productieparameters onderling moeilijk zijn te wegen kan voorzichtig worden gesteld dat de vraag naar ziekenhuiszorg zeker niet afneemt (eerder toeneemt). Door de toenemende vraag en het achterblijvende aanbod ontstaan wachtlijsten.

Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg, zoals schaarste, toenemende werkdruk alsmede de behoefte van medisch specialisten om patiënten in een andere setting beter te bejegenen, hebben onder meer geleid tot de intrede van **privé-klinieken** op de ziekenhuismarkt. Als privé-klinieken zorg verlenen die deel uitmaakt van het tweede compartiment dienen zij een verbinding te hebben met bestaande

ziekenhuizen. Uit hoofde van de WTG ontvangen privé-klinieken, naast het honorariumtarief, slechts een beperkt neventarief ter dekking van de vaste kosten.

5.1.4.2 Productdifferentiatie

Voor wat betreft de basisfuncties van het ziekenhuis is het aanbod van alle ziekenhuizen nagenoeg gelijk. Topklinische functies zijn bij wet voorbehouden aan een beperkt aantal academische en grote algemene ziekenhuizen.

Binnen de basisfuncties differentiëren ziekenhuizen voornamelijk door middel van hun voorzieningenniveau en de naam en reputatie van de aan het ziekenhuis verbonden specialisten. Dit leidt er in een aantal regio's toe dat ziekenhuizen elk hun eigen specialisatie (profiel) ontwikkelen. In sommige gevallen worden ten aanzien van deze specialisaties onderling marktverdelingsafspraken gemaakt tussen ziekenhuizen.

5.1.4.3 Barrières voor toe- en uittreding

De ziekenhuismarkt kent een groot aantal toetredingsbarrières, deels in verband met de aard van het product en deels voortvloeiend uit overheidsbeleid.

Moderne ziekenhuizen zijn hoogtechnologische bedrijven. Vanwege de unieke functie van het ziekenhuis en de specifieke apparatuur die daarbij wordt gebruikt, zal de marktwaarde in de vrije verkoop naar verwachting laag zijn (verzonken kosten). Onder meer om deze redenen bepaalt de overheid, door middel van wet- en regelgeving (§ 5.1.3) de toetreding tot de (collectief gefinancierde) ziekenhuismarkt.

Middels het vaststellen van de beddennorm (van 2,8 promille van de adherente bevolking naar ongeveer 2,3 promille, naar 2,0 promille- nu nog alleen voor nieuwbouw) wordt de klinische capaciteit in de ziekenhuizen in de loop van de jaren steeds meer beperkt en het speelveld van de ziekenhuismarkt verder verkleind.

5.1.4.4 Verticale integratie

Verticale samenwerking met medisch specialisten door managementparticipatie van medisch specialisten in de ziekenhuizen is gericht op het op één lijn brengen van de doelstellingen van beide partijen.

Samenwerkingsrelaties tussen ziekenhuis en huisarts komen wel voor maar slechts in beperkte mate, dat wil zeggen in samenwerkingsvormen met beperkte binding en alleen voor onderdelen van het primaire proces.

Verticale samenwerking tussen ziekenhuiszorg en de care-sector komt vooral voor in het kader van de ziekenhuisverplaatste zorg. Hoewel het aantal samenwerkingsrelaties groot is, is de mate van bindingsintensiteit in de meeste gevallen beperkt. Samenwerking op projectbasis betreft meestal onderdelen van het primaire proces gericht op een goede afstemming van de zorg op de vraag van de patiënt. Slechts in enkele gevallen wordt gekozen voor samenwerking binnen één rechtspersoon.

Als maatgevend voorbeeld van het realiseren van ketenzorg door samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt genoemd het aanpakken van de verkeerde bed problematiek in ziekenhuizen. Samenwerking leidt tot het gewenste substitutie-effect: de cliënt kan eerder uit het verkeerde (duurdere) ziekenhuisbed en kan - uitgaande van zorg op maat - doorstromen naar het juiste (goedkopere) bed in een lager niveau van de zorgketen. Overigens zegt een zorgverzekeraar geen verschil te zien in de behaalde resultaten bij één van de cases (ziekenhuis en verpleeghuis binnen één conglomeraat) in vergelijking met een zelfstandig ziekenhuis en een zelfstandig verpleeghuis die de doorstroom hebben geregeld middels onderlinge afspraken.

5.1.4.5 Kostenstructuur

De kostenstructuur van ziekenhuizen wordt voor het grootste deel bepaald door loonkosten van personeel (gemiddeld tussen de 60 en 70% van de exploitatiekosten) en investeringen in apparatuur (investeringsbudget). Door een gebrek aan personeel in diverse functies staan de loonkosten onder opwaartse druk.

Ten aanzien van de inkoop voor medische apparatuur en overige middelen zullen grotere ziekenhuizen in theorie grotere kortingen kunnen bedingen dan kleinere ziekenhuizen. Of deze inkoopvoordelen in de praktijk ook daadwerkelijk worden gerealiseerd kon in de interviews niet worden bevestigd.

Grotere ziekenhuizen hebben meer mogelijkheden dan kleinere ziekenhuizen om de bezettingsgraad van hun dure apparatuur te optimaliseren. Kleinere ziekenhuizen kunnen dure diagnostiek zoals MRI, CT-scans en diverse laboratoriumfaciliteiten alleen exploiteren in samenwerking met andere ziekenhuizen.

5.1.5 Marktgedrag

Ziekenhuizen proberen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars het budget te maximaliseren. De prijzen liggen bij voorbaat vast, zodat budgetmaximalisatie vooral is gericht op het volume van de productieafspraken.

Nadat het budget is vastgesteld, zal de bedrijfsvoering van het ziekenhuis er op zijn gericht om de uitgaven op budgetniveau te controleren. Enerzijds stimuleert dit om efficiënt te werken, anderzijds prikkelt het tot afwenteling van kosten op andere ziekenhuizen.

Het streven naar kostenbeheersing leidt ook tot fusies tussen ziekenhuizen en tot vormen van verticale samenwerking.

5.1.5.1 Prijsstrategie

Ziekenhuizen zijn budgetgefinancierd. Een deel van deze financiering varieert met de productie volgens de formule: variabel budget = productie * parameterwaarden. De parameterwaarden liggen vast zodat onderhandelingen met de zorgverzekeraars zich toespitsen op de hoogte van de productie.

Onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars betreffen de ziekenhuisproductie in termen van opnamen, eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en verpleegdagen en daarnaast specifieke projecten, gefinancierd door middel van **zorgvernieuwingsgelden**. Het feit dat de financiering van specifieke projecten loopt via de fb-parameters maakt ondoorzichtig wat er nu feitelijk wordt afgesproken en uitgevoerd.

5.1.5.2 Productstrategie

Ziekenhuizen kunnen een budgetverruiming realiseren door meer adherente bevolking en daardoor ook meer productie (op de vier budgetparameters verpleegdagen, opnamen, eerste polikliniekbezoeken en dagverplegingen) naar zich toe te trekken. Concurrentie met andere ziekenhuizen vindt vooral plaats op het voorzieningenniveau. Aanschaf van bijvoorbeeld een MRI, een neonatale IC of een heliportdienst door een ziekenhuis kan in een regio een verschuiving in de adherentie veroorzaken.

5.1.5.3 Kostenstrategie

Omdat het budget slechts beperkt is te beïnvloeden, vindt strategisch gedrag vooral plaats via beïnvloeding van de kosten. In voorkomende gevallen worden door het ziekenhuismanagement met specialismen afspraken gemaakt over het maximum aantal dure behandelingen dat in een jaar mag worden uitgevoerd. Deze afspraken hebben bijvoorbeeld betrekking op ingrepen (of patiëntencategorieën) waarbij dure implantaten of geneesmiddelen worden gebruikt. De sterke focus van ziekenhuizen op beheersing van hun kosten geeft een prikkel voor individuele ziekenhuizen om dure patiënten door te verwijzen naar andere ziekenhuizen.

5.1.5.4 Afgestemd gedrag

Blijkens de interviews en de cases hebben de zorgconglomeraten een structurele vorm van overleg met andere zorgaanbieders in de regio. Vaak betreft het zorginhoudelijke afstemming. In sommige gevallen wordt in een dergelijk overleg ook een gezamenlijke positie bepaald voor het centraal verkrijgen van extra middelen.

5.1.5.5 Samenwerkingsstrategie

Concentratie en fusiebeslissingen worden in belangrijke mate bepaald doordat individuele instellingen streven naar continuïteit van de instelling en willen anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. Als *leidend* argument wordt genoemd het op peil houden of zelfs uitbreiden van de adherentie. Direct en indirect is de adherentie bepalend voor een belangrijk deel van het financiële budget. Een directe aanleiding voor fusie tussen ziekenhuizen ligt in alle drie de onderzochte cases in de plannen tot (ver)nieuwbouw. Omdat de toestemming voor (ver)nieuwbouw werd/wordt gekoppeld aan de beddenreductie gaan zorgaanbieders op zoek naar partners voor samenwerking om de, door de overheid geëntameerde, beddenreductie te kunnen realiseren.

Een toename van de schaalgrootte biedt vervolgens kansen op gebieden als vergroting van de efficiency en kostenbeheersing. Ook de slechte financiële positie van ziekenhuizen werd genoemd als motief om te fuseren met een financieel gezond ziekenhuis dat kon zorgdragen voor de continuïteit van de financieel zwakke instelling. Persoonlijke motieven van bestuurders kunnen bij fusies eveneens een belangrijke rol spelen.

Topklinische functies zijn bij wet voorbehouden aan academische en een beperkt aantal grote algemene ziekenhuizen. Aan deze bijzondere functies worden relatief hogere parameterwaarden toegekend waardoor het ziekenhuis meer budget genereert. Dit kan voor ziekenhuizen een belangrijke prikkel voor samenwerking vormen (schaalgrootte wordt direct beloond in de vorm van meer budget).

Het vergroten van de politieke macht wordt meerdere malen genoemd als motief of bijkomend positief resultaat dat aangewend kan worden als middel bij verdere onderhandelingen. Als grote instelling wordt er lokaal, regionaal en landelijk beter naar je geluisterd en ben je minder gevoelig voor willekeurig overheidsbeleid. Vergroting van de machtspositie geeft de zorgaanbieder een 'luidere stem' als het gaat om zorgverzekeraarsbeleid en overheidsbeleid.

5.1.6 Marktresultaat

De markt voor ziekenhuiszorg is zeer sterk gereguleerd. Er zijn hoge toetredingsbarrières, vaste budgetten en een aanbod dat achterblijft bij de vraag. Marktprikkels voor efficiency ontbreken hierdoor.

5.1.6.1 Technische efficiency

De budgettering van ziekenhuizen heeft een plafond gezet op de inkomsten van de ziekenhuizen en daarmee de bestedingsmogelijkheden. Of en in hoeverre de beschikbare budgetten efficiënt worden besteed (zowel de allocatie als de efficiency van de besteding) is niet bekend.

Het SCP heeft empirisch onderzoek gedaan naar technische efficiency. Blank et al, 1998 concluderen in de SCP-studie *Tussen bed en budget* dat schaaffecten - de mate waarin de kosten per ziektegeval samenhangen met de grootte van het ziekenhuis - nihil zijn (Blank et al, 1998).

De bevindingen uit de onderzochte cases staven deze conclusies van het SCP. De schaalvoordelen die met name bij horizontale fusies als motief worden genoemd, kunnen niet worden ondersteund door cijfers waaruit dit ook daadwerkelijk blijkt. Hooguit zijn beperkte voordelen in de ondersteunende sfeer behaald.

In dezelfde empirische studie wordt ten aanzien van de efficiency gesteld dat ziekenhuizen voor 80 tot 85% efficiënt zijn. Hieruit mag echter niet de conclusie worden getrokken dat er grote doelmatigheidswinsten te behalen zijn. Slechts een deel van de inefficiency kan worden verklaard uit de kenmerken van de ziekenhuizen. Daarnaast kunnen overheid en het management van ziekenhuizen niet alle kenmerken beïnvloeden.

Beddenreductie, al dan niet gepaard gaande met (ver)nieuwbouw heeft in een aantal gevallen geleid tot sluiting van locaties of tot afbouw van specifieke functies (en diensgevolg van vermindering van bedden) op één van de locaties.

Verplaatsing van medisch specialistische capaciteit naar privéklinieken heeft suboptimalisatie in het ziekenhuis tot gevolg. Hierdoor wordt de efficiency van ziekenhuizen negatief beïnvloed.

5.1.6.1 *Allocatieve efficiency*

Hoge toetredingsbarrières voor ziekenhuizen, vaste prijzen en budgetten en (kunstmatige) schaarste van ziekenhuiszorg kenmerken de markt voor ziekenhuiszorg. Zorgverzekeraars hebben daardoor geen mogelijkheden om de allocatieve efficiency te bevorderen. Gezien de schaarste in het aanbod en de wens en noodzaak om goede kwaliteit te bieden, zal een vrijere markt volgens geïnterviewden waarschijnlijk niet tot lagere prijzen leiden.

Horizontale samenwerking tussen aanbieders leidt er volgens de geïnterviewden toe dat binnen één organisatie een breed scala van voorzieningen aan de zorgconsument aangeboden kan worden. Nadeel van de samenwerking voor de zorgconsument kan zijn dat een zorgaanbieder geneigd zal zijn om voorzieningen te concentreren op locaties waardoor reisafstanden voor verschillende zorgconsumenten kunnen toenemen.

Verticale samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen leidt tot het gewenste substitutie-effect. Tijdens de interviews is overigens opgemerkt dat het geen verschil maakt of er voor het bereiken van de gewenste substitutie sprake is van een fusie of dat er goede afspraken worden gemaakt tussen een ziekenhuis en een verpleeghuis.

5.1.6.2 *Dynamische efficiency*

Het budgetteringssysteem bevat slechts beperkte mogelijkheden voor zorgvernieuwing. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zoeken daarom naar creatieve manieren om binnen of buiten de huidige budgetten toch geld vrij te maken voor innovaties. De overheid ondersteunt zorgvernieuwing inmiddels via de 'beleidsregel zorgvernieuwing'.

De innovaties leiden overigens niet tot lagere gemiddelde variabele kosten per ziektegeval. Deze blijven constant volgens Blank et al, 1998. Dit betekent volgens Blank dat er geen sprake is van (kostenbesparende) technologische ontwikkelingen in de loop van de tijd. Een snellere behandeling leidt tot een vermindering van het aantal verpleegdagen, daar tegenover staat een meer intensieve behandeling per verpleegdag.

In de ziekenhuissector is als gevolg van de samenwerking en concentratie de keuzevrijheid op sommige locaties wel degelijk verminderd. Soms zijn locaties gesloten, soms is op één van de locaties nog maar een beperkt aanbod beschikbaar. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat het ziekenhuis zich dit, zonder al te veel consequenties voor de adherentie, kan veroorloven. Zorgconsumenten hebben immers op de lokale zorgmarkt weinig alternatieven.

5.2 De markt voor medisch specialistische zorg

5.2.1 Beschrijving productenmarkt en geografische markt

De markt voor medisch specialistische zorg is sterk persoonsgebonden. Een beperkt aantal producten kan worden geleverd door andere aanbieders dan medisch specialisten. De markt is in beginsel regionaal.

5.1.1.1 Productenmarkt

De productenmarkt voor medisch specialistische zorg is geïnstitutionaliseerd in ziekenhuizen of privé-praktijken. De diensten in deze markt worden exclusief geleverd door medisch specialisten die na hun basisopleiding één van de vervolgopleidingen tot medisch specialist hebben gevolgd.

Gedurende de behandeling ontstaat er een vertrouwensrelatie tussen zorgconsument en medisch specialist. Deze vertrouwensrelatie heeft invloed op de bereidheid van zorgconsumenten om diensten af te nemen van andere medisch specialisten die hetzelfde product leveren. Pas wanneer de vertrouwensrelatie op het spel komt te staan zal de zorgconsument open staan voor andere aanbieders.

Ten aanzien van complexe medische ingrepen wordt de markt exclusief gedomineerd door medisch specialisten. Eenvoudiger ingrepen kunnen ook door huisartsen worden gedaan. Op een klein aantal terreinen vindt de zorgconsument alternatieven voor medisch specialistische zorg in de homeopathische of de alternatieve geneeskunde.

5.1.1.2 Geografische markt

De markt voor medisch specialistische zorg is in beginsel een regionale markt, die overeenkomt met het adherente gebied van het medisch specialisme respectievelijk de medisch specialist. De geografische markt wordt (tijdelijk) groter wanneer de zorgconsument ontevreden is over de behandeling en/of een second opinion wil. Ook in het geval van persoonsgebonden specialismen met supraregionale bekendheid bestaat een grotere regionale markt. Voor medisch specialistische zorg die alleen wordt geleverd door academische specialisten kan worden gesproken over een landelijke markt.

5.2.2 Basis marktcondities

De vraag naar medisch specialistische zorg neemt toe. Door de informatie-asymmetrie tussen zorgconsument en medisch specialist bestaat het risico van aanbod geïnduceerde vraag.

De ontwikkelingen aan de vraagzijde zijn voor een belangrijk deel beschreven bij de ziekenhuismarkt. De toenemende vergrijzing, ontwikkelingen in de technologie en de toegenomen mondigheid van consumenten leiden tot een toenemende *vraag* naar medisch specialistische zorg. Deze ontwikkelingen worden nog eens versterkt door medicalisering van de samenleving. Stimulering van de poortwachterrol van de huisarts remt de stijging van de vraag.

Daarenboven wordt de vraag naar medisch specialistische zorg mogelijk beïnvloed door de informatie-asymmetrie tussen zorgconsument en medisch specialist. De zorgconsument heeft voor het formuleren van zijn zorgvraag onvoldoende inhoudelijke kennis. Voor het formuleren van de vraag is hij afhankelijk van de aanbieder, de medisch specialist (en de huisarts). Afhankelijk van de doelstellingen van de medisch specialist ontstaat het risico van aanbod geïnduceerde zorg.

Doorslaer en Schut (1999) maken bij de analyse van aanbod geïnduceerde zorg een onderscheid tussen drie typen gebruik van medische hulp:

1. gebruik van medische hulp op initiatief van de patiënt zelf;
2. gebruik van medische hulp verstrekt door andere aanbieders dan de voorschrijver van die zorg (bijvoorbeeld verwijzing naar een medisch specialist door een huisarts);

3. gebruik van medische hulp die wordt voorgeschreven en verstrekt door dezelfde aanbieder (bijvoorbeeld een herhaalconsult bij dezelfde medisch specialist).

Alleen bij punt 2 en 3 ontstaat het risico van aanbod geïnduceerde zorg.

Indien naast de belangen van de patiënt ook het inkomen en de werklast van de arts een rol spelen bij de totstandkoming van de vraag naar zorg, zal de hoogte en de aard van de honorering van de arts van invloed zijn op het gebruik van medische voorzieningen (Doorslaer en Schut, 1999).

Sinds de invoering van de specialistenbudgettering is de prikkel voor medisch specialisten weggenomen om via het doen van extra verrichtingen, extra inkomen te genereren.

De beschikbare capaciteit van medisch specialisten staat onder druk door een toenemende vraag naar deeltijdarbeid enerzijds en een verhoogd aantal vervroegde uittredingen anderzijds. In bijlage 5 wordt het aantal FTE specialisten werkzaam in ziekenhuizen, per WZV regio in 1998 weergegeven.

Het aanbod van medisch specialistische zorg blijft achter bij de vraag, resulterend in wachtlijsten.

5.2.3 *Overheidsbeleid*

Via de specialistenbudgettering houdt de overheid de macrokosten van medisch specialistische zorg en het aantal medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen in de hand.

Met de invoering van de specialistenbudgettering is in veel ziekenhuizen ook voor medisch specialisten een lumpsum financiering afgesproken (honorariumbudget) gebaseerd op de productie van het basisjaar waarin het honorariumbudget tot stand kwam (plus of min kleine aanpassingen voor wijzigingen in de productie). Het honorariumbudget stelt een maximum aan de vergoeding voor medisch specialistische zorg in termen van verrichtingen, begrenst daarmee de inkomsten, en is zodoende een effectief instrument tot kostenbeheersing.

5.2.4 *Marktstructuur*

Er bestaan hoge barrières voor toetreding van nieuwe medisch specialisten tot de markt. Verticale integratie met ziekenhuizen via managementparticipatie leidt tot afstemming van doelstellingen. Samenwerking met huisartsen leidt tot een betere doorstroming van patiëntenzorg.

5.2.4.1 *Productdifferentiatie*

De markt van medisch specialistische zorg is sterk gediversifieerd. Binnen specialismen vindt superspecialisatie plaats.

5.2.4.2 *Toetredingsbelemmeringen*

Aan de aanbodzijde wordt de toetreding tot de markt op diverse manieren beperkt. Ten eerste voert de overheid een strak kostenbeheersingsbeleid. Ten tweede geldt voor de opleiding geneeskunde een numerus fixus. Ten derde worden studenten die de opleiding geneeskunde met goed gevolg hebben afgelegd, geconfronteerd met een beperkt aantal plaatsen voor de vervolgopleiding tot medisch specialist. Ten vierde kan bij toetreding tot maatschappen het maatschapscontract (en de bijbehorende goodwill problematiek) obstakels vormen. Ten vijfde is toetreding tot de markt vanuit het buitenland weliswaar mogelijk, maar wordt bemoeilijkt door strikte voorwaarden vanuit het ministerie van VWS.

5.2.5 *Marktgedrag*

Door de specialistenbudgettering zijn medisch specialisten voor hun inkomsten niet meer direct afhankelijk van de hoeveelheid verrichtingen en de daaraan gekoppelde honorariumtarieven. De specialistenbudgettering heeft er toe geleid dat concurrentieverhoudingen in een regio zijn bevroren.

5.2.5.1 Prijsstrategie

Indien er gesproken kan worden van een prijsstrategie, is deze gericht op het afspreken van maximumtarieven. Voor zover bekend worden bij tariefafspraken tussen zorgverzekeraars en medisch specialisten altijd maximum tarieven gehanteerd.

5.2.5.2 Productstrategie

De specialistenbudgettering heeft concurrentieverhoudingen in een regio voor een belangrijk deel bevroren. Wijzigingen in de adherentie van specialismen komen slechts marginaal tot uiting in een verandering van de productie omdat de verandering geen financiële consequenties voor de inkomsten van de specialist heeft.

5.2.5.3 Samenwerkingsstrategie

Onder meer het overheidsbeleid om te komen tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf heeft er toe geleid dat maatschappen horizontaal zijn geïntegreerd. De omvang van maatschappen is toegenomen van gemiddeld twee tot drie specialisten tot gemiddeld vier tot vijf medisch specialisten (soms oplopende tot acht medisch specialisten) per maatschap.

5.2.6 Marktresultaat

De specialistenbudgettering alsmede de vorming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf bieden zowel negatieve als positieve prikkels tot efficiency.

Er is onvoldoende empirisch onderzoek beschikbaar om onderbouwde uitspraken te doen over de vraag of de markt voor medisch specialistische zorg efficiënt is

5.2.6.1 Technische efficiency

In de markt voor medisch specialistische zorg heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan die een positieve uitwerking zouden kunnen hebben op de technische efficiency. Door integratie van ziekenhuis en medisch specialisten tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf ontstaat waarschijnlijk een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening binnen de beschikbare mogelijkheden. In de relatie met de zorgverzekeraar ontstaan mogelijkheden tot verlaging van de transactiekosten.

De toegenomen omvang van maatschappen leidt in veel gevallen tot verregaande specialisatie. Taakspecialisatie en functiedifferentiatie binnen specialismen zal waarschijnlijk leiden tot verbetering van de efficiency bij de uitvoering van de werkzaamheden.

5.2.6.2 Allocatieve efficiency

In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en medisch specialisten over tarieven komen altijd de door het COTG-vastgestelde maximumtarieven tot stand.

Verticale integratie met huisartsen en accentuering van hun poortwachtersrol betekenen een verbeterde triage in de eerste lijn waardoor patiënten minder gebruik hoeven te maken van dure ziekenhuisfaciliteiten. Het is aannemelijk dat deze substitutie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg leidt tot een toename van de allocatieve efficiency.

5.2.6.3 Dynamische efficiency

Vergroting van maatschappen vergroot de mogelijkheid om opgedane kennis te delen. De innovaties, nieuwe technieken en nieuwe behandelmethoden zouden moeten leiden tot toekomstige kwaliteits- en efficiencyverbeteringen. Uit de interviews en de voor dit onderzoek bestudeerde literatuur is onvoldoende empirisch materiaal naar voren gekomen om aan te kunnen geven of deze dynamische efficiency ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

5.3 Toekomstige ontwikkelingen in de curemarkt

Op basis van de inventarisatie van meningen naar aanleiding van het ervarium kan het volgende toekomstbeeld worden geschetst:

De toekomstige curemarkt wordt over ongeveer 15 jaar gekenmerkt door een beperkt aantal (circa 75) high tech ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zijn ontdaan van de care-functie en verlenen alleen de duurste en meest complexe zorg. Alle overige zorg wordt actief geformeerd rondom deze gecomprimeerde high tech instellingen op een regionaal niveau.

Deze ontwikkeling wordt bevorderd naar de mate financiële en andere belemmeringen tussen verschillende vormen van zorg en verzekering worden opgeheven.

De consument zal steeds meer over de grenzen van de regio heenkijken en op 'bovenregionaal', landelijk en internationaal niveau de 'beste' zorg kiezen. Het aanbod zal zich kenmerken door een differentiatie in het aanbod met meer en grotere verschillen in prijs en kwaliteit.

6 De caremarkt

6.1 De caremarkt

Binnen de caremarkt bespreken wij de zorg die, uit hoofde van de AWBZ, wordt geleverd door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Deze zorg betreft in hoge mate ouderenzorg.

6.1.1 Beschrijving productenmarkt en geografische markt

In de caremarkt bieden verschillende aanbieders enkelvoudige, meervoudige en complexe zorg aan. Deze zorg is zowel intramuraal als extramuraal van aard. Op enkele bijzondere vormen van zorg na is de caremarkt -meer nog dan de curemarkt- regionaal georiënteerd.

De ordening van het zorgaanbod is weer te geven middels de zorgfuncties waarin de vraagkenmerken van enkelvoudig, via meervoudig, naar complex -en het daarop aansluitende zorgaanbod met elkaar zijn verweven. Dit wordt ook wel het zorgcontinuüm genoemd (WZF, 1997). Waar en op welk niveau de zorg wordt aangeboden is niet alleen afhankelijk van de zorgzwaarte maar hangt ook samen met de afhankelijkheid van de cliënt, de mogelijkheden van mantelzorg en de logistiek.

Behoudens uitzonderingen is de markt voor verpleging en verzorging, nog meer dan de curemarkt, een lokale markt.

6.1.2 Basis marktcondities

De vraag naar zorg groeit en verandert en overtreft het aanbod en het aanbod past zich aan deze situatie aan.

Door de bevolkingsgroei en de (dubbele) vergrijzing neemt de vraag naar ouderenzorg³ sterk toe. Bovendien verandert de vraag naar verpleging en verzorging in de thuissituatie.

De toenemende vraag naar verpleeghuiszorg is deels opgevangen door substitutie van de minder complexe zorgvragen naar het verzorgingshuis. Verzorgingshuizen zullen om deze reden moeten inspelen op de toenemende zorgzwaarte. Om de druk op de intramurale zorg te verlichten wordt de cliënt zolang mogelijk in de thuissituatie te verzorgd. Bovendien sluit dit beleid aan bij de wens van de cliënt om zolang mogelijk thuis verpleegd en verzorgd te worden. De capaciteit van de thuiszorg is weliswaar toegenomen maar onvoldoende om de stijgende vraag op te vangen.

6.1.3 Overheidsbeleid

Overheidsbeleid met betrekking tot de AWBZ gefinancierde zorg kent een nog strakker kader dan de financiering van de cure-voorzieningen. Het persoons gebonden budget is een middel om de vraaggestuurde zorg te bevorderen.

De aanspraak op zorg die wordt geleverd door verpleeghuizen en thuiszorg zijn geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met ingang van 2001 vallen ook de verzorgingshuizen onder de AWBZ. Met het samenvoegen van aanspraken ontstaan betere mogelijkheden om de zorg functioneel, in plaats van instellingsgebonden, te omschrijven.

De mechanismen ten aanzien van capaciteitsbepaling en prijsvorming (WZV respectievelijk de WTG) die voor de curemarkt zijn beschreven, zijn op de caremarkt van overeenkomstige toepassing.

³ Zorg die wordt geleverd door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg is in hoofdzaak ouderenzorg.

Voor de uitvoering van de AWBZ heeft de overheid per WZV-regio een zorgverzekeraar aangewezen als **zorgkantoor**. De zorgkantoren hebben een regiefunctie in de verdeling van de budgetten over de verschillende zorgaanbieders in de regio.

Via centrale en uniforme indicatiestelling (door de **Regionale Indicatie Organen**) wordt de instroom tot de caremarkt gereguleerd (Zorgindicatiebesluit, 1998).

Ten behoeve van de vernieuwing van de ouderenzorg worden verschillende financieringsinstrumenten ingezet. Een belangrijk instrument is het Persoons Gebonden Budget (**PGB**) dat de cliënt in staat stelt om zelf het zorgaanbod te sturen. Vooralsnog is de PGB in de totale financiering nog van beperkte betekenis.

6.1.4 Marktstructuur

Onder druk van de toenemende en complexer wordende vraag en zorg op maat vervagen productgrenzen in een hoog tempo.

6.1.4.1 Vraag en aanbod

Op de markt van ouderenzorg is een relatief groot aantal aanbieders werkzaam, zij het dat dit aantal door horizontale integratie de afgelopen jaren aanzienlijk is gedaald met uitzondering van verpleeghuizen. De volgende tabellen geven inzicht in de ontwikkeling van het aantal instellingen.

Tabel 6.1.4 I Aantal thuiszorginstellingen 1992 - 1999

	1992 CBS	1993 CBS ⁴	1994 LVT NZi	1995 LVT, NZi	1996 COT G	1997 COT G	1998 COT G	1999 LVT
aantal thuiszorginstellingen	203	156	127	127	127	138	123	119

(Welling, 1998; Delnoij, 1996: Bronnen CBS, COTG, LVT, NZi)

Tabel 6.1.4 II Aantal verzorgingshuizen 1983 - 1998

	1983	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1995	1997	1998
aantal verzorgingshuizen	1605	1575	1526	1519	1514	1506	1505	1476	1446	*	1419

Bron: NZi, Instellingen van intramurale gezondheidszorg

Tabel 6.1.4 III Aantal verpleeghuizen 1983 - 1998

	1985	1988	1990	1993	1994	1995	1996	1997	1998
aantal verpleeghuizen	328	321	320	322	320	329	327	*	329

Bron: NZi, Instellingen van intramurale gezondheidszorg; CBS en ministerie van VWS, Vademecum voor gezondheidsstatistieken in Nederland; College voor zorgverzekeringen

* geen gegevens van bekend

In bijlage 7 is het aantal verpleeghuisbedden per (WZV regio) weergegeven. Daaruit blijkt dat in de periode 1990-1998 het totaal aantal verpleeghuisbedden flink is toegenomen (+ 11%). Deze

⁴ 1993 rapportage door NZi, LVT = 139.

capaciteitsvergroting is echter niet toereikend om de toegenomen vraag op te vangen, met als resultaat wachtlijsten.

6.1.4.2 Barrières voor toetreding

Om verpleeghuiszorg of thuiszorg ten laste van de AWBZ te leveren dient een instelling over een erkenning te beschikken. Dit zal per 2001 naar verwachting ook gelden voor de verzorgingshuizen. Het verstrekken van een erkenning is onder meer afhankelijk van de aanbodplanning van de overheid. Door middel van het erkenningenbeleid belemmert de overheid de vrije toetreding tot de markt. Buiten de AWBZ-gefinancierde zorg (derde compartiment) is vrije toetreding mogelijk.

6.1.4.3 Verticale integratie

Verticale samenwerking in de ouderenzorg bestaat vooral tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen en tussen verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen.

Samenwerking tussen een verpleeghuis en één of meer verzorgingshuizen vindt op grote schaal plaats. Dit kan een algehele fusie zijn, maar kan ook plaatsvinden door oprichting van een joint venture waarin primair de facilitaire onderdelen worden ondergebracht. Omdat verzorgingshuizen zich steeds meer moeten richten op ouderen die intensieve chronische zorg nodig hebben, is er behoefte aan meer medisch en paramedische kennis (meer 'knowhow') bij deze zorgaanbieders. Als gevolg van de krappe budgetten zijn verzorgingshuizen vaak genoodzaakt om samenwerking te zoeken met de verpleeghuizen. De samenwerking tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen is om deze reden een vrijwel 'natuurlijk' proces te noemen. De samenwerking blijkt mede uit de beoogde fusie van de Woonzorg Federatie (WZF) en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) tot één gezamenlijke branchevereniging voor verpleeg- en verzorgingshuizen per 1 januari 2001.

Samenwerking tussen verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen is de afgelopen jaren toegenomen. Beide partijen lijken bereid om de ouderenmarkt vanuit een gezamenlijk perspectief te bedienen.

6.1.5 Marktgedrag

Er is nauwelijks sprake van concurrentie tussen zorgaanbieders. De beperkte marktmacht van zorgkantoren stimuleert niet tot het verlenen van efficiënter en doelmatiger zorg. De budgettering dwingt aanbieders om de zorgkosten binnen het beschikbare budget te houden.

6.1.5.1 Prijsstrategie en productstrategie

De strategie van de AWBZ-gefinancierde instellingen is gelegen in een maximalisering van het budget.

De productstrategie is gericht op een zorgaanbod dat zo goed mogelijk is afgestemd op de vraag van de consument/cliënt daardoor worden instellingsgebonden producten steeds meer functiegerichte producten.

6.1.5.2 Afgestemd gedrag

Vanwege de kenmerken van vraag en aanbod zijn er weinig redenen voor afgestemd gedrag. Dergelijk gedrag zijn wij dan ook niet tegengekomen.

6.1.5.3 Samenwerkingsstrategie

Op regionaal niveau wordt ketenintegratie als één van de belangrijkste argumenten genoemd om te besluiten tot verticale samenwerking. De zorginstellingen zijn er in toenemende mate op gericht om vraaggestuurde zorg te bieden. De vraag van de cliënt, en niet langer het aanbod, is daarbij het uitgangspunt. De zorgaanbieders leveren verschillende functies. Ketenintegratie maakt een logische verbinding van deze functies mogelijk.

De verticale samenwerking start doorgaans met ‘zorg op maat’ projecten. Deze ontstaan vanuit een specifieke patiëntenproblematiek (bijvoorbeeld: capaciteitstekort, wachtlijsten of logistieke afstemming tussen sectoren) of vanuit nieuwe technologieën die het patiëntenaanbod tussen de sectoren beïnvloeden (bijvoorbeeld: medische technologie in de thuiszorg). In vele gevallen bekrachtigt een fusie de samenwerking.

De concentraties en fusies die de afgelopen jaren veel in de ouderensector hebben plaatsgevonden zijn voor andere aanbieders soms een reden geweest om ook tot concernvorming of fusie over te gaan (kopieergedrag).

Door vormen van samenwerking te realiseren waarbij meerdere markten worden bediend, proberen de instellingen de onzekerheid ten aanzien van toekomstig overheidsbeleid te reduceren. Zij zijn op deze manier minder gevoelig voor verschuivingen tussen de diverse sectoren.

Verzorgingshuizen hebben veelal reeds de mogelijkheid om dezelfde zorg aan te bieden als de verpleeghuizen. Zolang het verstrekkingspakket echter onderscheid maakt in complexe zorg en eenvoudige zorg, heeft het verzorgingshuis geen betalingsvoorziening voor complexe zorgfuncties. Bovendien gaan de kosten van bouwkundige aanpassingen, die vaak nodig zijn om het substitueert verpleeghuiszorg aan te bieden, ten koste van de exploitatie van het verzorgingshuis. Deze problemen voor verzorgingshuizen om verpleeghuiszorg aan te bieden, zijn een extra stimulans voor verzorgingshuizen om samenwerking te zoeken met verpleeghuizen.

Belemmeringen voor samenwerking

Hoewel in de interviews wordt gesteld dat concentratie en samenwerking niet hoeven te leiden tot een verandering van de cultuur van de deelnemende instellingen, vormt het risico van cultuurverlies een belangrijke belemmering van samenwerking.

Vermindering van het aantal erkende instellingen vanwege een juridische fusie brengt een evenredige vermindering van het investeringsbudget met zich mee terwijl de financiële verantwoording per instelling blijft bestaan. Mogelijke schaalvoordelen worden aldus niet gerealiseerd.

Het bestaan van verschillende systemen van eigen bijdragen in de ouderenzorg bevordert de samenwerking niet.

6.1.6 Marktresultaat

Er is onvoldoende empirisch onderzoek bekend om specifieke uitspraken te doen over de efficiency van de ouderenmarkt.

6.1.6.1 Technische efficiency

Er is geen empirisch bewijs bekend dat in de ouderensector schaalvergroting leidt tot verbetering van de technische efficiency.

6.1.6.2 Allocatieve efficiency

Substitutie van duurdere intramurale zorg door minder dure intramurale zorg of extramurale zorg bevordert in beginsel de allocatieve efficiency.

Het Persoons Gebonden Budget (PGB) is in de financiering een typisch instrument om de allocatieve efficiency te vergroten. De huidige betekenis ervan is evenwel beperkt.

6.1.6.3 Dynamische efficiency

De verticale integratie tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg biedt kansen voor zorgvernieuwing en daarmee tot een beter op de vraag afgestemd aanbod. Samenwerking en concentratie bieden zodoende meer mogelijkheden tot zorg op maat.

In de gesprekken is het risico genoemd dat de beoogde voordelen van samenwerking als gevolg van cultuurverschillen niet worden gerealiseerd.

6.1.7 Toekomstige ontwikkelingen

Op basis van de inventarisatie van meningen naar aanleiding van het ervarium kan het volgende toekomstbeeld worden geschetst:

Uit een oogpunt van functionaliteit, cliëntgerichtheid en doelmatigheid is de trend dat de traditionele afbakening tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg steeds meer vervaagt. Daarvoor in de plaats zullen er in de toekomst organisatorische verbanden van zorgaanbieders ontstaan, die op een breed deel van het zorgcontinuüm actief zijn. Deze ontwikkeling wordt thans nog belemmerd door schotten tussen deelsectoren.

Voor de ouderenzorg geldt dat het toekomstbeeld van verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt gevormd door ketenzorg c.q. transmurale zorg, waarbij de zorgverlening steeds meer zal verschuiven naar de thuissituatie. De zorgconsument zal zelf een budget krijgen waarmee hij/zij op regionaal, bovenregionaal, landelijk en zelfs internationaal niveau zorg zal gaan inkopen.

Benchmarking wordt gezien als een geschikt instrument om transparantie te vergroten en de doelmatigheid en kwaliteit van zorgverlening te verbeteren.

7 De AWBZ-verzekeringsmarkt

In dit hoofdstuk beschrijven we de markt voor de uitvoering van de ABWZ-verzekering door zorgkantoren. Deze markt wordt sterk door de overheid gereguleerd waardoor er feitelijk geen sprake is van marktwerking bij de uitvoering van de AWBZ. Daarnaast is het overheidsbeleid voor deze markt op dit moment sterk in beweging en de uitkomsten van de veranderingen zijn nog niet duidelijk. We geven daarom een korte beschrijving van deze markt en een conclusie.

7.1 Marktbeschrijving

In tabel 7.1. zijn de zorgkantoren weergegeven. In de meeste regio's is er maar een zorgkantoor.

Tabel 7.1 Zorgkantoren per WZV-regio

WZV nr	WZV-naam	Aantal zorgkantoren	Uitgevoerd door
1	Groningen	1	RZG
2	Friesland	1	De Friesland
3	Drenthe	1	Het Groene Land
4	Zwolle	1	Samenwerkingsverband Het Groene Land en ANOVA
5	Twente	1	Oostnederland
6	Stedendriehoek	1	Samenwerkingsverband ANOZ en Salland
7	Arnhem	1	RZR
8	Nijmegen	1	VGZ
9	Utrecht	1	ANOVA
10	Flevoland	1	Samenwerkingsverband Het Groene Land en ANOZ
11	Het Gooi	1	ANOZ
12	Alkmaar	1	Univé
13	Kennemerland	1	Zilveren kruis
14	Amsterdam	3	PWZ, ZAO, Zorg en Zekerheid
15	Leiden	1	Zorg en Zekerheid
16	's-Gravenhage	1	Samenwerkingsverband Nuts en AZIVO
17	Delft en Westland	1	DSW
18	Midden-Holland	1	Trias
19	Rijnmond	3	Zilveren Kruis, DSW, OZ
20	Dordrecht	1	Trias
21	Zeeland	1	CZ
22	Breda	1	OZ
23	Tilburg	1	VGZ
24	s-Hertogenbosch	1	VGZ
25	Eindhoven	1	CZ
26	Noord-Limburg	1	VGZ
27	Zuid-Limburg	1	CZ

Bron: Care 98-003a, oktober 1998

De AWBZ is een volksverzekering die de niet verzekerbare risico's dekt. Ingezetenen betalen hiervoor een wettelijk vastgestelde premie over hun inkomen. De AWBZ wordt uitgevoerd door regionale zorgkantoren. Dit zijn juridisch en organisatorisch afgescheiden kantoren van een zorgverzekeraar die in een bepaalde regio de AWBZ uitvoeren. Verzekerden zijn verplicht aangesloten bij het zorgkantoor in de regio en hebben dus geen keuzevrijheid. Niet het zorgkantoor maar de regionale indicatiecommissie bepaalt wie in aanmerking komt voor AWBZ-zorg.

Elke regio krijgt een budget voor AWBZ-zorg toegewezen. Het zorgkantoor sluit binnen het kader van dit budget de contracten met de zorgaanbieders. Het zorgkantoor kan de hoogte van het regiobudget niet beïnvloeden, loopt geen risico over de uitvoering van de AWBZ en ontvangt alleen een beheersvergoeding voor de uitvoeringskosten. Het zorgkantoor heeft hierdoor een prikkel om de uitvoeringskosten te beheersen maar niet om effectief en efficiënt zorg in te kopen. De kosten voor de ingekochte zorg zijn immers niet voor rekening van het zorgkantoor.

De overheid is voornemens om voor zorgkantoren een concessiestelsel in te voeren. Bij slechte prestaties kan het zorgkantoor zijn concessie verliezen. Financieel gezien is deze prikkel nauwelijks interessant, aangezien er voor verzekeraars aan de uitvoering van de AWBZ ook in het concessiestelsel nog weinig te verdienen valt. Aan de andere kant geven de gesprekspartners aan dat de positie als zorgkantoor voor een verzekeraar wel interessant kan zijn vanuit het oogpunt van relatiebeheer met de regionale zorgaanbieders. Regionale ziekenfondsen streven naar een grote betrokkenheid bij het zorgaanbod in de regio en de rol van zorgkantoor versterkt hun positie hierin. Ten slotte is het aannemelijk dat van het concessiestelsel geen grote bedreiging van de zorgkantoren uitgaat. Immers, het veranderen van zorgkantoor gaat gepaard met kapitaalvernietiging, sociale consequenties voor grote groepen werknemers, verlies aan knowhow etc.

7.2 Conclusie

De markt voor de uitvoering van de AWBZ is in feite een wettelijk monopolie. We hebben geen zicht op de mate waarin de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren technisch en allocatief efficiënt gebeurt. Door het wettelijk monopolie hebben zorgkantoren in elk geval geen financiële prikkels voor een efficiënte inkoop van AWBZ-zorg. Regionale verzekeraars hechten vanwege hun positie op de regionale zorgmarkt echter wel een groot belang aan het behoud van de concessie, wat hen in het beoogde concessiestelsel enigszins kan prikkelen hun taak doelmatig uit te voeren.

8 De Ziekenfondsmarkt

In dit hoofdstuk bespreken we de markt voor ziekenfondsverzekeringen. In paragraaf 8.1 geven we een beschrijving van de markt. Paragraaf 8.2 gaat in op de basismarktcondities en in paragraaf 8.3 bespreken we het overheidsbeleid op deze markt. In de paragrafen 8.4, 8.5 en 8.6 bespreken we achtereenvolgens structuur, gedrag en resultaat. In paragraaf 8.7 gaan we in op de toekomstontwikkelingen. Tenslotte formuleren we in paragraaf 8.8 een aantal conclusies.

8.1 Marktbeschrijving

Kenmerkend voor de markt voor de ziekenfondsverzekering is de vooralsnog beperkte prijselasticiteit, de levering van zorg in natura en de aanwezigheid van moral hazard.

Ziekenfondsen hebben door de overheidsregulering beperkte mogelijkheden de inhoud van het verzekeringspakket en de premies vast te stellen. De beïnvloedbare nominale premie is slechts een deel van de totale ziekenfondspremie. Beperkte prijselasticiteit maakt het voor ziekenfondsen moeilijk op prijs te concurreren. Hierbij moet worden aangetekend dat keuzevrijheid van ziekenfondsverzekering en prijsverschillen nog maar sinds korte tijd bestaan. In 1999 was het premieverschil tussen ziekenfondsverzekeringen fl. 100,-. De consument is nog niet goed bewust van het feit dat prijs net als bij de autoverzekeringen een aanleiding kan zijn om van ziekenfonds te veranderen. De ziekenfondsverzekeringsmarkt heeft door het homogene product en daarmee de transparantie in het aanbod gekoppeld met de mogelijkheden om jaarlijks van verzekeraars te veranderen een goede uitgangspositie om tot meer concurrentie te komen.

Ziekenfondsen sluiten verplicht contracten met zorginstellingen. De overheid wil de ziekenfondsen een regierol geven. Door de invoering van budgettering prikkelt de overheid ziekenfondsen om de zorgkosten te beheersen. Met name over de kosten van de extramurale zorg loopt het ziekenfonds een fors financieel risico. Over de kosten van intramurale zorg is dat financieel risico minder, alhoewel het aandeel waarover risico wordt gelopen toeneemt. De levering van zorg in natura, gekoppeld aan moral hazard, maakt het voor ziekenfondsen moeilijk de zorgvraag van verzekerden te beheersen.

8.1.1 Marktafbakening

De ziekenfondsverzekering is een wettelijke verzekering voor werknemers beneden een bepaalde inkomensgrens. Deze inkomensgrens wordt jaarlijks vastgesteld door het College van zorgverzekeringen en ligt momenteel op zo'n 62.000 gulden bruto per jaar. De ziekenfondswet wordt uitgevoerd door erkende ziekenfondsen. Er is door het wettelijke karakter van de verzekering geen sprake van substitutie van ziekenfondsverzekeringen voor andere verzekeringen en ziekenfondsen zijn verplicht werknemers te accepteren. Tot 1992 mochten ziekenfondsen alleen ziekenfondsverzekeringen uitvoeren binnen wettelijk vastgestelde ziekenfondsregio's. Sinds 1992 mogen ziekenfondsen landelijk werken. In de praktijk blijkt dat veel ziekenfondsen nog een groot marktaandeel hebben in hun oude werkgebied.

8.1.2 Basis marktcondities

Sinds 1992 zijn ziekenfondsverzekerden vrij in de keuze van een ziekenfonds. Jaarlijks kunnen verzekerden van ziekenfonds switchen. Elke ziekenfondsverzekering heeft dezelfde dekking. Daarmee is het een transparant product. Naast een wettelijke, inkomensafhankelijke ziekenfondspremie, betalen verzekerden een nominale premie aan hun ziekenfonds. Deze premie kan per fonds verschillen. Uit onderzoek van Hassink blijkt dat er sprake is van een beperkte mate van prijselasticiteit bij ziekenfondsverzekeringen (Hassink, 1998). Hierbij moet worden aangetekend premieverschillen tussen

ziekenfondsverzekeringen nog een recent fenomeen is. In 1999 zien we premieverschillen die oplopen tot fl. 100,- tussen ziekenfondsverzekeringen. Verzekerden hebben tijd nodig om te wennen aan het idee van premieverschillen. Verwacht wordt dat de prijselasticiteit in de komende jaren zal toenemen. Niet alleen een toenemend bewustzijn bij verzekerden, ook de transparantie in het aanbod - ziekenfondsverzekeringen kennen allemaal dezelfde dekking - en de ruime mogelijkheden om over te stappen naar een ander ziekenfonds voeden deze verwachting. De aanvullende verzekering kan echter de mobiliteit van verzekerden beperken. Bij het overstappen op een andere ziekenfondsverzekering, is het maar de vraag of de verzekerde geaccepteerd wordt voor een nieuwe aanvullende verzekering. Ook het pakket en de eventuele hogere premie van de aanvullende verzekering⁵ kan een belemmering zijn.

Ziekenfondsen hebben een zorgplicht en de zorg aan ziekenfondsverzekerden wordt in natura verstrekt. Dit betekent dat zij zich voor de verzekerde zorg rechtstreeks tot de zorgaanbieders kunnen wenden waarmee het ziekenfonds contracten heeft gesloten. Het ziekenfonds wordt daarbij geconfronteerd met de aanwezigheid van informatie-assymetrie en moral hazard. Verzekerden en hun zorgaanbieders kunnen de noodzaak van medische zorg beter beoordelen dan het ziekenfonds, wat leidt tot moral hazard, namelijk dat meer zorg geconsumeerd wordt dan noodzakelijk. De verzekerde betaalt immers niet zelf en maakt dus ook geen goede kosten/baten afweging. Ziekenfondsen hebben door het wettelijke karakter van de verzekeringen waarbij de premie en het verzekerde pakket grotendeels vaststaan weinig mogelijkheden moral hazard tegen te gaan. Moral hazard kan bijvoorbeeld beperkt worden door de verzekerden voor een deel eigen risico te laten dragen, zoals de particuliere verzekeraars kunnen doen. Alleen door afspraken te maken met zorgaanbieders, kunnen zij de zorgvraag van verzekerden enigszins controleren.

8.1.2 Overheidsregulering

De overheid heeft een belangrijke regulerende invloed op de markt voor ziekenfondsverzekeringen. Ziekenfondsen hebben een erkenning van de overheid nodig om de ziekenfondswet uit te kunnen voeren. De overheid stelt de inhoud van het ziekenfondspakket vast, de hoogte van de wettelijke ziekenfondspremies en ziekenfondsen hebben een zorgplicht, d.w.z. ze moeten hun verzekering in natura aan hun verzekerden uit keren. Dit betekent dat ziekenfondsen contracten moeten sluiten met zorginstellingen. Deze verplichte contractering geldt niet voor vrije beroepsbeoefenaren.

De overheid wil ziekenfondsen een regiefunctie geven in de zorgmarkt. Ziekenfondsen moeten door goede onderhandelingen met zorgaanbieders zorgen voor een adequaat zorgaanbod voor hun verzekerden. Om ziekenfondsen financieel te prikkelen goede zorgcontracten te sluiten worden zij gebudgetteerd. Op basis van een aantal kenmerken van hun verzekerden zoals leeftijd en regio krijgen zij een budget toegewezen. Wanneer de werkelijke zorgkosten van ziekenfondsen hoger zijn dan het budget, moeten zij deze aanvullende kosten zelf financieren.

8.2 Marktstructuur

Door fusie en concentratie is landelijk momenteel 70% van de totale zorgverzekerings markt in handen van 7 grote ziekenfondsen en hun particuliere partners. Landelijk gezien biedt dit aantal nog voldoende mogelijkheden voor concurrentie tussen ziekenfondsen. Op regionaal niveau is er sprake van een dominante positie van het traditionele ziekenfonds, waarbij het marktaandeel in de regio wel afneemt. Ziekenfondsen kunnen zich maar in beperkte mate ten opzichte van elkaar onderscheiden, waardoor toetreding op de regionale markt belemmerd wordt. Wanneer de vraag naar ziekenfondsverzekeringen door de opkomst van gemengde collectiviteiten verschuift van individueel verzekerden naar werkgevers, kan dit effect hebben op de dominante regionale positie van ziekenfondsen, aangezien werkgevers

⁵ De prijselasticiteit van de aanvullende verzekering ligt hoger dan die van de ziekenfondsverzekering.

minder regio-gebonden zijn. We zien zowel een tendens van concentratie en samenwerking, als een verzwakking van de positie van de traditionele ziekenfondsen in de regio. Het marktaandeel blijft wel boven de vijftig procent.

Toetredingsdrempels voor de markt van ziekenfondsverzekeringen zijn aanwezig. De initiële investeringen zijn hoog, en doordat ziekenfondsen zich moeilijk kunnen onderscheiden en de verzekerden een relatief lage prijselasticiteit hebben, is het moeilijk nieuwe verzekerden te trekken. De 8 nieuwe ziekenfondsen die sinds 1992 zijn toegetreden zijn, zijn met name toegetreden vanwege de vraag naar collectiviteiten. De hoge initiële kosten en het relatief lage administratiebudget leiden ertoe dat een aantal van deze nieuwe toetreders overweegt te stoppen.

8.2.1 Aantal vragers

Ongeveer tweederde van alle zorgverzekerden in Nederland zijn ziekenfondsverzekerden. Het aandeel ziekenfondsverzekerden verschilt echter per regio. In de Randstad, met uitzondering van de drie grote steden, is dit aandeel lager dan 55%, terwijl in de periferie van Nederland meer dan 70% van de bevolking ziekenfondsverzekerd is.

Aan de vraagkant van de ziekenfondsmarkt is een ontwikkeling waarneembaar waarbij de werkgever namens zijn verzekerde werknemers ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekeringen afsluit. Voor deze zogenaamde gemengde collectiviteiten treedt de werkgever dus op als vrager op de markt voor ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Collectiviteiten zijn bij de particuliere ziektekostenverzekeringen al een begrip. Het loslaten van de verplichte ziekenfondsregio's in 1992 heeft van ziekenfondsen landelijk werkende verzekeraars gemaakt, waardoor ook gemengde collectiviteiten mogelijk werden.

8.2.2 Aantal aanbieders

Aan de aanbodzijde van de ziekenfondsmarkt heeft de afgelopen 10 jaar een concentratie van ziekenfondsen plaatsgevonden. Waren er in 1990 nog 41 ziekenfondsen op de markt actief, in 1998 zijn er nog 29 over. Tabel 8.1.4 I geeft de ontwikkeling van het aantal ziekenfondsen in de afgelopen 10 jaar weer.

Tabel 8.1.4 I Aantal ziekenfondsen tussen 1990 en 1997

jaar	1990	1994	1995	1996	1997	1998
aantal	41	26	27	29	30	29
ziekenfondsen						

Bron: Vektis, jaarboek 1997 en Ziekenfondsraad

Zoals blijkt uit tabel 8.1.4 I is het aantal ziekenfondsen na 1990 sterk gedaald. Deze daling is grotendeels het gevolg van fusies tussen en overnames van ziekenfondsen. Waren het in het begin de kleine ziekenfondsen die fuseerden, de laatste jaren fuseren ook de ziekenfondsen met 200.000 verzekerden of meer. Belangrijkste aanleiding voor deze fusies en overnames is de introductie van de budgettering van ziekenfondsen en het loslaten van de verplichte ziekenfondsregio's. Sinds 1992 werken ziekenfondsen landelijk en kunnen ook nieuwe ziekenfondsen tot de markt toetreden. Dit heeft ertoe geleid dat de bestaande kleine regionale ziekenfondsen zijn gaan fuseren waardoor het aantal ziekenfondsen sterk afnam. Door het invoeren van een periodieke acceptatieplicht (vanaf 1997 eens per jaar) kunnen verzekerden daarnaast ook eenvoudig van ziekenfonds wisselen.

Naast een fusie van bestaande ziekenfondsen zijn er sinds 1992 ook nieuwe ziekenfondsen tot de markt toegelaten. Deze nieuwe toetreders zijn vanaf 1995 ook zichtbaar in het totaal aantal ziekenfondsen, dat vanaf dat moment toeneemt. Deze nieuwe ziekenfondsen zijn allemaal opgericht door particuliere ziektekostenverzekeraars die vanwege de toenemende vraag naar gemengde collectiviteiten ook de

markt van ziekenfondsverzekerden willen betreden. Van de 29 ziekenfondsen in 1998 zijn er 21 traditionele regionale ziekenfondsen en 8 nieuw opgerichte ziekenfondsen. Door strategische allianties tussen ziekenfondsen en samenwerkingsverbanden is de feitelijke concentratie op de markt nog groter dan de aangegeven 29 fondsen. In tabel 8.1.4 II zijn de marktaandelen van de ziekenfondsen en hun particuliere verzekeraar in de totale verzekeringsmarkt (ziekenfonds en particulier) weergegeven.

Tabel 8.1.4 II De markt van zorgverzekeringen

Zorgverzekeraar	Marktaandeel	Marktaandeel cumulatief
Achmea	18%	18%
CZ	11%	29%
VGZ	11%	40%
Agis Groep	11%	51%
Amicon	7%	58%
Nuts/OHRA	6%	64%
OZ/DSW/SR/Amersfoortse	6%	70%
Univé	4%	74%
Zorg en Zekerheid	3%	77%
RZG	3%	80%
De Friesland	3%	83%
Trias	3%	86%
Azivo	1%	87%
Salland	1%	88%
overig	12%	100%

Bron: Zorgverzekeraars Nederland, december 1998. Bewerking: KPMG BEA

Uit dit overzicht blijkt dat de samenwerkingsverbanden van 7 grote ziekenfondsen/particuliere verzekeraars 70% van de markt in handen hebben. Het grootste concern, Achmea, heeft 18% van de markt in handen.

Alhoewel er landelijk gezien sprake is van een vrije en ruime keuze aan ziekenfondsen, blijkt in de praktijk dat de meeste ziekenfondsverzekerden aangesloten zijn bij het ziekenfonds dat traditioneel in zijn regio werkzaam was. In tabel 8.1.4 III is aangegeven welk percentage verzekerden van een ziekenfonds uit hun eigen werkgebied komen.

Tabel 8.1.4 III Percentage verzekerden van een ziekenfonds in het 'eigen werkgebied'

aandeel verzekerden	"eigen werkgebied" aantal ziekenfondsen				
	1994	1995	1996	1997	1998
0%	2	4	6	8	8
< 65%	5	4	4	4	5
65% - 85%	7	8	9	9	10
> 85%	10	9	8	8	5
totaal	24	25	27	29	28

Bron: RIVM 1999

De 8 ziekenfondsen die in 1998 0% van de verzekerden uit hun eigen werkgebied hadden zijn de nieuwe ziekenfondsen. In 1998 kwam bij 15 ziekenfondsen meer dan 65% van de verzekerden uit het eigen werkgebied en bij 5 ziekenfondsen gaat het zelfs om meer dan 85% van hun verzekerden. De

regio's die deze ziekenfondsen feitelijk bestrijken zijn in 1998 een stuk groter dan in 1990. Fusies vonden namelijk vooral plaats tussen ziekenfondsen uit aangrenzende regio's.

Gelet op deze marktaandelen lijkt er in de meeste regio's daardoor sprake te zijn van een dominante positie van het traditionele ziekenfonds. De dominante positie van de regionale ziekenfondsen neemt echter wel af. Zoals blijkt uit de figuren in bijlage 6 is het marktaandeel van het dominante ziekenfonds in een regio in 1998 tussen de 5 en 10 procentpunten lager dan in 1994. We zien zowel een tendens van concentratie en samenwerking, als een verzwakking van de positie van de traditionele ziekenfondsen in de regio. Het marktaandeel in de regio blijft doorgaans wel boven de vijftig procent.

8.2.3 *Productdifferentiatie*

De zorg die binnen de ziekenfondsverzekering verzekerd is, het zogenaamde ziekenfondspakket, wordt wettelijk vastgelegd. Sinds 1996 bestaat er een subsidieregeling die het ziekenfondsen mogelijk maakt een andere, eigen invulling te geven aan verstrekkingen. (Schut, 1997). De financiële ruimte voor deze zogenaamde 'flexizorg' is beperkt en er worden aan de vervangende zorg een groot aantal beperkende regels gesteld. Ten aanzien van het verzekeringspakket is er in de zorg dus nauwelijks sprake van productdifferentiatie. Ziekenfondsen kunnen zich wel profileren door samen met zorgaanbieders in hun regio te werken aan zorgvernieuwing. Hier profiteren echter alle verzekerden in de regio van mee. Ziekenfondsen kunnen zich tenslotte ook van elkaar onderscheiden door service en klantgerichtheid.

8.2.4 *Barrières voor toe- en uittreding*

Met het loslaten van de verplichte ziekenfondsgrenzen werd het voor nieuwe toetreders mogelijk zich op de ziekenfondsmarkt te begeven. Voor nieuwe ziekenfondsen is er echter een aantal toetredingsbarrières.

Ten eerste moeten ziekenfondsen een erkenning krijgen van de overheid om ziekenfondsverzekeringen uit te voeren. Dit is echter meer een formele dan een praktische belemmering.

Ten tweede zijn de initiële investeringen volgens de gesprekspartners erg hoog en is de budgetteringssystematiek van ziekenfondsen nadelig voor kleine, startende ziekenfondsen. Hun administratiebudget is volgens de gesprekspartners niet toereikend om de relatief hoge vaste kosten te dekken. Van de nieuw togetreden ziekenfondsen overweegt dan ook een aantal vanwege de hoge kosten te stoppen.

Ten derde is het voor nieuwe ziekenfondsen moeilijk verzekerden aan te trekken. Voor nieuwe ziekenfondsen is het moeilijk zich van de bestaande te onderscheiden. Het product van ziekenfondsen is wettelijk vastgelegd en prijsconcurrentie is alleen mogelijk op nominale premies, waarbij de prijselasticiteit van ziekenfondsverzekeringen nog relatief laag is. Ook zijn zorgaanbieders in de regio vaak geneigd om mensen die een verzekering willen sluiten te verwijzen naar het traditionele ziekenfonds, dat een dominante positie in de regio heeft.

Nieuwe toetreders zullen daardoor veel moeten investeren in hun bekendheid en imago in de regio om verzekerden van de regionale ziekenfondsen aan te trekken.

8.2.5 *Verticale integratie*

Verticale integratie in de markt voor ziekenfondsen betekent dat de verzekeraars naast de verzekering ook de verzekerde zorg aanbieden. Deze zogenaamde managed care organisaties zijn in andere landen zoals de Verenigde Staten al vergevorderd. In Nederland staat de managed care organisatie echter nog in de kinderschoenen. Verticale integratie, waarbij zorgverzekeraars zelf zorg aan gaan bieden, is in Nederland in beginsel wettelijk verboden. Alleen ten aanzien van de verstrekking van geneesmiddelen en hulpmiddelen zijn er sinds kort mogelijkheden voor verticale integratie: verzekeraars kunnen een

eigen apotheek exploiteren. Er lijkt onder verzekeraars vooralsnog weinig animo te bestaan om een eigen apotheek op te zetten. Financiële participatie in apotheken is dan een andere optie.

Verzekeraars werken in een aantal innovatieve projecten wel nauw samen met zorgaanbieders. Bij de zorgketen zoals die in Gorinchem tot stand is gekomen is ook het regionale ziekenfonds sterk betrokken. Uit de casestudies blijkt dat regionale ziekenfondsen zich samen met de zorgaanbieders verantwoordelijk voelen voor het zorgaanbod in de regio. Er is dan wel geen sprake van verticale integratie maar wel van een zekere mate van verticale samenwerking.

8.2.6 Diversificatie

Particuliere ziektekostenverzekeringen

Ziekenfondsen bieden naast hun ziekenfondsverzekeringen ook particuliere ziektekostenverzekeringen aan. Hiervoor zijn drie redenen aan te voeren. Ten eerste kunnen ziekenfondsen op deze wijze verzekeren die de ziekenfondsgrens overschrijden een particuliere verzekering aanbieden. Met name toen bleek dat sommige loongrensoverschrijders moeilijk een particuliere verzekering konden afsluiten, hebben ziekenfondsen bovenbouwmaatschappijen opgericht. Ten tweede kunnen ziekenfondsen hierdoor ook zorg die niet tot het ziekenfondspakket behoort of uit het ziekenfondspakket verdwenen is, voor hun verzekerden particulier verzekeren. Ten slotte speelt de toenemende vraag naar gemengde collectiviteiten door werkgevers een rol. Uit de case studies blijkt dat het aandeel collectieve contracten in enkele jaren van nul naar tien procent is gestegen. De zorgverzekeraars verwachten dat dit aandeel snel verder zal stijgen. Werkgevers zijn minder regionaal gebonden en ook meer prijsgevoelig dan individuele verzekerden. De markt voor collectieve contracten is daardoor minder regionaal gebonden dan de markt voor individuele contracten en kent een hogere prijselasticiteit.

Om particuliere verzekeringen te kunnen aanbieden richten ziekenfondsen een eigen particuliere verzekeraar op of gaan een samenwerkingsverband aan met een bestaande particuliere verzekeraar. Vrijwel alle ziekenfondsen hebben een eigen particuliere verzekeraar of een samenwerkingsverband met een particuliere ziektekostenverzekeraar.

All care en all finance

Naast particuliere ziektekostenverzekeringen biedt een aantal ziekenfondsen in toenemende mate ook andere producten aan. Het gaat dan om de andere verzekeringsproducten als reisverzekeringen en financiële producten als spaar- en beleggingsproducten. Ziekenfondsen vormen door het feit dat mensen verplicht verzekerd zijn een belangrijk distributiekanaal voor deze andere producten. Aangezien ziekenfondsen zelf alleen ziekenfondsverzekeringen mogen bieden gaan zij hiervoor samenwerkingsverbanden aan met andere organisaties.

Bij deze conglomeraatvorming kunnen twee specifieke concepten onderscheiden worden, all care en all finance. Het all care concept bundelt de diensten ten aanzien van sociale zekerheid en ziektekosten. De ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid, waarbij het belang van werknemers en werkgevers bij preventie en verzekering is toegenomen, heeft inmiddels geleid tot een aantal samenwerkingsverbanden tussen (geprivatiseerde) Arbo-diensten en joint ventures van zorgverzekeraars en uvi's. De verzekeraars bieden hierbij het verzekeringsproduct aan. All finance bundelt verzekeringsproducten en financiële producten. Naast ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nemen dan ook banken en pensioenuitvoerders deel in het samenwerkingsverband.

Totaalpakketten die aan care gerelateerd zijn, de zogenaamde all care pakketten, zijn bedoeld voor werkgevers die in aanvulling op de collectieve zorgverzekering voor zijn werknemers ook andere verzekeringen afsluit. Totaalpakketten kunnen echter ook gericht zijn op individuele verzekerden die via één loket verschillende verzekeringen willen afsluiten. Uit de case studies blijkt dat de all care

concepten nog in de kinderschoenen staan. Voor de ziekenfondsen vormen zij nog geen belangrijk product en het effect van deze diversificatie op de markt voor ziekenfondsen is nog beperkt.

8.3 Marktgedrag

Ziekenfondsen kunnen concurreren op prijs, klantenservice en de kwaliteit van de ingekocht zorg. Het imago van ziekenfondsen is in de concurrentie een factor van belang.

In de praktijk hebben ziekenfondsen de hoogte van hun nominale premie een tijdlang onderling afgestemd. Sinds 1997 zijn er echter aanwijzingen dat ziekenfondsen de nominale premie als concurrentiemiddel inzetten. Door het relatieve kleine aandeel van deze nominale premie in de totale prijs van een ziekenfondsverzekering en de vooralsnog geringe prijselasticiteit is deze concurrentie nog beperkt. Toch gaat het in 1999 al om premieverschillen die oplopen tot 100,-. Verwacht kan worden dat prijs belangrijker gaat worden in de strategie van ziekenfondsen. Obstacle hierbij is dat het moeilijk is om premieverlagingen te realiseren door scherpere inkoop van zorg (zie ook hoofdstuk 10).

Wat betreft de kwaliteit van de ingekochte zorg hebben ziekenfondsen op zich weinig onderscheidend vermogen, omdat het verstrekkingenpakket wettelijk is geregeld. Ze proberen wel via de onderhandelingen met zorgaanbieders in de regio de kwaliteit van zorg gunstig te beïnvloeden. Ziekenfondsen hebben meer mogelijkheden om zich te onderscheiden op klantenservice of door het aanbieden van aanvullende diensten zoals all care en all finance concepten. Deze aspecten beïnvloeden het imago van ziekenfondsen, wat wordt gezien als een belangrijk instrument om bestaande verzekerden te behouden of nieuwe verzekerden te winnen.

8.3.1 Prijsstrategie

Ziekenfondsen kunnen onderling alleen concurreren op de nominale premie en de kwaliteit van hun dienstverlening. De nominale premie bedraagt in vergelijking met de totale premie die een werknemer voor zijn ziekenfondsverzekering betaalt een relatief klein deel. De prijs is hierdoor maar in beperkte mate een concurrentiemiddel. Bovendien mogen ziekenfondsen hun premies niet differentiëren naar groepen verzekerden. Dit om te voorkomen dat er risicoselectie plaatsvindt.

De prijsstrategie van ziekenfondsen ten aanzien van de nominale premie is de laatste jaren gewijzigd. In 1992 maakten de ziekenfondsen in de zogenaamde Zorgverzekeraars-overeenkomst formele afspraken over de hoogte van de premies. Deze afspraken werden in 1993 formeel afgeschaft, maar volgens Schut (1997) was er op dit gebied in 1996 nog steeds sprake van een zekere mate van afgestemd gedrag waarbij een afgesproken bandbreedte van 3 gulden per maand per verzekerde gold. Met ingang van 1997 lijkt er echter meer beweging te komen in de nominale premies van ziekenfondsen. Zo zijn er nu ziekenfondsen die streven naar een premie die tot de laagste van Nederland behoort (Schut, 1997). Zij doen dit zowel vanuit hun maatschappelijke opvattingen over hun taak, maar ook onder druk van concurrentie van andere ziekenfondsen in hun regio. In 1999 lopen de premie-verschillen al op tot fl. 100,-. Dit geeft aan dat prijsconcurrentie langzaam maar zeker belangrijker wordt. De transparantie van de ziekenfondsverzekering maakt het vergelijken voor de consument eenvoudig. Toch zal het enige tijd vergen voordat verzekerden zich bewust worden van de mogelijkheden om een goedkopere ziekenfondsverzekering te kunnen krijgen.

In tegenstelling tot de markt voor individuele ziekenfondsverzekerden is de prijsconcurrentie op de markt van zorgverzekeringen voor gemengde collectiviteiten hevig. Zeker nu de markt sterk groeit en verdeeld wordt zijn aanbieders van collectiviteiten geneigd om lage premies te vragen. Enkele zorgverzekeraars zijn hierdoor al financieel in de problemen geraakt. Sommige regionale zorgverzekeraars gebruiken bij de concurrentie om gemengde collectiviteiten hun sterke positie in de

regio. Volgens sommige gesprekspartners gaat de concurrentie om de collectiviteiten ten koste van de individuele verzekerden. Een voorbeeld hiervan is de discussie over voorrangszorg.

De mogelijkheden voor prijsconcurrentie van ziekenfondsen zijn dus beperkt, maar ziekenfondsen maken wel in toenemende mate gebruik van prijsconcurrentie. In theorie zullen verzekeraars dan proberen premieverhogingen te beperken door de prijs van zorg zo laag mogelijk te houden. De prijs die verzekeraars met zorgaanbieders overeenkomen is hiervoor een belangrijk instrument. Uit de gesprekken blijkt echter dat overal in het land dezelfde prijs voor zorg totstandkomt en wel de maximumprijs die de overheid via het COTG toestaat. In hoofdstuk 10 over de zorginkoopmarkt gaan we hier dieper op in.

8.3.2 *Productstrategie*

Bij de productstrategie kan een onderscheid gemaakt worden naar de strategie gericht op individuele verzekerden en de strategie gericht op collectief verzekerden. Daarnaast richten ziekenfondsen zich door het aanbieden van all care pakketten ook op andere productmarkten

Behoud regionale positie individueel verzekerden door kwaliteit en service

De traditionele regionale ziekenfondsen geven aan dat zij ernaar streven hun dominante regionale positie te behouden. De regionale ziekenfondsen behouden hun dominante positie door als dominante ziekenfonds in eerste instantie een belangrijke rol te vervullen bij de ontwikkeling van het zorgaanbod in de regio. Alhoewel zij zich inderdaad niet op de kwaliteit van het zorgaanbod kunnen onderscheiden van anderen, worden zij door de verzekerden wel geassocieerd met de goede kwaliteit van de gezondheidszorg in de regio. Ten tweede geven de ziekenfondsen aan dat zij een hoog serviceniveau aan de verzekerden gebruiken om de regionale verzekerden aan hen te binden.

Sommige traditionele regionale ziekenfondsen geven aan niet geïnteresseerd te zijn in marktaandeel in andere regio's. Andere traditionele regionale ziekenfondsen streven wel naar een landelijke vergroting van hun marktaandeel en gebruiken daarbij de sterke positie in de regio als uitgangspunt. Met name een sterke positie in een landelijke regio kan gunstig zijn, om de stedelijke gebieden te veroveren. De concurrentie van ziekenfondsen over hun eigen regio's heen neemt dus toe

Collectieve verzekeringen

Zoals gezegd zetten ziekenfondsen samen met hun particuliere verzekeraars ook sterk in op het aanbieden van gemengde collectiviteiten. De concurrentie op deze markt is hevig en ziekenfondsen proberen met name door lage prijzen voor het totaalpakket marktaandeel te winnen. De ziekenfondsen nemen bij het veroveren van de collectiviteitenmarkt hun sterke positie in de regio als uitgangspunt. Aangezien werkgevers minder regio-gebonden zijn hebben collectiviteiten ook een meer nationaal karakter. Door de opkomst van gemengde collectiviteiten neemt de concurrentie van ziekenfondsen buiten hun eigen regio toe

Totaalpakketten

In aanvulling op de individuele en collectieve ziektekostenverzekeringen bieden de ziekenfondsen ook andere aanvullende verzekeringen aan. Met name door de opkomst van gemengde collectieve contracten verwachten de verzekeraars veel van deze producten. Hiermee betreden zij andere productmarkten.

De zorgverzekeraars geven aan dat zowel de vraag van individuele verzekerden als van werkgevers naar de totaalpakketten nog beperkt is. De mogelijkheid om een totaalpakket aan te kunnen bieden is voor zorgverzekeraars vooral een defensieve keuze. Momenteel hebben de samenwerkingspartners de meeste voordelen van de all care pakketten. Zij kunnen door de samenwerking met zorgverzekeraars de schadelast op ziekteverzuimverzekeringen beperken.

All care pakketten staan nog in de kinderschoenen en de verwachting is dat met name all care pakketten voor werkgevers in aanvulling op de collectieven zorgcontracten steeds belangrijker zullen worden.

8.3.3 *Afgestemd gedrag*

In 1992 zijn er door de ziekenfondsen afspraken gemaakt over het handhaven van de toen bestaande marktverdeling en de premie-bandbreedte. Deze overeenkomst werd in 1993 formeel beëindigd, maar uit de gesprekken blijkt dat deze afspraken informeel nog in zekere zin bestaan. Ziekenfondsen verwijzen een verhuizende verzekerde in een aantal gevallen ook nu nog door naar het ziekenfonds dat traditioneel werkzaam is in de regio waarnaar de verzekerde verhuist.

Naast afgestemd gedrag tussen ziekenfondsen onderling bestaat er ook afstemming tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Beide partijen maken afspraken om werknemers die uit het ziekenfonds gaan (door loongrensoverschrijding of door wettelijke aanpassingen) door te verwijzen naar de samenwerkende particuliere verzekeraar en vice versa.

Tenslotte werken ziekenfondsen zoals gezegd samen bij de zorginkoop. Zo onderhandelt bij de huisartsen de koepelorganisatie ZN namens de ziekenfondsen en de zorgverzekeraars over de raamcontracten en sluiten de regiovertegenwoordigers namens de ziekenfondsen contracten met ziekenhuizen en specialisten buiten de traditionele thuisregio's. Daarbij onderhandelen zij samen met de traditionele ziekenfondsen.

8.3.4 *Samenwerkings- en concentratiestrategie*

Ziekenfondsen hebben verschillende motieven om samen te werken met andere ziekenfondsen of particuliere verzekeraars. Bij de ziekenfondsen kunnen we zo'n zeven belangrijke motieven onderscheiden voor samenwerking en fusie.

1. macht om invloed uit te kunnen oefenen op beleid;
2. macht om invloed uit te kunnen oefenen op het zorgaanbod in de regio;
3. beperking risico's budgettering;
4. kennisuitwisseling en gezamenlijke inkoop;
5. behoud verzekerden bij veranderend overheidsbeleid;
6. inspelen op de vraag naar totaalpakketten;
7. schaal- en efficiëntiewinsten.

We bespreken deze motieven hieronder

Door met andere ziekenfondsen in de regio te fuseren, konden de ziekenfondsen de *financiële risico's* die gepaard gingen met de invoering van de budgettering beperken. Tegelijkertijd speelde ook mee dat de regionale ziekenfondsen door met elkaar te fuseren beter in staat waren hun positie en *invloed op het zorgaanbod in de regio* te behouden. Het ziekenfonds ziet zichzelf als een maatschappelijke organisatie die verantwoordelijk is voor een goede organisatie van de gezondheidszorg in haar regio. Om hier invloed op uit te kunnen oefenen zijn geld en informatie belangrijke instrumenten. Een groot regionaal ziekenfonds, dat het merendeel van de verzekerden in de regio onder zich heeft, beschikt hierover en vormt dus een serieuze gesprekspartner voor zorgaanbieders.

Een ander belangrijk motief voor fusie en samenwerking tussen traditionele ziekenfondsen is *beïnvloeding van het beleid in de sector*. Samen sta je sterker en kun je invloed uitoefenen op het overheidsbeleid en het beleid van de koepelorganisatie. Door de budgettering van de zorg is macht binnen de koepelorganisatie ZN erg belangrijk. De koepelorganisatie onderhandelt immers mee over de verdeling van budgetten over de ziekenfondsen en de regio's. Traditionele regionale ziekenfondsen willen daarnaast het maatschappelijke karakter van zorgverzekeraars benadrukken. Hierbij speelt ook mee dat de belangen tussen regionale traditionele ziekenfondsen en landelijke ziektekostenverzekeraars binnen ZN op terreinen niet parallel lopen.

Samenwerking tussen zorgverzekeraars is ook gericht op *kennisuitwisseling en gezamenlijke inkoop*. De gesprekspartners geven aan dat zij door onderling kennis uit te wisselen op het terrein van communicatie, kwaliteitsbeleid en zorginhoudelijke vraagstukken de dienstverlening aan de klant kunnen verbeteren. Men hoeft niet zelf telkens opnieuw het wiel uit te vinden. Gezamenlijke inkoop van zorggerelateerde producten als incontinentiemateriaal levert volgens de gesprekspartners naast het bundelen van kennis ook inkoopmacht en daarmee lagere prijzen.

Samenwerking van ziekenfondsen met particuliere verzekeraars of het oprichten van een eigen particuliere verzekeraar, is een *reactie op het overheidsbeleid* waarbij groepen verzekerden tussen de twee verzekeringen heen en weer geschoven werden. Om deze verzekerden voor de eigen organisatie te behouden zijn ziekenfondsen samenwerking aangegaan met particuliere verzekeraars of hebben zij zelf een particuliere verzekeraar opgezet.

Een strategische alliantie tussen een traditioneel ziekenfonds en een particuliere schadeverzekeraar geeft beide partijen de mogelijkheid om te voldoen aan de vraag naar *all care pakketten*. Volgens de gesprekspartners is dit argument voornamelijk defensief: andere verzekeraars bieden de mogelijkheid en de zorgverzekeraars willen hierbij niet achterblijven. Naast het feit dat all care pakketten administratief gemak voor de verzekerden leveren, is er ook een duidelijke samenhang tussen zorgverzekeringen en ziekteverzuimverzekeringen. De zorgverzekeraar heeft goed inzicht in het zorgaanbod in de regio en kan voor een snel en goed zorgaanbod voor zieke werknemers zorgen, waardoor de schadelast op de ziekteverzuimverzekering beperkt wordt. Dit is met name een voordeel voor de particuliere verzekeraar die de ziekteverzuimverzekering aanbiedt.

De gesprekspartners noemen tenslotte ook *schaal- en efficiëntievoordelen* als een motief voor samenwerking of fusie met een ziekenfonds of particuliere verzekeraar. Met name in de automatisering verwachtten de gesprekspartners bij de fusie voordelen te behalen.

8.4 Marktresultaat

De markt voor zorgverzekeringen heeft maar beperkte prikkels voor technische en allocatieve efficiëntie. Concurrentie op de nominale premie kan er toe leiden dat ziekenfondsen efficiënter gaan werken. Nu is daar nog niet echt sprake van geweest, maar de eerste tekenen van toenemende concurrentie zijn waarneembaar. De geringe omvang van de nominale premie en de vooralsnog beperkte prijselasticiteit beperken de mogelijkheden van de prijsconcurrentie door ziekenfondsen. Door samenwerking met andere ziekenfondsen denken zij schaalvoordelen en daarmee efficiëntievoordelen te genereren.

Concurrentie op de kwaliteit van de aangeboden zorg is door gezamenlijk inkopen van ziekenfondsen vrijwel onmogelijk. Ziekenfondsen kunnen wel concurreren door het aanbieden van extra service als all care en all finance concepten. Deze all care concepten kunnen ziekenfondsen ook prikkelen tot innovatie in de zorg.

8.4.1 Technische efficiëntie

Samenwerking leidt niet tot schaalvoordelen

Over de mate waarin ziekenfondsen technisch efficiënt werken zijn geen of weinig empirische gegevens voorhanden. Uit de gesprekken en de literatuur (Wie met Wie 1997) blijkt echter wel dat schaal- en efficiëntievoordelen een belangrijk argument zijn om te gaan samenwerken met andere organisaties. Door de grotere schaal kunnen zij bijvoorbeeld de automatiseringskosten beter spreiden of functies combineren (bijvoorbeeld een loket voor ziekenfonds en particuliere verzekeringen).

In de praktijk blijkt het niet eenvoudig de directe schaalvoordelen van de fusies aan te tonen. De kosten bleken bij aanvang van de fusie zelfs op te lopen. Ook het aanbieden van gemengde collectiviteiten leidt in de praktijk niet automatisch tot schaalvoordelen.

Gezamenlijke zorginkoop leidt niet tot lagere zorgkosten, wel besparing transactiekosten

Ook gezamenlijke zorginkoop levert kostenvoordelen op, aangezien ziekenfondsen hierdoor niet zelf met alle zorgaanbieders hoeven te onderhandelen, wat een besparing op de transactiekosten oplevert.

Gezamenlijke zorginkoop leidt echter niet direct tot een besparing op de zorgkosten. Ziekenfondsen onderhandelen met individuele zorgaanbieders niet over de prijs maar over de productie en nemen de door het COTG-vastgestelde maximumprijs als gegeven. Efficiency-voordelen die zorgaanbieders genereren worden hierdoor niet doorgegeven aan het ziekenfonds, dat derhalve hier geen kostenvoordelen kan behalen. Dominante regionale ziekenfondsen beschikken wel over de informatie en de positie die nodig is om zorgaanbieders met hoge kosten hierop aan te spreken. Extreme inefficiënties aan de zijde van de zorgaanbieders kunnen hierdoor beperkt worden. In hoofdstuk 10 gaan we nader in op de efficiency van de zorginkoopmarkt.

Lobby op politieke markt doorkruist efficiencyprikkel

Samenwerking en concentratie van zorgverzekeraars brengt met zich dat de invloed op overheidsbeleid - bijvoorbeeld via de koepelorganisatie en participaties in uiteenlopende organen - toeneemt. Dit zorgt niet voor verhoging van de technische en allocatieve efficiency en kan zelfs negatieve effecten hebben. Uit de gesprekken komt een beeld naar voren dat bij de verdeling van budgetten niet alleen objectieve indicatoren een rol spelen, maar ook de beïnvloedingsmogelijkheden van de verzekeraars. Het is dan mogelijk dat een bepaalde verzekeraar meer of minder budget krijgt dan optimaal zou zijn. Dit kan de prikkel tot efficiency en kostenbeheersing, die met de budgettering van ziekenfondsen beoogd is, doorkruisen. De gesprekspartners geven aan dat het eigen risico, dat zij als gevolg van de budgettering dragen, hen wel scherp houdt om op de kosten van de gezondheidszorg te letten. Tenslotte moet nog opgemerkt worden dat beïnvloeding van beleid kosten met zich meebrengt. Welke omvang deze kosten hebben is niet aan te geven.

8.4.2 *Allocatieve efficiëntie*

Prikkel tot allocatieve efficiency door invoering budgettering

De gesprekspartners geven aan dat het financieel risico dat zij dragen als gevolg van de invoering van budgettering hen scherp houdt om op de kosten van de gezondheidszorg te letten. Deze prikkel is sterker gericht op de extramurale zorgkosten, waar zorgverzekeraars een fors financieel risico lopen, dan op de intramurale zorgkosten waar vrijwel alle vaste kosten worden nagecalculeerd en het financieel risico van verzekeraars minder substantieel is. In hoofdstuk 10 analyseren we dat dit belang bij kostenbeheersing niet direct wordt doorvertaald naar een scherpe inkoop van zorg.

Mogelijkheden voor prijsconcurrentie ziekenfondsen beperkt

Concurrentie tussen ziekenfondsen is een belangrijke randvoorwaarde voor allocatieve efficiëntie. Ziekenfondsen kunnen zowel op prijs als op kwaliteit van hun verzekeringen concurreren. Ziekenfondsen hebben maar een beperkte mogelijkheid om op prijs te concurreren. Alleen de nominale premie is vrij en daarmee een concurrentiemiddel. In tabel 8.1.6 is de ontwikkeling van de nominale ziekenfondspremies in '96-'97 en in '97-'98 weergegeven.

Tabel 8.1.6 verandering van de nominale premie van ziekenfondsen

Verandering nominale premie	aantal fondsen '96-'97	aantal fondsen '97-'98
daling	26	3
geen verandering	0	18
stijging	1	6
totaal	27	27

Bron: W. Hassink, ESB 1998

Als gevolg van de invoering van de eigen bijdrage is de nominale premie in 1997 met f 110 gedaald. Hiermee is in de tabel rekening gehouden. Vrijwel alle ziekenfondsen hebben in 1997 hun premie met meer dan f. 110 verlaagd. In 1998 hebben slechts 3 ziekenfondsen hun premie verlaagd en 6 ziekenfondsen hebben hun premie verhoogd. De meeste ziekenfondsen hebben hun premie gelijk gehouden.

De markt voor ziekenfondsen lijkt volgens Hassink (1998) dus redelijk stabiel te zijn. De ziekenfondsen hebben hun premies in 1997 echter massaal met meer verlaagd dan de wettelijke f. 110, waaruit Hassink afleidt dat zij hiermee mogelijk een meer concurrerende positie hebben willen nastreven. Er lijkt dus sprake te zijn van een zekere mate van concurrentie tussen ziekenfondsen. Schut (1997) onderstreept deze visie dat de concurrentie op de prijs toeneemt. In 1999 zien we premieverschillen tussen ziekenfondsen die oplopen tot 100,-. Hiermee lijkt prijsconcurrentie langzaam zijn intrede te doen in de ziekenfondsverzekering.

De concurrentie op de prijs is (nog) beperkt door de relatief geringe hoogte van de nominale premie vergeleken met de totale prijs die ziekenfondsverzekerden betalen. Bovendien is de prijselasticiteit van ziekenfondsverzekerden vooralsnog relatief laag. Hassink (1998) concludeert dat met name verzekerden van grote ziekenfondsen minder gevoelig zijn voor de premiehoogte. Hierbij teken we aan dat verzekerden tijd nodig hebben om zich bewust te worden van en in te spelen op de geïntroduceerde premieverschillen. Tenslotte kan het ziekenfonds de premie niet differentiëren naar verschillende groepen verzekerden, wat de mogelijkheid van prijsconcurrentie ook beperkt.

Grotere allocatieve efficiency collectiviteiten door sterke concurrentie

Op de markt voor collectiviteiten is de werkgever de vrager van de zorgverzekeringen. Met name de grote werkgever is vaak niet regio-gebonden, waardoor de markt voor collectiviteiten meer een landelijke markt is dan een regionale en er ook meer concurrenten zijn. Een meer 'contestable market' leidt in theorie tot meer allocatieve efficiency. Wanneer de concurrentie om de collectieve contracten ten koste gaat van de individuele contracten, zoals een aantal gesprekspartners aangeeft, leidt een contestable collectiviteitenmarkt niet direct tot meer allocatieve efficiency in de markt voor zorgverzekeringen als geheel.

Groot regionaal ziekenfonds kan bijdragen aan betere allocatie zorg

Op het belangrijkste onderdeel van de kwaliteit van het product, de aangeboden zorg kunnen ziekenfondsen zich nauwelijks van elkaar onderscheiden. De uitkomsten van de onderhandelingen met de zorgaanbieders over de kwaliteit van de zorg geldt voor alle verzekerden in een regio. Ziekenfonds kunnen hier dus niet op concurreren. Uit de gesprekken blijkt dat de dominante regionale ziekenfondsen ondanks het ontbreken van deze concurrentieprikkels wel veel aandacht schenken aan de kwaliteit van de aangeboden zorg wat in de inhoud van de contracten terugkomt. Door hun omvang beschikken de regionale ziekenfondsen ook over de informatie die nodig is om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. Doordat het traditionele ziekenfonds in de regio geïdentificeerd wordt met de kwaliteit en kwantiteit van het zorgaanbod in de regio, willen zij invloed uitoefenen op de zorg. Dit is cruciaal om een goed imago en daarmee hun positie in de regio behouden. In hoofdstuk 10 gaan we hier dieper op in.

All care pakketten nog nauwelijks invloed op allocatieve efficiency

Samenwerkingsverbanden tussen zorg- en andere verzekeraars om all care pakketten aan te bieden, hebben nog weinig effect op het marktresultaat voor de zorgverzekeringsmarkt, eenvoudigweg omdat er nog bijna geen vraag naar all care pakketten bestaat. De all care pakketten kunnen de groei van collectieve contracten wel bevorderen en daarmee ook de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt naar een landelijke verzekeringsmarkt, zoals hiervoor beschreven is.

8.4.3 Dynamische efficiëntie

De markt voor ziekenfondsverzekeringen bevat weinig prikkels voor innovatie. Zoals uit het voorgaande blijkt is er nauwelijks sprake van concurrentie ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg. Desondanks zijn ziekenfondsen in een aantal gevallen actief bezig om binnen de wettelijke kaders samen met de zorgaanbieders in hun regio aan zorgvernieuwing te werken.

Vanuit andere markten komen wel prikkels voor ziekenfondsen om in hun dienstverlening te innoveren. Zo leidt privatisering van de sociale zekerheid tot een toenemende aandacht van verzekeraars voor schadelastbeheer en preventie en zij zijn om die reden samenwerkingsverbanden aangegaan met zorgverzekeraars, Arbo-diensten en reïntegratiebedrijven.

Binnen deze samenwerkingsverbanden brengen zorgverzekeraars hun kennis van de gezondheidszorg in, waar mogelijk specifiek gericht op arbeidsgerichte zorg. In het streven zieke werknemers zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen worden hierbij nieuwe producten ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is wachtlijstbemiddeling. All care pakketten staan echter zoals gezegd nog in de kinderschoenen, waardoor het effect hiervan op de dynamische efficiency nog niet waarneembaar is.

8.5 Toekomstige ontwikkelingen

Tegen de achtergrond van de hierboven geschetste marktstructuur en het marktgedrag en -resultaat dat hier uit voortkomt, kan een toekomstperspectief worden geschetst voor de markt voor ziekenfondsen. De algemene tendens is dat de ziekenfondsmarkt vanuit meerdere invalshoeken een toenemende concentratie en samenwerking te zien geeft.

Ten eerste lijkt de ingezette concentratie en de totstandkoming van samenwerkingsverbanden zich te continueren. Het betreden van nieuwe markten, het behoud van marktaandeel en het behalen van schaal- en kostenvoordelen zullen hierbij vooral als argument dienen. Samenwerking van ziekenfondsen binnen een conglomeraat met particuliere verzekeraars en andere organisaties lijkt zich volgens de gesprekspartners dan ook door te zetten. Anderzijds constateren de gesprekspartners echter ook dat de samenwerking tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars steeds meer onder druk komt te staan, aangezien de voordelen van deze samenwerking met name neerslaan bij de particuliere inkomensverzekeraars.

Het feitelijk handelen van de verschillende marktpartijen zal echter worden geconditioneerd door de wijze waarop de overheid de zorgsector en het verzekeringsstelsel in de toekomst wil vormgeven. De overheid staat een sterke regiefunctie van de ziekenfondsen in de zorgmarkt voor. Zoals uit de voorgaande paragrafen naar voren komt is door de sterke positie van de zorgaanbieders hiervoor ook een sterke positie van de ziekenfondsen noodzakelijk. De ziekenfondsen hebben daar zelf ook belang bij doordat zij in toenemende mate financieel risico lopen. Een sterkere positie van de leidende zorgverzekeraar is echter niet te verwachten. In de gesprekken komt de verwachting naar voren dat de positie van de regionale zorgverzekeraar zal afnemen.

Anderzijds wil de overheid meer marktwerking tussen ziekenfondsen wat vraagt om een minder sterke regionale binding van ziekenfondsen en waarbij ziekenfondsen meer landelijk gaan werken. Wanneer

daarnaast de vraag van werkgevers naar gemengde collectiviteiten doorzet, versterkt dit de ontwikkeling naar landelijk werkende ziekenfondsen.

Volgens de gesprekspartners zal op termijn de mededingingswet een belangrijke rol gaan spelen. Deze wet kan het voor ziekenfondsen moeilijk maken gezamenlijk te onderhandelen met koepels van aanbieders.

Tenslotte bestaat er in Nederland belangstelling voor concepten als zorgbemiddeling en managed care. Dit zou er toe kunnen leiden dat ziekenfondsen in toenemende mate allianties gaan vormen met zorgaanbieders. Niet alleen uit hoofde van kwaliteitszorg, maar ook in verband met volumebeheersing en zorgsturing. Gesprekspartners verwachten dat de ketenvorming in de zorg in de toekomst een belangrijke rol gaat spelen.

9 De ziektekostenverzekeringsmarkt

In dit hoofdstuk bespreken we de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen. In paragraaf 9.1 geven we een beschrijving van de markt. Paragraaf 9.2 gaat in op de basismarktcondities en in paragraaf 9.3 bespreken we het overheidsbeleid op deze markt. In de paragrafen 9.4, 9.5 en 9.6 bespreken we achtereenvolgens structuur, gedrag en resultaat. In paragraaf 9.7 gaan we tenslotte in op de toekomstige ontwikkelingen.

9.1 Marktbeschrijving

De markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen kent de risico's van adverse selection en moral hazard. Dit zal bij verzekeraars leiden tot gedrag om deze risico's te voorkomen, bijvoorbeeld door zich te richten op de acceptatie van goede risico's. De vraag van particuliere verzekerden veronderstellen we elastischer dan die van ziekenfondsverzekerden, waardoor hier meer prijsconcurrentie is. Concurrentie geldt niet voor een substantieel deel van de markt. Het gaat dan om particulier verzekerden die vanwege leeftijd en gezondheidsverleden niet meer kunnen wisselen van verzekeraar en om verzekerden met een standaard pakket polis (WTZ). Via de WTZ, waarvoor een wettelijk vastgestelde premie, acceptatieplicht en verevening geldt, is de toegang tot een particuliere verzekering voor alle verzekerden gewaarborgd. Particuliere verzekeraars worden geconfronteerd met een toenemend belang van de Europese markt en toenemende automatiseringskosten wat leidt tot schaalvergroting.

9.1.1 Marktafbakening

Onder particuliere verzekeringen verstaan we de ziektekostenverzekering in het tweede compartiment voor verzekerden die niet in aanmerking komen voor een ziekenfondsverzekering. We laten de particuliere (aanvullende) verzekering in het derde compartiment buiten beschouwing. Het gaat daarbij om ambtenaren, particulieren en verzekerden die in het kader van de Wet toegang Ziektekostenverzekeringen recht hebben op een Standaard Pakket Polis. Particuliere verzekeringen worden aangeboden door particuliere verzekeraars, waaronder we ook de uitvoerders van de verzekeringen voor ambtenaren rekenen. De geografische markt voor particuliere verzekeringen is Nederland.

9.1.2 Basismarktcondities

Ook de markt van particuliere zorgverzekeringen kenmerkt zich door de aanwezigheid van asymmetrische informatie. Verzekerden hebben betere informatie over hun ziekterisico's dan de verzekeraar en verzekerden en zorgaanbieders kunnen de noodzaak van medische zorg beter beoordelen dan de verzekeraar. Dit leidt tot problemen van respectievelijk adverse selection en moral hazard. Adverse selection betekent dat met name verzekerden met een hoog ziekterisico een hogere geneigtheid hebben zich te verzekeren. De informatie-assymetrie - de verzekerde is beter op de hoogte van zijn gezondheidsrisico dan de verzekeraar - ligt aan zelfselectie ten grondslag. De verzekeraar loopt het gevaar dat bij een inadequate risico-inschatting, de premie te laag wordt vastgesteld. De verzekeraar zal op zijn beurt proberen vooral goede risico's te verzekeren. Moral hazard houdt in dat verzekerden meer zorg consumeren dan noodzakelijk is. Zij betalen immers niet zelf.

Particuliere verzekerden betalen hun ziektekostenpremie volledig aan de particuliere verzekeraar. Deze premie moet voor de particuliere verzekeraar kostendekkend zijn. Alhoewel hier geen onderzoeksmateriaal over voorhanden is, nemen we aan dat de vraag van de particulier verzekerden een grotere prijselasticiteit kent dan die van ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden zijn gewend om mede op basis van prijsvergelijking een verzekering te kiezen.

Een belangrijke tendens waarmee particuliere ziektekostenverzekeraars momenteel geconfronteerd worden is het steeds belangrijker worden van Europa als markt. Door een vrij verkeer van financiële diensten en de komst van de euro zal internationale productvergelijking voor consumenten eenvoudiger worden, waardoor de verzekeraar niet meer nationaal maar binnen Europa concurreert.

Naast deze marktontwikkeling blijkt uit de gesprekken dat ook automatisering een belangrijke rol speelt. De hoge kosten van automatisering en de Europese markt nopen verzekeraars tot schaalvergroting.

9.1.3 Overheidsregulering

Om ziektekostenverzekeringen voor iedereen toegankelijk te maken zijn verzekeraars verplicht om in het kader van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen ook de zogenaamde slechte risico's een verzekering aan te bieden. Deze groepen krijgen de standaardpakketpolis aangeboden die overeenkomt met het ziekenfondspakket en waarvoor een wettelijk vastgestelde premie geldt. Alle particulier verzekerden betalen hiervoor een solidariteitspremie, de WTZ-premie. Particuliere verzekeraars krijgen het verschil tussen de ziektekosten van deze groep verzekerden en de premieopbrengsten vergoed. Naast de WTZ-premie betalen de particulier verzekerden in de vorm van de MOOZ een solidariteitspremie voor de oververtegenwoordiging van ouderen die via het ziekenfonds verzekerd zijn. Het aandeel van de standaardpakketpolis in de particuliere verzekeringsmarkt is ongeveer een derde.

9.2 Marktstructuur

Het aantal aanbieders op de markt voor particuliere verzekeringen is relatief groot en de toetredingsbarrières zijn relatief laag. De concentratie op de markt voor particulier verzekerden is echter groter dan hij op het eerste gezicht lijkt. Een aantal grote verzekeraars heeft een sterke marktpositie en het betreft hier dezelfde verzekeraars die via samenwerking met (eigen) ziekenfondsen ook een sterke positie op de ziekenfondsmarkt hebben. Daarnaast opereert een aantal van deze verzekeraars binnen conglomeraten waarin zij ook andere diensten aanbieden. Welk effect dit op de markt voor particuliere verzekeringen heeft is nog niet duidelijk.

9.2.1 Vragers

Van het totaal aantal verzekerden in Nederland is ongeveer een derde particulier verzekerd. Naast de individuele particulier verzekerden treden op de markt voor particuliere verzekeringen de werkgevers als vrager op. Dit is de collectiviteitenmarkt. Het aandeel van deze collectiviteiten in de particuliere verzekeringsmarkt bedraagt ongeveer de helft. Uit de gesprekken komt naar voren dat het marktaandeel van gemengde collectiviteiten (ziekenfonds/particulier) in korte tijd van nul naar 7 - 10% is gestegen. Verwacht wordt dat het aandeel van collectieve verzekeringen, particulier of gemengd, in de toekomst zal toenemen.

9.2.2 Aanbieders

Evenals bij de ziekenfondsen zien we ook bij de particuliere verzekeraars (inclusief de publiekrechtelijke verzekeraars) de laatste jaren een concentratie. In tabel 9.1.4 I is deze ontwikkeling weergegeven.

Tabel 9.1.4 I zorgverzekeraars tussen 1990 en 1997

	1990	1994	1995	1996	1997
particulier, waarvan	81	54	50	52	53
privaatrechtelijk	68	51	47	49	50
publiekrechtelijk	13	3	3	3	3

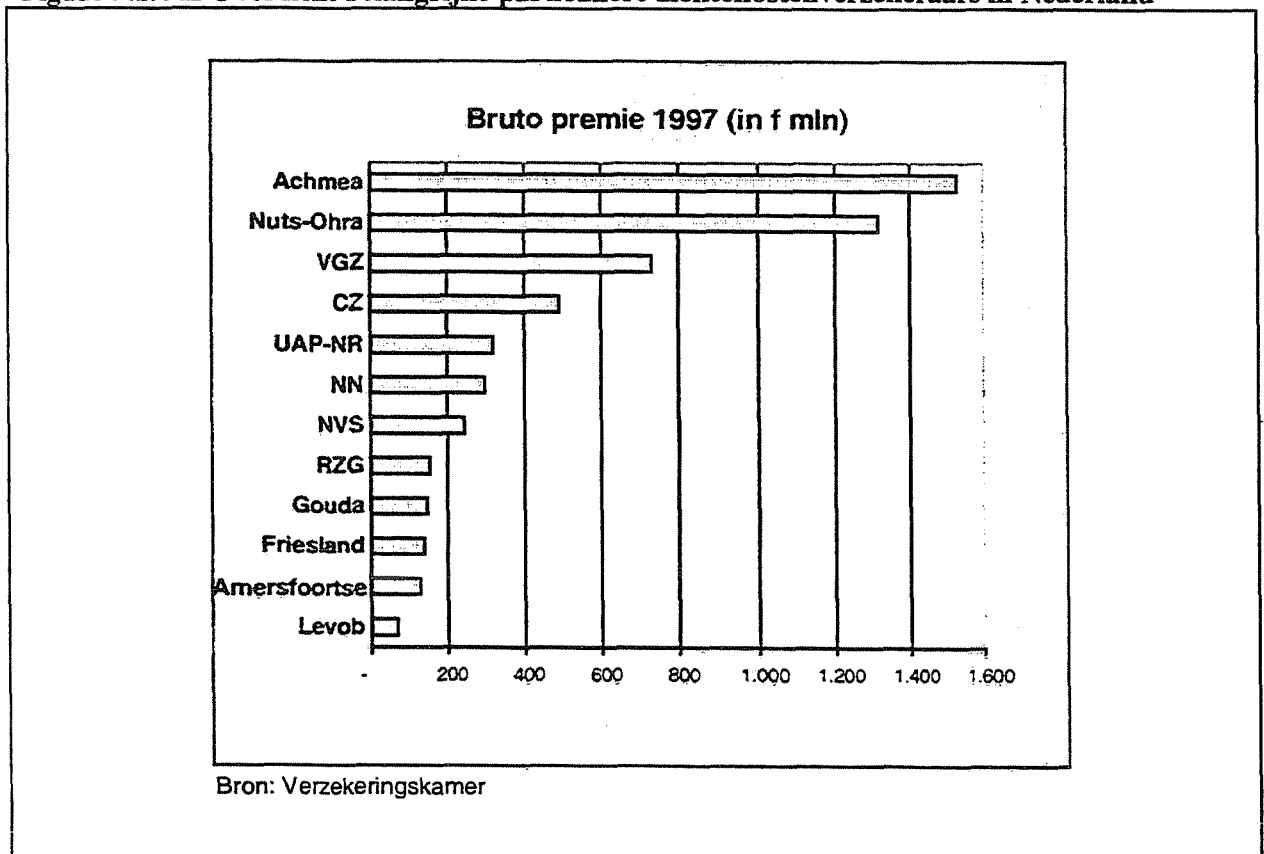
Bron: Vektis, jaarboek 1997

Van de 81 particuliere verzekeraars in 1990 zijn er in 1997 nog 53 over. Deze daling wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de fusie tussen 10 publiekrechtelijke verzekeraars, waardoor er voor de ambtenaren nog maar 3 uitvoerders overbleven. De daling van het aantal particuliere verzekeraars betreft met name de kleine ziektekostenportefeuilles die samengevoegd zijn.

Dit neemt niet weg dat er ook bij de particuliere verzekeraars sinds 1993 nieuwe verzekeraars zijn toegetreden. De meeste particuliere verzekeraars zijn kleiner dan 100.000 verzekerden. Vier verzekeraars hebben meer dan 400.000 verzekerden. Een groot aantal particuliere ziektekostenverzekeraars is verbonden aan een of meer ziekenfondsen. Ziekenfondsen hebben zelf particuliere verzekeraars opgericht of zijn samenwerkingsverbanden aangegaan.

Figuur 9.1.4 II geeft een overzicht van de belangrijkste particuliere ziektekostenverzekeraars die op dit moment actief zijn en hun omvang, gemeten in totale premie-inkomsten.

Figuur 9.1.4 II Overzicht belangrijke particuliere ziektekostenverzekeraars in Nederland



Uit figuur 9.1.4 II blijkt dat er op de particuliere markt twee grote spelers zijn, Achmea en Nuts-Ohra, gevolgd door VGZ en CZ. De vier grootste verzekeraar hebben gemeten naar premie-omvang in totaal 30% van de markt.

In tegenstelling tot de ziekenfondsen zijn particuliere verzekeraars van oudsher minder sterk gebonden aan regio's en concurreren zij landelijk om de gunst van de verzekerden.

9.2.3 *Productdifferentiatie*

De productdifferentiatie bij particuliere ziektekostenverzekeraars is groter dan bij ziekenfondsen. Particulier verzekerden hebben zowel keuze in de zorg die zij willen verzekeren als in de hoogte van de financiële dekking. De verzekeringspakketten van particuliere verzekeraars zijn hierdoor niet homogeen. Voor individueel verzekerden kunnen de pakketten daardoor onderling moeilijk vergelijkbaar zijn (intransparantie).

9.2.4 *Toe- en uittredingsbarrières*

Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben zich lange tijd beperkt tot het aanbieden van verzekeringen en het vergoeden van de zorgkosten aan de verzekerden. Zij hielden zich hierbij afzijdig van zorgaanbieders en voerden geen regie over het zorgaanbod. Hierdoor waren ziektekostenverzekeringen eenvoudig op de markt te brengen en waren de toetredingsdrempels dus laag (Schut, 1995). De laatste jaren hebben echter ook de particuliere verzekeraars volgens Schut (1995) onder druk van concurrentie steeds meer aandacht voor schadelastbeheersing. Bovendien kunnen zij door contracten te sluiten met zorgaanbieders hun verzekerden beter bedienen (direct vergoeden kosten, beïnvloeden kwaliteit dienstverlening). De particuliere verzekeraars onderhandelen daarom via hun regiovertegenwoordiger samen met het dominante ziekenfonds met de zorgaanbieders. Om goede contracten te krijgen met zorgaanbieders, hebben particuliere verzekeraars samenwerking gezocht met ziekenfondsen, aangezien deze in een regio veel kennis hebben van en goede contacten hebben met de zorgaanbieders. Het belang om ook voor particuliere verzekerden goede contracten te kunnen sluiten met regionale zorgaanbieders, kan voor verhoging van de toetredingsbarrières van de markt voor particuliere verzekeringen zorgen. Voor nieuwe toetreders zal het immers moeilijk zijn om even goede relaties aan te gaan met zorgaanbieders als het dominante ziekenfonds en de daarmee samenwerkende particuliere verzekeraar. De onderhandelingsruimte van zorgverzekeraars is in de huidige praktijk echter zeer beperkt. In hoofdstuk 10 gaan we op de onderhandelingen tussen verzekeraars nader in.

Tenslotte blijkt uit de gesprekken dat er ondanks de relatief lage toetredingsdrempels niet snel nieuwe verzekeraars op de markt verwacht worden. Buitenlandse maatschappijen bijvoorbeeld vinden volgens de geïnterviewden bijvoorbeeld de Nederlandse regelgeving te complex en te veel risico's met zich brengen.

9.2.5 *Diversificatie*

Zoals bij de ziekenfondsen al ter sprake kwam, bieden vrijwel alle ziekenfondsen particuliere ziektekostenverzekeringen aan en vice versa. Reden hiervoor is de doorverwijzen van 'overstappers' tussen beide verzekeringen en om aan de vraag naar gemengde collectiviteiten te kunnen voldoen. Daarnaast participeren een aantal particuliere verzekeraars evenals hun samenwerkende ziekenfondsen in conglomeraten om all care en all finance diensten aan te kunnen bieden. Zie hiervoor ook de vorige paragraaf.

9.3 Marktgedrag

Particuliere verzekeraars concurreren met name om collectiviteiten en de jonge verzekerden. Daarbij concurreren zij op de premie, maar ook de kwaliteit van de zorg wordt belangrijker.

Particuliere verzekeraars werken zowel bij het vaststellen van de netto premie als bij het inkopen van zorg samen via hun koepelorganisatie.

Daarnaast bieden de particuliere verzekeraars in samenwerking met ziekenfondsen en andere verzekeraars in toenemende mate collectieve producten aan werkgevers.

9.3.1 Prijsstrategie

Particuliere verzekeraars zullen met name de jongere verzekerden met een laag ziekterisico aan willen trekken. Zij doen dit bijvoorbeeld door verzekeringen aan te bieden tegen lage premies en hoge eigen risico's. Particuliere verzekeraars differentiëren de premie van hun verzekeringen naar leeftijd. Naarmate je ouder wordt, stijgt de premie. Wanneer je op latere leeftijd instapt in een particuliere verzekering, is je leeftijdgebonden premie hoger dan wanneer je al op jonge leeftijd bij de verzekeraar bent aangesloten. Naarmate je ouder wordt, wordt het hierdoor moeilijker om van verzekeraar te wisselen. Naast het prijsaspect, speelt de acceptatie dan een grote rol. Naarmate de leeftijd toeneemt, nemen de problemen bij acceptatie toe. Het selectie- en acceptatiebeleid beperkt dus de mogelijkheden van een aanzienlijke groep verzekerden om te switchen. Van prijsconcurrentie is hier dus niet zo zeer sprake. Voor wat betreft de standaard pakket polis op basis van de WTZ geldt een vaste premie, waarop niet wordt geconcentreerd.

9.3.2 Productstrategie

Particuliere verzekeraars richten zich naast de individueel verzekerden ook sterk op de werkgevers. Om de werkgever te bedienen in zijn vraag naar collectieve contracten sluiten particuliere verzekeraars strategische allianties met ziekenfondsen en aanbieders van andere financiële diensten.

Ook de kwaliteit van de aangeboden zorg wint aan belang bij de particuliere verzekeraars. Particuliere verzekeraars vergoeden aan hun verzekerden in principe de kosten van medische zorg, waarbij de verzekerde volledig vrij is in de keuze van een zorgaanbieder. Deze keuzevrijheid is een logisch gevolg van het restitutiestelsel van de particulier verzekering en bij gevolg sluiten verzekeraars geen selectieve contracten met zorgaanbieders. Zoals al aangegeven groeit echter ook bij particuliere verzekeraars het belang van schadelastbeheersing een goede zorg voor hun verzekerden. Daarmee ontstaat ook voor particuliere verzekeraars de noodzaak om goede contracten te sluiten met zorgaanbieders. Particuliere verzekeraars gaan hiervoor samenwerking aan met een ziekenfonds of werken onderling samen om contracten in de regio af te sluiten. In dat laatste geval verloopt de samenwerking via Zorgverzekeraars Nederland, die namens de particuliere verzekeraars (en de overige ziekenfondsen) in elke regio een regio-vertegenwoordiger aanwijst, die deelneemt aan de onderhandelingen met zorgaanbieders. De invloed van deze regio-vertegenwoordiger is echter beperkt, wat grotendeels samenhangt met het feit dat de meeste patiënten van de zorgaanbieders in de regio verzekerd zijn bij het leidende regionale ziekenfonds. Daarnaast is de onderhandelingsruimte van de zorgverzekeraars beperkt. Particuliere verzekeraars hebben ook zorginkoopcombinaties gevormd zoals Multizorg, waarin een zestal particuliere ziektekostenverzekeraars samenwerken bij zorginkoop en administratieve verwerking.

9.3.3 Afgestemd gedrag

Binnen Zorgverzekeraars Nederland maken de verzekeraars afspraken over de dekking van de particuliere verzekeringen (polisvoorwaarden) en geven zij op basis van de kostenontwikkeling in de zorg een advies over de actuariële netto-premie. Daarnaast zijn er allerlei min of meer formele

overlegcircuits. Particuliere verzekeraars overleggen in veel gevallen gezamenlijk over hun standpuntbepaling ten aanzien van overheidsbeleid.

9.3.4 Concentratie/fusie

Redenen voor concentraties en fusies tussen particuliere verzekeraars zijn divers. Ten eerste leidt de steeds sterker wordende Europese markt tot fusies tussen verzekeraars. Niet de positie op de Nederlandse markt maar de positie op de Europese markt is leidend. Ook het behalen van schaalvoordelen - dat uit hoofde van hoge automatiseringskosten nodig is - speelt een belangrijke rol. Tenslotte heerst er binnen de markt voor particuliere verzekeringen onzekerheid over het toekomstig overheidsbeleid.

9.4 Marktresultaat

De markt voor particuliere zorgverzekeringen heeft prikkels voor technische en allocatieve efficiëntie. Concurrentie op de premies leidt ertoe dat particuliere verzekeraars efficiënter gaan werken. Door samenwerking met andere zorgverzekeraars denken zij schaalvoordelen en daarmee efficiëntievoordelen te genereren. Deze efficiëntievoordelen worden via de premie ook doorgeven aan de verzekerden. Het gaat hier om een deel van de markt. De concurrentie richt zich op collectiviteiten en jonge verzekerden. Van concurrentie op premie is geen sprake als het gaat om de verzekerden die vanwege leeftijd of risico niet meer wegkunnen bij een verzekeraar of de verzekerden met een spp-polis.

Concurrentie op de kwaliteit van de aangeboden zorg krijgt voor particuliere verzekeraars toenemende aandacht. Ook hier geldt echter dat de wijze waarop het zorgaanbod tot stand komt weinig onderscheidend vermogen biedt. Particuliere verzekeraars kunnen wel concurreren door het aanbieden van extra service als all care en all finance concepten. Deze all care concepten kunnen zorgverzekeraars ook prikkelen tot innovatie in de zorg.

9.4.1 Technische efficiëntie

Evenals bij de ziekenfondsen noemen ook de particuliere verzekeraars schaalvergroting en efficiëntievoordelen als een argument voor samenwerking met andere organisaties. Evenals ziekenfondsen onderhandelen ook de particuliere verzekeraars wel collectief maar niet individueel met zorgaanbieders (vrije beroepsbeoefenaren) over de prijs. Particuliere verzekeraars liften naar de huidige inzichten grotendeels mee op de afspraken die het dominante ziekenfonds maakt met de regionale zorgaanbieders. De verzekeraars bezitten gezien het schaarse zorgaanbod over weinig marktmacht om efficiency bij de zorgaanbieders af te dwingen.

9.4.2 Allocatieve efficiëntie

Ook voor de particuliere verzekeraars geldt dat zij worden geprikkeld tot allocatieve efficiëntie indien de verzekeraars zowel op prijs als op kwaliteit concurreren.

Particuliere ziektekostenverzekeraars concurreren op de premie voor collectiviteiten en jonge verzekerden. De hogere prijselasticiteit van deze particuliere verzekerden speelt hierbij een belangrijke rol. Besparingen op de uitvoeringskosten worden zodoende doorgegeven aan de verzekerden. Echter, concurrentie ontbreekt als het gaat om een substantieel deel van de particulier verzekerden: degenen die niet makkelijk van verzekeraar kunnen veranderen en verzekerden met een spp-polis (deze heeft een vaste prijs en de verzekeraar loopt geen risico).

Particuliere verzekeraars hebben van oudsher weinig mogelijkheden om op de kwaliteit van de aangeboden zorg te concurreren. De laatste tijd zoeken ze wegen om dit toch te gaan doen.

9.4.3 *Dynamische efficiëntie*

Tenslotte geldt voor de particuliere verzekeraars net als voor de ziekenfondsen, dat zij door de nadruk op integrale beheersing van ziekterisico's binnen all care conglomeraten geprikkeld worden meer en op een innovatieve wijze zorg in te zetten.

9.5 Toekomstige ontwikkelingen

Voor particuliere verzekeraars zijn twee belangrijke ontwikkelingen in de toekomst te verwachten.

Ten eerste verwachten de gesprekspartners dat, net als voor de ziekenfondsen, het belang van de vraag van werkgevers naar employee benefits door zal zetten. Dit noodzaakt de particuliere verzekeraars tot samenwerking met ziekenfondsen en andere verzekeraars en leidt tot toenemende conglomeraatvorming.

Ten tweede bestaat er grote onzekerheid over het toekomstig overheidsbeleid en de stelsel discussie. De huidige samenwerking tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen lijkt steeds meer onder druk te staan. Ziekenfondsen realiseren zich dat de voordelen van dergelijke samenwerking met name neerslaan bij de particuliere verzekeraars en zij worden zich steeds meer bewust van hun waarde.

10 Inkoopmarkt

In dit hoofdstuk gaan we in op de samenwerkingsverbanden tussen partijen op de zorginkoopmarkt. Op deze markt ontmoeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar. In paragraaf 10.1 tot en met 10.3 beschrijven we beknopt de belangrijkste kenmerken van de inkoopmarkt, de condities en de overheidsregulering. Vervolgens behandelen we in paragraaf 10.4 en 10.5 relevante kenmerken van de structuur van de inkoopmarkt en het gedrag van de marktpartijen. In paragraaf 10.6 zetten we uiteen hoe samenwerking en concentratie de doelmatigheid beïnvloedt. De toekomstige ontwikkeling komen aan de orde in paragraaf 10.7.

In hoofdstuk 7 is de markt van AWBZ-verzekeringen heel beknopt besproken, omdat we concludeerden dat van marktwerking in deze markt van AWBZ-verzekeringen geen sprake is. Dit hoofdstuk over de inkoopmarkt is dan ook gericht is op het tweede compartiment, waarbinnen de ziekenhuiszorg.

10.1 Marktbeschrijving

De inkoopmarkt is een regionale markt waar zorgverzekeraars met zorgaanbieders onderhandelen over de toewijzing van hun zorgbudget. De ziekenfondsen onderhandelen op basis van het budget dat ze krijgen; het budget is vastgesteld op basis van de kenmerken van hun verzekerdenpopulatie. Particuliere ziektekostenverzekeraars onderhandelen op basis van de premie-inkomsten van hun verzekerden in de regio. De verzekerden consumeren zorg, die de zorgaanbieders in rekening brengen bij de zorgverzekeraars. Op deze wijze maken zorgaanbieders hun zorgbudget 'op'.

De onderhandelingen vinden plaats binnen een scala aan overheidsregels en marktcondities die in belangrijke mate bepalen hoe de inkoopmarkt functioneert: waarover partijen onderhandelen, wat de onderhandelingsruimte is, maar ook welke prikkels de markt kent. De basismarktcondities en overheidsregulering komen hieronder aan bod.

10.2 Basis-marktcondities

Enkele kenmerkende marktcondities hebben betrekking op de keuzevrijheid van vragers op de zorginkoopmarkt, de budgetprikkels en informatie-assymetrie en moral hazard.

10.2.1 Geen keuzevrijheid

Typerend voor de zorginkoopmarkt is dat de zorgverzekeraars niet vrij zijn in de keuze van de zorgaanbieders waarmee ze zaken willen doen. De zorgverzekeraar moet afspraken maken over de zorginkoop met alle erkende instellingen in de regio.

10.2.2 Geen markt-, maar budgetprikkels

De inkoopmarkt is verregaand gereguleerd en bevat weinig tot geen marktprikkels. Zo is er bijvoorbeeld geen concurrentie op prijs. De inkoop kent wel via de budgettering een prikkel tot kostenbeheersing. Immers, produceren ziekenhuizen meer dan afgesproken en overschrijden de kosten het budget, dan is dit voor risico van het ziekenhuis. En maken zorgverzekeraars productieafspraken die hun budget te boven gaan, dan geldt ook hier dat de verzekeraar daarvoor op draait. Echter het brengt ook het mechanisme met zich dat zorgaanbieders worden geprikkeld om in ieder geval zoveel te produceren dat zij het budget voor volgend jaar veilig stellen. Een zorginstelling die het budget niet vol maakt zal het jaar erop geconfronteerd worden met een lager budget.

10.2.3 Informatie-assymetrie en moral hazard

In de onderhandelingen is informatie over ontwikkelingen in zorgconsumptie dan van belang. Zorgaanbieders hebben op dit terrein een informatievoorsprong. Dit beïnvloedt de onderhandeling en vanuit het hierboven genoemde belang van budgetmaximalisatie brengt dit het risico van moral hazard met zich mee.

10.3 Overheidsregulering

De regelgeving en het overheidsbeleid geven nadrukkelijk kaders aan waarbinnen verzekeraars en zorgaanbieders op de regionale inkoopmarkt mogen opereren. De belangrijkste aspecten passeren hieronder de revue.

10.3.1 Macrobudgettering geeft kaders aan

De toewijzing van de zorgbudgetten moet passen binnen de kaders van het regionale zorgbudget, dat is vastgesteld op basis van de centrale macrobudgettering. Het macrobudget groeit jaarlijks met een beperkt percentage. Extra budget voor een instelling gaat ten koste van het budget van een andere zorginstelling. Deze reductie in behandelvolume leidt niet direct tot een reductie in gebouwen, vaste lasten en capaciteitskosten. Lagere productieafspraken kunnen daarom leiden tot onderbenutting van de capaciteit en hogere overheadkosten.

10.3.2 Beperkte mogelijkheden tot herallocatie van budgetten

Door de regionale zorgbudgetteringssystematiek is het niet goed mogelijk om budgetten tussen regio's en binnen de regio te heralloceren. In het algemeen zou herallocatie op de korte termijn tot kapitaalvernietiging leiden. Herallocatie binnen de regio op langere termijn is wel mogelijk. Hier speelt de adviesfunctie van zorgverzekeraars bij uitbreidingsinvesteringen van zorginstellingen een niet onbelangrijke rol. Herallocatie tussen regio's is niet goed mogelijk vanwege het regionale karakter van de onderhandelingen. Besluiten over dergelijke verschuivingen kunnen in Den Haag plaatsvinden.

10.3.3 De schaarste in de zorg begrenst de onderhandelingen

Niet alleen de schaarste aan financiële middelen, zoals tot uitdrukking gebracht in de (macro)budgettering, maar ook de schaarste aan arbeid is een bepalende factor. Het is hierdoor onmogelijk om op korte termijn het behandelvolume in een zorginstelling flink uit te breiden. De schaarste wordt deels door de overheid en beroepsgroepen zelf gecreëerd door de beperkte toelating tot de opleidingen.

10.3.4 Contracteerplicht

Zorgverzekeraars zijn verplicht contracten te sluiten met alle erkende zorginstellingen in de regio. Van contracteerplicht met vrije beroepsbeoefenaren is geen sprake.

10.3.5 Onderhandelingen over variabel budget, niet de vaste componenten

Alleen het variabele budget is onderwerp van onderhandeling tussen zorgverzekeraars en -aanbieders in de regio. Het zorgbudget van een ziekenhuis bestaat uit een aantal componenten: uit een locatiecomponent voor gebouwen en installaties, een vaste component voor het instandhouden van capaciteit, een semi-vaste component voor het instandhouden van capaciteit en een variabele of productiegebonden component die bestaat uit vier posten: opnames, dagverpleging, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen. Over de eerste drie componenten van het budget wordt niet onderhandeld in de regio. Deze worden bepaald door de kenmerken van de zorginstelling, de adhaerentie, het aantal erkende specialistenplaatsen en bedden. In de praktijk worden de budgetten vastgesteld op basis van de resultaten van voorgaande jaar, met een bovengrens van de groei van het

budget. De onderhandelingen gaan niet over het gehele variabele budget, maar over de groei en samenstelling van het budget.

10.3.6 Onderhandelingen over volume van de productie, niet de parameterwaarden

De onderhandelingen betreffen het volume van de productie, niet de daarbij behorende parameterwaarden, want die stelt het COTG jaarlijks vast. Over de 'waardecomponent' van het variabel budget wordt in de regio dus niet onderhandeld.

10.3.7 Onderhandelen over extra middelen

Naast het variabele budget onderhandelen zorgverzekeraars en -aanbieders in de regio over de verdeling van gelden in het kader van zorgvernieuwing, wachtlijstvermindering en meerjarenafspraken.

10.3.8 Adviesfunctie investeringen

De zorgverzekeraars hebben een adviesfunctie. Zij moeten adviseren over investeringsplannen van zorginstellingen. Via deze adviesfunctie hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om op langere termijn wel invloed uit te oefenen op een groter deel van het budget, onder andere omdat het locatiebudget en het semi-variabele budget afhangen van de grootte van de instelling en de investeringen die de instelling doet.

10.3.9 Vaste tarieven

Het variabele budget wordt gerealiseerd doordat ziekenhuizen aan patiënten en zorgverzekeraars rekeningen sturen voor behandelingen. De tarieven die hierbij worden gehanteerd stelt het COTG centraal vast. Afgevaardigden van koepelorganisaties zijn betrokken bij het tot stand komen van de tarieven, maar de prijs van zorg is geen onderwerp van onderhandeling tussen vragers en aanbieders op de regionale inkoopmarkt. Prijsconcurrentie bestaat dus niet in de inkoopmarkt.

10.3.10 Conclusie: onderhandelingsruimte in de regio beperkt

De schaarste, regelgeving en institutionele kaders van de inkoopmarkt bepalen voor het grootste deel de uitkomst van de onderhandelingen in de regio. De mening van de geïnterviewde zorgverzekeraars en -aanbieders is dat de echte onderhandelingsruimte gering is: deze wordt in het tweede compartiment geschat op 5%- 10%. Het gaat dan vooral om over het volume van het variabele deel van het budget (wat in de praktijk ook slechts voor een deel onderhandelbaar is), de toewijzing van zorgvernieuwingsgelden, extra middelen voor wachtlijstvermindering cq. in het kader van de meerjarenafspraken. Uit de interviews blijkt dat de onderhandelingen vooral gericht zijn op zorginnovatie en de kwaliteit van zorg en in mindere mate op de beheersing van kosten. Dit betekent dat de onderhandelingen op deze Haagse politieke markt belangrijker lijken te zijn dan die in de regio.

10.4 Marktstructuur

De inkoopmarkt is een regionale markt. In de onderhandelingen maken zorgverzekeraars en -aanbieders afspraken over het productievolume. Over de prijs wordt niet onderhandeld: die wordt door het COTG bepaald. De gesprekken bevestigen dat er sprake is van non-concurrentiële inkoop. Dat wil zeggen dat verzekeraars niet afzonderlijk, maar gezamenlijk productieafspraken maken met de verschillende zorgaanbieders in de regio. De vraagzijde van de inkoopmarkt bestaat uit de marktleider -dit is de in de regio grootste zorgverzekeraar - en de regiovertegenwoordiger die onderhandelt namens de overige ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Ondanks het loslaten van de regiobinding en mede als gevolg van fusies van regionale zorgverzekeraars heeft de marktleider nog steeds een doorslaggevende stem in de onderhandelingen. De aanbodzijde bestaat uit de zorginstellingen: meestal afzonderlijk, maar in enkele gevallen ook gezamenlijk. Door concentratie en samenwerking hebben deze zorginstellingen een sterkere positie verkregen in de zorginkoopmarkt.

10.5 Marktgedrag

10.5.1 Prijs- en productstrategie in de inkoopmarkt

Zoals hiervoor aangegeven speelt de prijs geen rol van betekenis in de onderhandelingen in de regio. De FB-waarden en tarieven worden door het COTG vastgesteld. De koepels van zorgverzekeraars en -aanbieders zijn wel betrokken bij de tariefontwikkeling. De tarieven voor medisch specialisten zijn maximumtarieven. In de praktijk wordt daar niet van afgeweken. Dit is te verklaren uit de schaarste aan medisch specialisten, mede veroorzaakt door de beperkte toegang tot specialistenopleidingen.

Concurrentie op de premie is voor ziekenfondsen moeilijk te verwezenlijken omdat de mogelijkheden om dit te realiseren bij de inkoop van zorg beperkt zijn. De concurrentie op prijs lijkt ook niet de primaire strategie van met name de traditionele regionale ziekenfondsen. Het vasthouden van verzekerden en daarmee het behoud van hun dominantie positie kan beter worden gerealiseerd door als dominante ziekenfondsen in eerste instantie een belangrijke rol te vervullen bij het zorgaanbod in de regio. Alhoewel ziekenfondsen zich inderdaad moeilijk op het zorgaanbod kunnen onderscheiden van anderen, worden zij door de verzekerden wel geassocieerd met de goede kwaliteit van de gezondheidszorg in de regio. De regionale zorgverzekeraar wil deze verzekerden aan zich blijven binden door in de onderhandelingen met zorgaanbieders in de regio het zorgaanbod te sturen op basis van de vraag en behoefte van hun verzekerden. Zoals we opmerken gaat het hierbij om betrekkelijk geringe mogelijkheden omdat het binnen de Ziekenfondswet moet en omdat de onderhandelingsruimte relatief beperkt is. De zorgverzekeraar heeft vooral op de langere termijn mogelijkheden om het zorgaanbod toe te spitsen op de behoefte van de klant. Op de korte termijn zijn er mogelijkheden op het vlak van de aanwending van zorgvernieuwingsgelden, gelden ter bestrijding van wachtlijsten en de zgn. meerjarenafspraken.

Ook geven de ziekenfondsen aan dat zij service aan de verzekerden willen gebruiken om de regionale verzekerden aan hen te binden. De gesprekspartners geven ook aan dat zij zorgaanbieders met hoge kosten hierop aan spreken. De regiovertegenwoordiger is hier sterker op gericht dan de marktleider in de regio. Het imago van de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars die namens de regiovertegenwoordiger onderhandelt, is in mindere mate afhankelijk van de kwaliteit van zorg in de regio.

De zorgaanbieders zijn in de onderhandelingen primair gericht op budgetmaximalisatie en hiermee op verbeteringen in het zorgaanbod. Per saldo geldt dat de focus in de onderhandelingen ligt op de kwaliteit van de zorg en zorginnovatie. Kostenbeheersing staat op het tweede plan.

10.5.2 Samenwerkings- en concentratiestrategie

Een aantal particuliere zorgverzekeraars werkt samen bij de zorginkoop: Multizorg. Ook via de koepelorganisatie werken zorgverzekeraars samen. Zo onderhandelt bij de huisartsen de koepelorganisatie ZN namens de ziekenfondsen en de zorgverzekeraars over de raamcontracten en werken ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars samen in de vorm van een regiovertegenwoordiger die onderhandelt met ziekenhuizen en specialisten buiten de traditionele thuisregio's. Daarbij onderhandelen zij samen met het regionale ziekenfonds die de marktleider in de regio is. Een belangrijke recente ontwikkeling is dat regiovertegenwoordigers nu zowel optreden namens de particuliere ziektekostenverzekeraars als de ziekenfondsen die niet een leidende marktpositie in de regio hebben. Voorheen vertegenwoordigden ze alleen de particuliere verzekeraars. Dit betekent dat de positie van de regiovertegenwoordiger aan kracht heeft gewonnen. Tezamen met de ontwikkeling dat het marktaandeel van marktleiders in de regio afneemt, biedt dit op langere termijn perspectief op meer evenwichtige verhoudingen aan de vraagzijde van de inkoopmarkt.

Het samengaan van verzekeraar en zorgaanbieder - verticale integratie - zou betekenen dat de onderhandelingen in een ander daglicht komen te staan. Onderhandelen zou plaats maken voor samenwerken onder één paraplu. In de praktijk is van fusie nog geen sprake, maar eerder van samenwerkingsverbanden. Verzekeraars werken in een aantal innovatieve projecten nauw samen met zorgaanbieders. Bij de zorgketen zoals die in Gorinchem tot stand is gekomen is bijvoorbeeld ook het regionale ziekenfonds sterk betrokken. Deze vorm van samenwerking wordt door gesprekspartners als veelbelovend voor de toekomst gezien. Belemmeringen voor deze vorm van samenwerking zijn de financiële schotten tussen eerste en tweede compartiment en de wettelijke belemmeringen van fusie tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders. Op het terrein van de verstrekking van medicijnen zullen naar verwachting deze belemmeringen worden opgeheven.

Hieronder gaan we specifiek in op de het marktgedrag in de inkoopmarkt in de regio en de politieke markt in Den Haag.

10.5.3 De politieke markt

De onderhandelingsruimte in de regio is maar beperkt. De echte 'onderhandelingen' worden niet in regio gevoerd, maar in Den Haag en Utrecht. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen proberen hierop invloed uitoefenen. Grote partijen hebben meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de wijze waarop ze worden gereguleerd. De koepelorganisatie van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), beslist bijvoorbeeld mee over de landelijke verdeling van ziekenfondsbudgetten over de verschillende ziekenfondsen. Meer macht in ZN levert in beginsel meer invloed op over de verdeling van deze gelden. Bovendien hebben verschillende van deze regionale zorgverzekeraars een onderling samenwerkingsverband, om zo binnen ZN meer op te kunnen komen voor de belangen van traditionele zorgverzekeraars.

Daarnaast zijn er allerlei overleg- en lobbyplatforms, die mede gericht zijn om het overheidsbeleid, wat zo belangrijk is voor de inkoopmarkt, te beïnvloeden. Hoe groter de zorgverzekeraar, hoe sterker de stem in dergelijke platforms.

Invloed uitoefenen op deze politieke markt is dan ook een niet te onderschatten aspect dat min of meer bewust een rol speelt bij het aangaan van fusies en samenwerkingsverbanden. Immers een grote partij kan makkelijk aanspraak maken op een zetel in het bestuur en belangrijke commissies van de koepelorganisatie, in onderhandelingsdelegaties etc. Dit geldt zowel aan de verzekeraars- als aan de aanbiederszijde.

10.5.4 Onderhandelingen in de regio

Samenwerken en concentratie

Naast invloed op overheidsbeleid speelt ook de wens om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod in de regio een rol bij de fusies tussen traditionele ziekenfondsen. Immers, voor het behoud van verzekerden in de regio is de kwaliteit van de zorg bepalend. Hier hangt het imago van het ziekenfonds grotendeels vanaf. De regie over het regionale zorgaanbod kunnen de regionale ziekenfondsen alleen voeren als ze marktleider blijven. Deze regie voeren ze voor een belangrijk deel via de jaarlijkse onderhandelingen over het zorgbudget van de afzonderlijke zorgaanbieders. Een dominante positie in de regio verschaft het ziekenfonds de kennis en het geld dat nodig is om invloed uit te kunnen oefenen. Door fusies hebben veel regionale ziekenfondsen een leidende positie kunnen behouden.

Beïnvloeding van het zorgaanbod in de regio is dus een belangrijk doel achter de strategie van samenwerking en concentratie van regionale ziekenfondsen. Het ziekenfonds ziet zichzelf als een maatschappelijke organisatie die verantwoordelijk is voor een goede organisatie van de gezondheidszorg in haar regio. Daarnaast is dit de manier om verzekerden in de thuisregio te behouden. Om hier invloed op uit te kunnen oefenen zijn geld en informatie belangrijke instrumenten. Een groot

regionaal ziekenfonds, dat het merendeel van de verzekerden in de regio onder zich heeft, beschikt hierover en vormt dus een serieuze gesprekspartner voor zorgaanbieders.

Kennis is macht

In de onderhandelingen is informatie en de bestaande informatie-assymetrie een belangrijk gegeven. Een gebrek aan informatie over ontwikkelingen in de zorgconsumptie in de regio maakt het voor de verzekeraar niet goed mogelijk effectief te onderhandelen. De informatie-asymmetrie voor zorgverzekeraars neemt af naarmate er een sterkere marktleider is en dus sprake is van concentratie aan de vraagzijde van de inkoopmarkt. Door de fusie van verschillende regionale zorgverzekeraars tot één sterke, leidende partij is de hoeveelheid informatie en de kwaliteit van informatie waarover deze zorgverzekeraar beschikt toegenomen. Ten eerste omdat informatie die voorheen versnipperd over de verschillende partijen beschikbaar was in één hand is gekomen. Ten tweede omdat het grotere concern meer kan investeren in goede datasystemen. In de casestudies kwamen we te weten dat sommige grote regionale zorgverzekeraars beschikken over een uitgebreide database van gegevens van de verzekerden cq. patiëntenpopulatie. Omdat de leidende zorgverzekeraar beter inzicht heeft in de ontwikkelingen in de regionale gezondheidszorg, spreekt deze de zorgaanbieders daar sneller op aan. Doel van verzekeraars is dan om de grip op de zorg in de regio veilig te stellen, ook al gaat het om een betrekkelijk gering deel van de zorg waarop de verzekeraar invloed kan uitoefenen. Het vervullen van een zekere regiefunctie wordt erg belangrijk gevonden. Echter, ook bij marktleiders blijft de informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders een feit en zijn ze deels afhankelijk van de door hen geleverde informatie.

Samenwerking tussen zorgverzekeraars maakt kennisuitwisseling en gezamenlijke inkoop mogelijk en geldt dan ook als een strategisch doel van samenwerking of concentratie. De gesprekspartners geven aan dat zij door onderling kennis uit te wisselen op het terrein van communicatie, kwaliteitsbeleid en zorginhoudelijke vraagstukken de dienstverlening aan de klant kunnen verbeteren. Men hoeft niet zelf telkens opnieuw het wiel uit te vinden. Deze informatie van zorggebruikers geeft bovendien een sterke positie in de onderhandelingen met zorgaanbieders. Gezamenlijke inkoop van zorggerelateerde producten als incontinentiemateriaal levert volgens de gesprekspartners naast het bundelen van kennis ook inkoopmacht en daarmee lagere prijzen op.

Belangen van zorgaanbieders en -verzekeraars in de regio

Het doel en daarmee de strategie van de onderhandelingen is bij zorgaanbieders en -verzekeraars verschillend. In alle interviews met de aanbieders wordt aangegeven dat de onderhandelingen gericht zijn op budgetmaximalisatie. Voor geïnterviewde verzekeraars geldt dat de onderhandelingen gericht zijn op het realiseren van goede gezondheidszorg in de regio binnen de beschikbare financiële ruimte.

Hierbij is wel duidelijk sprake van een accentverschil tussen de marktleider en andere zorgverzekeraars. De marktleider in de regio heeft in veel gevallen een maatschappelijke in plaats van een commerciële visie op gezondheidszorg. Hoewel de inkoop non-concurrentieel is en de andere zorgverzekeraars derhalve dezelfde kwaliteit gezondheidszorg inkopen gaat de marktleider ervan uit dat een slechte kwaliteit in de gezondheidszorg in de regio vooral zijn eigen imago en positie aan zal tasten. De marktleider onderhandelt derhalve vooral over kwaliteit van de geboden gezondheidszorg en heeft minder oog voor de kostenbeheersing. De regiovertegenwoordiger vertegenwoordigt landelijk of primair in andere regio's opererende zorgverzekeraars en meer particulier verzekerden. De regiovertegenwoordiger is dan ook meer geneigd op kostenbeheersing (op de korte termijn) te onderhandelen. De regiovertegenwoordiger probeert ervoor te zorgen dat de leidende partij het kostenaspect niet uit het oog verliest.

De rol van de regiovertegenwoordiger is echter beperkt. Ten eerste omdat de leidende zorgverzekeraar het overgrote deel van de verzekerden vertegenwoordigt. Ten tweede omdat deze zorgverzekeraar veel

meer kennis over de gezondheidszorg in de regio heeft dan de regiovertegenwoordiger. Tabel 5.1 geeft een 'zwart-witte' schets van de belangen van deze twee onderhandelaars aan zorgverzekeraarszijde.

Tabel 5.1 De relatie van marktleider en regiovertegenwoordiger

	marktleider	regiovertegenwoordiger
samenstelling portefeuille	meer ziekenfonds	meer particulier
doelstelling	non-profit instelling	ook profit instellingen
(primair) werkterrein	regionaal georiënteerd	landelijk georiënteerd of in
	veel kennis van de regio	andere regio's primair actief
		weinig kennis van de regio
perspectief in tijd	lange termijn perspectief	korte termijn perspectief

Geen countervailing power, maar samenwerken in de regio

Naast de regelgeving en schaarste aan middelen en arbeid die de mogelijkheden van verzekeraars om inkoopmacht effectief uit te oefenen beperken en er voor zorgen dat er van countervailing power weinig sprake is, komt uit de casestudies een aanvullende invalshoek naar voren. Verzekeraars hebben wel enkele machtsinstrumenten om countervailing power in de regio uit te oefenen, namelijk:

- toewijzing van extra middelen (meerjarenafspraken, zorgvernieuwing, wachtlijstbestrijding);
- op langere termijn heralloceren van budgetten binnen de regio
- adviesfunctie bij uitbreidingsinvesteringen van zorginstellingen;
- publiciteit en ingrijpen bij slechte kwaliteit van zorgverleners.

Maar ook zorgaanbieders beschikken over machtsinstrumenten. De voornaamste instrumenten waarover zij beschikken, zijn:

- schaarste aan arbeid;
- informatie-assymetrie betreffende zorgconsumptie en -ontwikkelingen: aanbieders hebben een informatievoorsprong;
- selectieve behandeling van verzekerden of het laten oplopen van wachtlijsten; dit is wel genoemd, maar komt in de cases niet voor;
- de band tussen verzekerden en zorgaanbieders is volgens de geïnterviewden sterker tussen dan tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Negatieve uitspraken door zorgprofessionals over de zorgverzekeraar zullen zijn imago schade berokkenen. Negatieve publiciteit in de media is een krachtig instrument. In de cases wordt aangegeven dat dit alleen voorkomt bij ernstige verstoring van de relatie.

In de praktijk blijken verzekeraars en zorgaanbieders hun machtsinstrumenten maar beperkt in te zetten. Van countervailing power is dus niet echt sprake. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- de beperkte onderhandelingsruimte in de regio: het belang is relatief gering.
- beperkte mogelijkheden om budgetten tussen regio's of binnen de regio te heralloceren. Daarnaast is de bereidheid van zorgverzekeraar om budgetten binnen de regio⁶ te heralloceren gering vanwege het gevaar van een negatief publiciteitsoffensief door de 'inleverende' instelling. Ook bij de verdeling van extra middelen is het instandhouden van evenwicht tussen de verschillende instellingen in beginsel een belangrijke uitgangspunt.

⁶ Herallocatie komt vooral voor wanneer de kwaliteit van de zorg onvoldoende blijkt. Verzekeraars grijpen sneller in bij individuele zorgverleners, zoals een huisarts dan bij een ziekenhuis. Dit laatste gebeurt dan door uitbreiding tegen te houden door middel van het advies van de regionale verzekeraar of door zorgvernieuwingsgelden elders te alloceren.

- de maatschappelijk visie van de marktleider en zijn focus op kwaliteit van de zorg in de regio op de langere termijn en de beperkte rol van de regiovertegenwoordiger die meer aandacht heeft voor kostenbeheersing.
- de afhankelijkheidsrelatie tussen de zorgverzekeraars en de zorginstellingen en in mindere mate tussen verzekeraars en individuele zorgverleners die ieder beschikken over een aantal machtsinstrumenten. Het is de dreiging die partijen verhindert teveel druk uit te oefenen.

Verzekeraars en aanbieders beschikken dus over instrumenten om marktmacht uit te oefenen maar gebruiken deze niet. Beiden zouden immers groot nadeel ondervinden van de inzet van deze instrumenten. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld huiverig voor herallocatie van budgetten binnen de regio ook op de langere termijn, vanwege het gevaar van een negatief publiciteitsoffensief door de 'inleverende' instelling. Ook bij de verdeling van extra middelen is het instandhouden van evenwicht tussen de verschillende instellingen vaak een belangrijke uitgangspunt. Bij een gebrek aan marktwerking en de beperkte mogelijkheden en belangen om inkoopmacht uit te oefenen, zijn zorgaanbieders en -verzekeraars aan de onderhandelingstafel tot samenwerking veroordeeld. In deze situatie kiezen partijen voor het nastreven van een goede verstandhouding. Als er al onderhandeld wordt, is dat over de kwaliteit van de gezondheidszorg en over zorginnovatie. Partijen hanteren hier een lange termijn visie. Hierin hebben zorgaanbieders en -verzekeraars eerder een gezamenlijk dan een tegenstrijdig belang. Goede samenwerking en uitwisseling van informatie biedt hiertoe het meeste kans op succes.

10.6 Marktresultaat

10.6.1 Technische efficiency

Dominante regionale ziekenfondsen beschikken over de informatie en de positie die nodig is om zorgaanbieders met hoge kosten hierop aan te spreken. De gesprekspartners in de cases gaven aan dat zij van deze mogelijkheid ook gebruik maken. Het eigen risicodragen voor de ziekenfondsverzekeringen bevat een zekere prikkel voor ziekenfondsen om te streven naar efficiency in de totale zorgkosten. Dit gaat vooral op wanneer ziekenfondsen dreigen te moeten interen op reserves als gevolg van tekorten. In de gesprekken komt naar voren dat kostenbeheersing een minder belangrijke rol speelt dan kwaliteit van de zorg, wachtlijstreductie en zorgvernieuwing. Bovendien is het vooral de regiovertegenwoordiger die oog heeft voor het realiseren van efficiency en kostenvermindering bij zorgaanbieders. Door zijn (vooralsnog) relatief bescheiden inbreng is kostenbeheersing niet een doorslaggevende factor.

Ook gezamenlijke zorginkoop levert kostenvoordelen op, aangezien zorgverzekeraars hierdoor niet zelf met alle zorgaanbieders hoeven te onderhandelen, wat een besparing op de *transactiekosten* oplevert.

Gezamenlijke zorginkoop leidt echter niet direct tot een besparing op de *zorgkosten*. Ziekenfondsen onderhandelen met individuele zorgaanbieders niet over de prijs maar over de productie en nemen de door het COTG-vastgestelde maximumprijs als gegeven. Efficiency-voordelen die zorgaanbieders genereren worden hierdoor niet doorgegeven aan het ziekenfonds, dat derhalve hier geen kostenvoordelen kan behalen. Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld de gezamenlijke inkoop van hulpmiddelen.

10.6.2 Allocatieve efficiency

Allocatie centraal gestuurd door politieke markt

Er is niet alleen weinig marktwerking vanwege de schaarste in het zorgaanbod, maar ook omdat de onderhandelingsruimte door de sterke regulering en budgettering klein is. We concluderen dat het niet veel uitmaakt of er sprake is van concentratie aan de vraag of aanbodzijde van de inkoopmarkt: de

onderhandelingsruimte en daarmee de allocatie van middelen ligt grotendeels vast. Wel kunnen machtige partijen via koepelorganisaties en commissies van institutionele organisaties invloed uitoefenen op de ontwikkeling en verdeling van de budgetten. Uit de casestudies leren we dat deze politieke markt niet onderschat moet worden. De wijze waarop gereguleerden en gebudgetteerden in deze politieke markt mede richting kunnen geven aan de invulling van de regulering en budgettering lijkt op voorhand de allocatieve efficiency niet te bevorderen. Deze analyse leidt tot een verdere belemmering van de allocatieve efficiency in de inkoopmarkt.

Allocatie van middelen in de regio

Voor de vraag of de efficiënte allocatie van het beperkte deel van de middelen waarover in de regio wel wordt onderhandeld, wordt beïnvloed door samenwerking en concentratie is een aantal aspecten van belang:

- herallocatie budgetten niet mogelijk of wenselijk
- de verhouding tussen marktleider en regiovertegenwoordiger
- non-concurrentiële inkoop
- zorgaanbieders onderhandelen soms gezamenlijk
- geen aanwending van countervailing power, maar samenwerking
- informatie-assymetrie

Herallocatie niet mogelijk of wenselijk

Het blijkt praktisch niet mogelijk of wenselijk om budgetten te heralloceren binnen of tussen regio's. Herallocatie kan de continuïteit van zorgaanbieders in gevaar brengen en dat is slechts allocatief efficiënt als het afbouwen van het project opweegt tegen de meerwaarde die het inzetten van het geld elders oplevert. Deze afweging wordt in de praktijk niet of niet systematisch gemaakt. Herallocatie komt dan ook haast niet voor en als er sprake van is het een lange termijn aangelegenheid (uitbreidingsinvesteringen bijvoorbeeld). Het ontbreken van mogelijkheden van herallocatie en van het belang hierbij draagt niet bij aan een efficiënte allocatie van middelen.

De verhouding tussen marktleider en regiovertegenwoordiger

De fusies van regionale zorgverzekeraars zijn gericht op behoud van de gestaag maar zeker afkalvende marktpositie in de regio. Uit de cases komt naar voren dat deze verzekeraars primair op kwaliteit en minder op kostenbeheersing onderhandelen. De positie van regionale marktleiders leidt tot een vooralsnog bescheiden rol van de overige verzekeraars met verzekerden in de regio. Deze verzekeraars hebben meer oog voor kostenbeheersing en schadelastbeheersing. Het feit dat deze samenwerken in de vorm van een regio-vertegenwoordiger geeft ze wel een sterkere positie dan wanneer ze afzonderlijk zouden optreden. Toch is hun rol vooralsnog gering en worden de onderhandelingen aan de vraagzijde bepaald door de marktleider. De regiovertegenwoordiger zou met zijn sterkere focus op kosten een efficiëntere allocatie van middelen kunnen realiseren. Door de relatief zwakke positie en geringere kennis over de regionale gezondheidszorg van de regiovertegenwoordiger ten opzichte van de marktleider blijkt uit de gesprekken dat hier vooralsnog weinig van terecht komt. De verwachting is wel dat de regiovertegenwoordiger door groei van zijn marktaandeel en doordat hij nu ook de ziekenfondsen vertegenwoordigt een sterkere positie moet kunnen verwerven. Hiermee zou in de allocatie van middelen een betere balans komen tussen kosten en kwaliteit.

Een complicatie hierbij is dat de regiovertegenwoordiger rekening moet houden met de soms uiteenlopende belangen van zijn achterban.

Non-concurrentieel inkopen

Het feit dat zorgverzekeraars niet afzonderlijk maar gezamenlijk onderhandelen en zodoende non-concurrentieel inkopen zorgt voor meer inkoopmacht, die overigens niet of beperkt wordt aangewend (zie verderop). De dreiging van deze inkoopmacht verschaft verzekeraars een sterkere positie. Ook

verschafft het de regiovertegenwoordiger formeel een positie in de verzekeraarsdelegatie, omdat het contract niet kan worden gesloten zonder dat hij akkoord gaat. Gesteld kan worden dat wanneer verzekeraars concurrentieel zouden gaan inkopen dat zorgaanbieders de verzekeraars tegen elkaar kunnen uitspelen. Anderzijds zou concurrentieel inkopen de regiovertegenwoordiger die een substantieel deel van de regionale markt vertegenwoordigt in principe de mogelijkheid bieden om het aspect van kostenbeheersing sterker aan te zetten in de onderhandelingen. Per saldo is het effect op de allocatieve efficiency onduidelijk.

Zorgaanbieders onderhandelen soms gezamenlijk

In de gesprekken kwam naar voren dat in sommige gevallen de verschillende zorgaanbieders gezamenlijke onderhandelingen voeren met de zorgverzekeraars. Door als collectief te onderhandelen nemen ze een deel van de allocatieve functie van verzekeraars over. Het is niet duidelijk hoe dit precies werkt en wat dit betekent voor de doelmatigheid. Verondersteld kan worden dat hiermee de allocatieve efficiency niet gediend wordt.

Geen countervailing power, maar samenwerking

De concentratietendens onder regionale verzekeraars leidt tot niet tot een sterkere marktpositie, maar zorgt er wel voor dat ze een relatief sterke positie behouden. Hierdoor bepalen ze nog steeds de onderhandelingen aan de verzekeraarszijde. Doordat verzekeraars gezamenlijk en dus non-concurrentieel inkopen, beschikken ze over countervailingpower ten opzichte van de zorgaanbieders in de vrije onderhandelingsruimte. Echter ook de zorgaanbieders hebben een sterke onderhandelingspositie. Zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders kiezen er voor hun marktmacht niet echt te gebruiken in de onderhandelingen en streven in plaats daarvan naar een goede verstandhouding. Partijen hanteren hier een lange termijn visie waarbij sprake is van een gezamenlijk belang bij kwalitatief goede zorg. Een effect van deze keuze is dat dit lage transactiekosten met zich meebrengt. Dit samenwerkingsmodel levert ook in de vrije onderhandelingsruimte geringe marktwerking op. Gegeven de bestaande context van een sterk gereguleerde inkoopmarkt en de marktstructuur is het samenwerkingsmodel een voor de hand liggend wijze van allocatie van middelen die binnen de kaders de meeste kans op succes biedt.

Informatie-assymetrie

Is het aannemelijk dat een afname van de informatie-asymmetrie door concentratie aan de vraagzijde tot een efficiëntere werking van de inkoopmarkt leidt? Op zich wel. Een grotere transparantie van de markt, stelt de vrager in staat om zijn vraag beter te articuleren. Naarmate de verzekeraar beter weet wat de werkelijke ontwikkelingen zijn in de zorgconsumptie in de regio, kan deze scherper inkopen. Als hij dit ook kan verzilveren in de onderhandelingen, zodat het aanbod zich hier ook naar richt, zal de consument uiteindelijk zijn behoefte beter kunnen bevredigen. Dit laatste is echter maar beperkt mogelijk, vanwege de beperkte onderhandelingsruimte die partijen hebben en de overwegingen die hierboven zijn vermeld. Op langere termijn zal het effect op de allocatieve efficiëntie duidelijker zichtbaar kunnen zijn. We hebben dit niet in de praktijk kunnen vaststellen.

Collectiviteiten

Het aandeel van de gemengde en traditionele collectieve zorgverzekeringen is behoorlijk toegenomen. Verwacht mag worden dat een sterkere positie van de vrager de allocatie ten goede komt. De concurrentie om collectieve contracten is scherper dan op de individuele markt. De buying power van werkgevers werkt door in lagere premies. Echter, omdat de inkooprijzen van zorg gereguleerd zijn, kunnen deze lagere prijzen alleen worden bereikt door 1) besparing op de uitvoeringskosten, 2) cross-subsidiëring door de individuele verzekerden en 3) gericht te acquireren op bedrijven met jonge gezonde werknemers en een snelle doorstroming. Wel kan het de druk vanuit verzekeraars op zorgaanbieders om de zorg efficiënter te organiseren doen opvoeren. Zoals hiervoor beschreven lenen

de verhoudingen in de regionale inkoopmarkt zich hier niet goed voor. Al met al gaat er vooralsnog weinig impact uit van collectieve verzekeringen op de allocatief efficiënte werking van de inkoopmarkt.

10.6.3 Dynamische efficiency

De regionale concentratie - oftewel het bestaan van regionale marktleiders - leidt tot een sterke focus op zorginnovatie en kwaliteit van de zorg in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders. We kunnen veronderstellen dat regionale concentratie aan de vraagzijde van de inkoopmarkt de dynamische efficiency ten goede komt. Er is overigens niet goed zicht op de werkelijke verbeteringen in kwaliteit en totstand gebrachte innovaties in de praktijk.

10.7 Toekomstige ontwikkelingen

De toekomsttrends in de zorgaanbieders en -verzekeraarsmarkt hebben ook repercussies voor de doelmatige werking van de inkoopmarkt. Een aantal veronderstellingen over deze gevolgen geven we puntsgewijs weer:

- *wet- en regelgeving.* Bepalend voor de toekomstige ontwikkeling van de doelmatigheid in de inkoopmarkt is de regelgeving en budgettering en in bredere zin het zorg- en zorgverzekeringstelsel.
- *verdergaande concentratie en samenwerking.* Ook in de toekomst zal concentratie en samenwerking geen grote invloed hebben op de (on)doelmatige werking van de inkoopmarkt, zolang de regelgeving en centrale vaststelling en allocatie van middelen het grootste deel van de onderhandelingsruimte blijft bepalen.
- *landelijke verzekeringsmarkt.* De gesprekspartners in het onderzoek verwachten dat de landelijke verzekeringsmarkt aan belang zal winnen. Dit heeft onder meer te maken met de regiobinding die steeds losser zou worden en de doorzettende groei van het marktaandeel voor collectieve verzekeringen, al dan niet als onderdeel van een all care pakket. Zal een deel van de inkoopmarkt zich verplaatsen van de regio naar het landelijke niveau (of zelfs Europees als het om zeer specialistische behandelingen gaat)? Wie participeren dan in die landelijke inkoopmarkt en wat zullen de onderlinge verhoudingen zijn?
- *Dominantie regionale verzekeraars neemt af.* Onze gesprekspartners verwachten dat de positie van regionale verzekeraars in de regio verder afneemt. Dit biedt kansen voor de overige verzekeraars om - via de regiovertegenwoordiger - een grotere stempel te drukken op de onderhandelingen, met mogelijk een sterker accent op kostenbeheersing. Of biedt dit juist mogelijkheden voor zorgaanbieders om verzekeraars dan uit elkaar te spelen?
- *collectiviteiten en all care.* De groeiverwachting van collectieve verzekeringen en all care versterkt de vraagzijde van de verzekeringsmarkt. Deze buying power van werkgevers zal doorwerken in lagere premies. Dit zet verzekeraars onder druk om scherper te onderhandelen. Voorzover de inkooprijzen van zorg echter gereguleerd zijn, kunnen deze lagere prijzen alleen worden bereikt door 1) besparing op de uitvoeringskosten, 2) cross-subsidiëring door de individuele verzekerden en 3) gericht te acquireren op bedrijven met jonge gezonde werknemers en een snelle doorstroming.
- *private inkoopmarkt.* De verwachting is dat de private gezondheidszorg in de toekomst een belangrijker onderdeel wordt van de gezondheidszorg. Dit zal leiden tot meer, (private) onderhandelingsruimte die door verzekeraars en zorgaanbieders zelf kan worden ingevuld, met minder wettelijke beperkingen.
- *mededinging.* De mededingingswetgeving zal in de toekomst veranderingen in de inkoopmarkt teweeg kunnen brengen. Zeker wanneer het samenwerkingsmodel in de regio en de collectieve onderhandelingen over de inkoop ter discussie wordt gesteld. Wat dit betekent voor de doelmatige werking van de inkoopmarkt is onduidelijk. Wel leert deze analyse dat concentratie en samenwerking niet veel impact heeft op mededinging omdat de inkoopmarkt zo gereguleerd is en geen sprake is van concurrentie.

- *zorgketen*. De verwachting dat zorgketens en managed care een belangrijke rol gaat spelen in de toekomst, grijpt sterk in op de inkoopmarkt als verzekeraars ook onderdeel uitgaan maken van die keten. Immers, dan verdwijnen vragers en aanbieders op de inkoopmarkt onder één paraplu en dit maakt het begrip ‘countervailing power’ nog minder relevant dan het nu al is. Ook als verzekeraars er geen deel van uit maken, dan verstevigen aanbieders hun positie op de regionale inkoopmarkt en zal mogelijkwerwijs een deel van de functie van verzekeraars in de allocatie van middelen naar de verschillende zorgaanbieders door deze ketens worden overgenomen.

Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur

- Algra, W., Met drie instellingen bij elkaar waren we trendsetter, *Zorgvisie*, 11:10-13, 16-8-1996.
- Ankoné, A., Domeinoorlogen door overheidsregels en financiering, *Medisch Contact*, 53:19:653-655, 1998.
- Ankoné, A., Geen evolutie maar revolutie, *Medisch Contact*, 51:245-246, 23-2-1996.
- Ankoné, A., Toekomstig ziekenhuis vraagt medeverantwoordelijke specialist, *Zorgvisie*, 8:26-29, 20-6-1997.
- Arend, I.J.M. van den; Pijman, P.L.W.; Kruger, P.P., GlycoCare 7,5 brengt structuur in de diabeteszorg, *Medisch Contact*, 53:1372-1374, 1998.
- Axa; Generali; Goudse verzekeringen; Royal Nederland; Zwolsche Algemene, *Concurrentie in de uitvoering van werknemersverzekeringen en pensioenen*, 1998.
- Bazzoli, G.J.; Shortell, M.; Dubbs, N.; Chan, Ch.; Kralovec, P., A Taxonomy of Health Networks and Systems; Bringing Order Out of Chaos, *Health Services Research*, 33:1683-1717, 1999.
- Boer, N. de, Eén sterf voor de hele sector, *Mentaal*, 1-2:9-11, 1996.
- Boon, L., Ontwikkelingen in de gezondheidszorg - Zorg en Toekomst, Stichting SYMPOZ, Amstelveen, 1998
- Borghuis, T.; Jong, J. de, Model maakt veranderingsprocessen beheersbaar, *Zorg & Ondernemen*, 2:16-18, 1999.
- Borghuis, T.L., Juridische samenwerkingsvormen in de ouderenzorg, *Handboek Management en Beleid van ouderenzorg*, 2156:1-15, 1999.
- Borghuis-Lub, T.L.; Lapré, R.M., *STG - Een kwartet bestuurlijke scenario's. Belanghebbende partijen aan het woord*, Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg Zoermeer, , .
- Boyer, M., Juridisch aspecten van samenwerking belicht, *Zorg & Ondernemen*, 8:14-15, 1996.
- Claessens, B., In de zorgsector waait een andere wind, *HMF*, 5:10-12, 1999.
- Crul, V.M.; Otten, R., Een tobberige bedrijfstak: interview met Herman Wijffels en Rob Scheerder, *Medisch Contact*, , .
- Dalen, E.J. van; Huijsman, R., Transmurale netwerken in opmars, *Gezondheidszorg & Management*, 6:20-23, 1996.
- Enserink, M., Nieuw CVA-model brengt hele zorgketen in beweging, *Zorg & welzijn*, december 98:8-11, 1998.
- Faas, M., Een stimulans voor de ontwikkeling van transmurale zorg, *NZi notities*, 53:16-17, 1996.
- Gaynor, M., Haas-Wilson, D., Change, Consolidation, and Competition in Healthcare markets, *Journal of Economic Perspectives*, 13, number 1, winter 1999, 165-180
- Geenen, R. van, Naar kanteling naar ketenvorming, *Zorgvisie*, 4:42-44, 1996.
- Gemert, G.V.M. van, Besturingsvraagstukken in het GGZ-netwerk in Utrecht, *ZM Magazine*, 9:6-9, 1997.
- Grinten, T.E.D. van der, Transmurale zorg, *Gezondheidszorg & Management*, 4:7-9, 1997.
- Gunning-Schepers, L., Nawoord, *Openbare Uitgaven*, , ., 1997.
- Hartog, M. den ; Janssen, R.T.J.M.; Kennis, J.N.C., De dynamiek van de ziekenhuiswereld in kaart gebracht, *ZM magazine*, 5:12-15, 1998.
- Hassink, W.H.J., Is er concurrentie tussen ziekenfondsen?, *ESB*, 4163:616-619, 1998.
- Hoek, H., Concerns inde gezondheidszorg, *ZM Magazine*, 1:12-18, 1996.
- Homans, C.F.; Glaser, J.P., *Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging*, Hoeksma, Homans en Menting, Enschede, 1993.
- Huijsman, R., Integratie in de thuiszorg; vijf jaar fusies tussen gezinsverzorging en kruiswerk, *Gezondheidszorg en Management*, 7/8, 1995.

- Huijsman, R.; Hemert, D. van; Methorst, J.; Wieman, A., Bindmiddel tussen uiteenlopende belangen, *Zorg & Ondernemen*, 8:21-23, 1999.
- Idenburg, P., Transmuralisering & netwerkvorming - een tussenstand, *ZorgVisie*, 4:7-10, 1996.
- Janssen, R.T.M.; Leers, T.; Meijdam, A.C.; Verbon, H.A.A.; Leers, T.; Meijdam, A.C.; Verbon, H.A.A., Centrale tarieven te veel zorg, *ESB*, :224-228, 1998.
- Kahn, Ph.S., Veranderende verhoudingen tussen verzekeraar-ziekenhuis-medisch specialist door wetsvoorstel Integratie medisch-specialistische zorg, *SFB*, 45:67-86, 1999.
- Kam, de C.A.; Sterks, C.G.M.; Haan de, J., *Marktwerving en coördinatie in de sociale zekereheid, preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor Staatshuishoudkunde*, 1996.
- Kesteloot, K.; Vanderstappen, R.; Carchon, D., Samenwerking tussen ziekenhuizen: enkele theoretische beschouwingen, *Acta Hospitalia*, januari 96:5-18, 1996.
- Kindermans, G., 70% van allianties mislukt, *Elan*, april 98:34-36, 1998.
- Kok, W, et al., *Kabinetsformatie 1998*, SDU Uitgevers, Den Haag, 1998.
- Koning, C.; Nies, H.; Timmer, F., *Samenwerkingsverbanden tussen verpleeg- en verzorgingshuizen*, NZi, Utrecht, 1996.
- Koning, P.C.J. de ;Vries, P.G. de, Ketenvorming; samen de schouders eronder, *ZM Magazine*, 5:16-21, 1998.
- Können, E.E., Onderhandelen en contracteren tussen zorgaanbieders onderling, *Handboek Onderhandelen en contracteren in de zorg*, II:129-150, 1998.
- Kwartel, A.J.J. van der; Vandermeulen, L.J.R.; Delnoij, D.M.J.; Harmsen, J., *Brancherapport Verpleging en Verzorging*, NZi/NIVEL, Utrecht, 1994.
- Lapré, L., Rutten, F., en Schut, E., Algemeen economie van de gezondheidszorg, Elsevier .De Tijdstroom, 1999
- Lokin, M.A.H.F., Opereren op de markt, *ZM magazine*, 5:2-11, 1997.
- Loo, M. van der, *Samen werken aan zorg*, Stichting ZVZ, Nijmegen, 1999.
- Lugt, P.E. van der; Huijsman, R. , *Fusiemanagement in de gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht, 1995.
- Landelijke Vereniging Thuiszorg, Jaarverlag LVT 1998, 1999.
- Ministerie van Economische zaken, *Het ziekenhuis ontketend*, 1995.
- Ministerie van Economische zaken, *Stand van zaken Ziekenhuiszorg*, 1998.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Ministerie van Economische zaken, *Mededinging in de gezondheidszorg*, 1997.
- Ministerie van Economische zaken, *Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg*, 1997.
- Ministerie van VWS, *Jaaroverzicht Zorg 1999*, Sdu Uitgevers, Den Haag, 1999.
- Ministerie van VWS, *Verkenningen ouderenzorg 1995-2010*, Rijswijk, 1997
- Moen, J.; de Roo, A.A., Het samenspel tussen specialisten en ziekenhuis: co-makership, *Medisch Contact*, juli 97:871-873, 1997.
- Montfort, A.P.W.P. van, Ontzuiling van de ouderenzorg, *ZM Magazine*, 12:6-9 + 28, 1996.
- Mur-Veeman, I.; Raak, A. van; Jongerius-de Gier, G., *Samen gaan om sterk te staan*, Vakgroep Beleidswetenschap Maastricht, Maastricht, 1995.
- Nelissen-Hanssen, A.M.L.M.; van den Dungen-Schröder, H.M.A.J., Toelating, dienstverband of....samenwerking?, *Medisch Contact*, 51:405-407, 1996.
- Nijenhuis, H., Voortgang in modernisering curatieve zorg, *VWS bulletin*, januari 98:19-20, 1998.
- Nutma, A.; Koopman, B.J.S.; Alphen, A.C. van, Het ontstaan van een Medisch Coördinerend Centrum, *ZM Magazine*, 6:18-21, 1998.
- NZF, *Gezondheidszorg in Tel 5*, NZF, 1997
- Palmen, F.M.L.H.G., De "geïntegreerde specialist" vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaar, *Medisch Contact*, 51:155-157, 1996.
- Persoon, A.; Francke, A.; Temmink, D.; Kerkstra, A., Doorbroken Muren, Transmurale zorg in nederland, *Medisch Contact*, 10:309, .

- Peters, R., Transmurale zorg Velsen, *Medisch Contact*, 50:1620, .
- Ploeg van der, R., Concurrentie in de zorg:kansen en bedreigingen, *Medisch Contact*, 23:723-724, 1997.
- Rooijen, M. van, Pionieren in de polder, *Psy*, 8:23-25, .
- Rozendal, M., Honderdveertien weten meer dan één, *Denkbeeld*, april 98:20-22, 1998.
- Salemink, G., Zorgverzekeraar en kwaliteit van zorg, *Q*, 97:31-37, 1997.
- Schut, F.T., *Marktwerving en mededingingsbeleid in de gezondheidszorg*, 1997/1998
- Schut, F.T., Concurrentie op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen; een economisch historische bedrijfstakanalyse, *Het verzekeringsarchief*, 72:95-103, 1995.
- Schut, F.T., Schipperen tussen plan en markt, *ESB-Dossier De zorg ontregeld*, D16-D20, 1-7-1999
- Seysener, M., Laveren langs weerbarstige wetten en regels, *Zorgvisie*, 10:26-28,
- Sieh, M., Samenwerking thuiszorg-verzorgingshuis:logisch maar lastig, *Zorg en Ondernemen*, 8:16-18, 1996.
- Speld, G. van der, Samenwerking over de muren, *NZi*, 54:11, 1996.
- Spieker, P., Juiste zorg op de juiste plaats, *Magazine voor de verpleging*, augustus 98:38-41, 1998.
- Spinhoven, M., Uitgebreide voorzieningen in TBS-kliniek, *Zorginstellingen*, 1:14-16, 1998.
- Tweede Kamer, Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg, 26517-1, 1998-1999.
- Urlings, M.J., Ziekenhuis terug in de maatschappij - verzekeraar positieve aanjager, *ZM magazine*, 12, 1998.
- Urlings, M.J., Zorg is meer dan technisch verlangen, *ZM Magazine*, 12:19-21, 1998.
- Venema, F.J., Farmaceutische verzorging verpleeg-en verzorgingshuizen vraagt samenwerking,geen concurrentie, *Pharmaceutisch Weekblad*, 18:378-380, 1997.
- Vlaanderen, C. van, Product-en procesgericht sturen in een regionaal samenwerkend 'zorgnetwerk', *Handboek sturen met zorgproducten*, 5:3-28, 1999.
- Vlaming, I., De patient is koning, *Medisch Contact*, 53:1658-1662, 1998.
- Vliegenthart, M., *Toespraak over samenwerkingsverband Thuiszorg Aanbieders Zuid-Nederland*, -, :, 1999.
- Vries, B. de, *Ketenzorg en Zorgconcerns*, TIAS, scriptie, Den Dolder, 1999.
- Welling, B.J.M.; Kwartel A.J.J. van der; et al., *Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998*, NIVEL/NZi, Utrecht, 1998.
- Wieringa, G.J.; Munsterman, D.K., Ziekenhuisverplaatste zorg: kansen voor zorgintegratie, *ZM Magazine*, 4:4-9, 1997.
- Wiersema, I., Onderzoek nodig naar effect samenwerking, *Health Management Forum*, 5:34-37, 1999.
- Woon Zorg Fedaratie, *Verzorgshuizen, vernieuwend vermogen*, 1997.
- Woon Zorg Federatie, *Jaarverslag van de Woon Zorg Federatie 1998*, 1999.
- Zemelink, H.W.; Leent,C.A.M. van; Luyendijk, J.S.; Hoogenhuijze, J. van, Diabetespatienten instellen op insuline kan ook in de eerste lijn, *Medisch Contact*, 49:1579-1581, 1998.
- Ziekenfondsraad, *Doelmatigheid van de zorg: Gewikt en gewogen*, 1999.
- Zijlstra, T., Zorgvernieuwing is een kwestie van edel sjoemelen, *Zorgvisie*, 29:25-27, 1999.
- Zorgverzekeraars Nederland, Persbericht: Zorgverzekeraars gaan ieder haar 42 miljoen gulden in zorg investeren, 1999.
- Zorgverzekeraars Nederland, *Wie met Wie?*, 1995.

Bijlage 2 Gesprekspartners

Gesprekspartners inventarisatie

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| ▪ de heer H. Hammega | - deskundige |
| ▪ de heer N. de Jong | - Zorgverzekeraars Nederland |
| ▪ de heer M.W.L. Hoppenbrouwers | - Zorgverzekeraars Nederland |
| ▪ de heer V. Verrijp | - LVT |
| ▪ de heer R.N. van der Plank | - VNO-NCW |
| ▪ de heer W.T.J. van de Werd | - AXA |
| ▪ de heer F.B.M. Sanders | - OMS |
| ▪ de heer A.A. De Roo | - NVVZ |
| ▪ de heer E. Schut | - Erasmus Universiteit |
| ▪ leden van de IBO-werkgroep | |

Gesprekspartners casestudies

Zorgverzekeraar CZ en verzekeraar Interpolis

- | | |
|------------------------------|---|
| ▪ mevrouw M. Schellekens | - directeur Compaan, een gezamenlijk bedrijf gericht op preventie en reïntegratie |
| ▪ de heer R.P.M. Coninckx | - verantwoordelijk bij Interpolis voor relatie met CZ |
| ▪ de heer M.C.P.M. Scheepers | - directie CZ |
| ▪ de heer L.C.A. Bernts | - CZ onderhandelaar |

Zorgverzekeraar De Friesland

- | | |
|--------------------------|---|
| ▪ de heer J.H.A. Möller | - voorzitter Raad van Bestuur |
| ▪ de heer G.H. Mellema | - verantwoordelijke voor productieafspraken |
| ▪ de heer J.H. Oudmaijer | - verantwoordelijke voor productinnovatie |

Zorgaanbieders regio Friesland

- | | |
|----------------------------|---|
| ▪ de heer W.J.G. Blaauw | - alg. Directeur Zorggroep Noorderbreedte |
| ▪ de heer J. Oosterbaan | - HEAD, Zorggroep Noorderbreedte |
| ▪ de heer Y. Smeding | - Stichting Palet |
| ▪ mevrouw M. van Jaarsveld | - Stichting Palet |

Zorgaanbieders regio Delft en Westland

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| ▪ de heer C.H. Liefvering | - Reinier de Graaf Groep |
| ▪ de heer W.S. Bijl | - DSW Verzekeringen |
| ▪ mevrouw S.B.A.M. Hol | - DSW Verzekeringen |

Zorgaanbieders regio Gorinchem

- | | |
|-----------------------|---|
| ▪ de heer J.P. Jacobs | - adjunct directeur zorgverzekeraar Trias |
| ▪ de heer T. Stam | - accountmanager zorgverzekeraar Trias |
| ▪ de heer E. Gaal | - manager DIA, RIVAS Zorggroep |

Naast de gesprekken in het kader van de casestudies, is er een gesprek geweest met Willeke de Bruin en Bert van Helden van Zorgverzekeraars Nederland over zorgcontractering.

Deelnemers Ervariumsessie

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ▪ de heer N. de Jong | - Zorgverzekeraars Nederland |
| ▪ de heer M.C.P.M. Scheepers | - CZ |
| ▪ de heer R.N. van der Plank | - VNO-NCW |
| ▪ de heer A.A. de Roo | - NVVZ |
| ▪ de heer H.J.T. Vermeulen | - Orde van Medisch Specialisten |
| ▪ de heer C.H. Lieffering | - Reinier de Graaf Groep |
| ▪ de heer W.J.G. Blaauw | - Zorggroep Noorderbreedte |
| ▪ de heer E. Gaal | - Rivas Zorggroep |
| ▪ de heer R.M. van Hof | - Nationale Nederlanden |
| ▪ de heer J.G.T. Boelema | - CTU |
| ▪ mevrouw M.R. Redel | - COTG |

Bijlage 3 Selectie en beschrijving cases

In overleg met de IBO-werkgroep zijn uit een shortlist de volgende cases geselecteerd:

De cases aan de aanbiederskant zijn⁷:

1. de Gorinchemse regio
2. de regio Friesland
3. de regio Delft en Westland

Voor de cases aan de zorgverzekeraarszijde selecteerden we in overleg met de werkgroep:

4. De Friesland
5. CZ/Interpolis

De **Gorinchemse regio** is ten aanzien van ketenvorming trendsetend in Nederland. De Rivas zorggroep in Gorinchem is een transmuraal zorgcentrum waarin zijn gefuseerd de Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem (het Beatrix ziekenhuis in Gorinchem, een buitenpoli in Leerdam en twee verpleeghuizen), de thuiszorginstelling Waardse Rading en de Stichting Heerewaerden, een groep verzorgingshuizen. De Rivas Zorggroep werkt in de regio's Alblasserwaard en Vijfheerenlanden, een gebied met circa 150.000 inwoners. De Rivasgroep is in zijn huidige vorm sinds 1 januari 1999 operationeel, maar voorlopers van de Rivas Zorggroep zijn dat al veel langer.

In de regio **Friesland** is (in de periode van 1972 tot en met 1998) rondom Leeuwarden het merendeel van de zorgaanbieders gefuseerd tot de Zorggroep Noorderbreedte (fusie op de van ziekenhuizen tot het medisch centrum Leeuwarden, diverse verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg). Er is daar in een landelijk gebied één instelling ontstaan op 13 locaties met ruim 4000 medewerkers en een omzet van meer dan f 400 miljoen gulden. De Zorggroep Noorderbreedte is ontwikkeld op basis van de ketengedachte.

Gegevens over het aantal instellingen per WZV-regio die in het kader van dit onderzoek zijn opgesteld, tonen aan dat in de regio **Delft en Westland** zowel in de curesector alsook in de caresector relatief ten opzichte van andere regio's weinig aanbieders aanwezig zijn respectievelijk 1 ziekenhuis, vier verpleeghuizen en 19 verzorgingshuizen. Deze regio is met name interessant om te kijken in hoeverre een beperkte keuzevrijheid van zorgconsumenten vanwege een regionale marktstructuur met weinig verschillende aanbieders invloed heeft op het marktgedrag en het marktresultaat.

De Friesland zorgverzekeraar is een grote zorgverzekeraar in de regio die zowel ziekenfonds als particuliere verzekeringen aanbiedt. Deze zorgverzekeraar wordt aan de andere kant geconfronteerd met één grote zorgaanbieder. In deze case kunnen we bestuderen wat de effecten zijn op het zorgaanbod wanneer er sprake is van een grote vrager en een grote aanbieder en wat de invloed van de andere verzekeraars in dat geval is.

CZ/Interpolis is een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen ziekenfonds en particuliere verzekeraar waarbij ook andere verzekeringsproducten en sociale zekerheid worden aangeboden. Interpolis en CZ participeren samen met Cadans in Compaan, een reïntegratiebedrijf voor zieke werknemers waarbinnen CZ de rol van zorgbemiddelaar op zich neemt.

⁷ In deze cases is ook met regionale verzekeraars gesproken.

Bijlage 4 Methodiek Ervarium

GroupVision™

GroupVision™ is de door KPMG ontwikkelde aanpak om met groepen van 8 tot 400 deelnemers gezamenlijk te werken aan echt relevante strategievraagstukken. Voorbeelden zijn: brainstormen over nieuwe marktontwikkelingen, het samen opbouwen van een toekomstvisie, het nemen van belangrijke besluiten en draagvlak opbouwen voor strategische verandering. Deze vraagstukken worden middels GroupVision™ op effectieve en efficiënte wijze gestructureerd en begeleid.

De GroupVision™-methode combineert dialoog, discussie en groepswerk met een Elektronisch Vergader Systeem (EVS). Het EVS zorgt ervoor dat alle deelnemers anoniem ideeën met elkaar kunnen uitwisselen, samen visies kunnen bouwen en kunnen stemmen over stellingen. De ideeën en resultaten worden simultaan via het EVS aan de deelnemers kenbaar gemaakt. De nadruk komt dan te liggen op de boodschap in plaats van op de boodschapper. De ideeën kunnen worden beoordeeld op hun inhoud in plaats van op de afzender. Door de afwisselende discussie en groepswerk worden de uitkomsten verdiept en geleidelijk consensus opgebouwd.

GroupVision™ maakt het mogelijk om tijdens de werkconferentie meer diepgang in minder tijd te bereiken. Voorwaarde zijn betrokkenheid van de projectleiders en een zorgvuldige voorbereiding met u. In de voorbereiding worden de belangrijkste onderwerpen geïdentificeerd. Deze worden vervolgens vertaald naar scherp geformuleerde vragen en er wordt een design gemaakt voor de bijeenkomst. Een GroupVision™ werkconferentie is qua ontwerp en uitvoering altijd een samenspel tussen inhoud, proces en technologie.

Voordelen van GroupVision™

Specifieke voordelen van GroupVision™ zijn:

Erkenning, herkenning en dialoog

De deelnemers uit verschillende afdelingen en organisaties kunnen hun meningen en ideeën vrijelijk uiten. Ze herkennen deze terug en worden geconfronteerd met die van andere participanten. Zo ontstaat kennisuitwisseling, dialoog en een basis voor een gemeenschappelijk kader.

Rijkdom en verscheidenheid

De elektronische ondersteuning maakt het mogelijk een zeer groot aantal, heel verschillende ideeën in korte tijd te bedenken en te delen in samenhangende clusters.

Anonimiteit

De ideeën van deelnemers zijn anoniem. Dit nodigt uit om in vrijheid te denken. Op zijn beurt leidt dit weer tot minder noodzaak tot voor verborgen agenda's, grotere creativiteit en de opbouw van een groter vertrouwen.

Directe beschikbaarheid van de ideeën

Al tijdens de bijeenkomst zijn de uitgewerkte ideeën voor alle deelnemers beschikbaar op zowel papier als op diskette.

De ervaring van KPMG in vele sessies leert dat GroupVision™ bij een bijeenkomst het meeste rendement oplevert wanneer de technologie wordt gecombineerd met werkvormen en technieken die de interactie en dialoog tussen de deelnemers bevorderen en die vragen om vernieuwend denken. Voorbeelden zijn dialogue, groepswork of creativiteitstechniek.

Bijlage 5 Aantal algemene en academische ziekenhuizen, ziekenhuisbedden, specialisten per WZV-regio 1990-1998

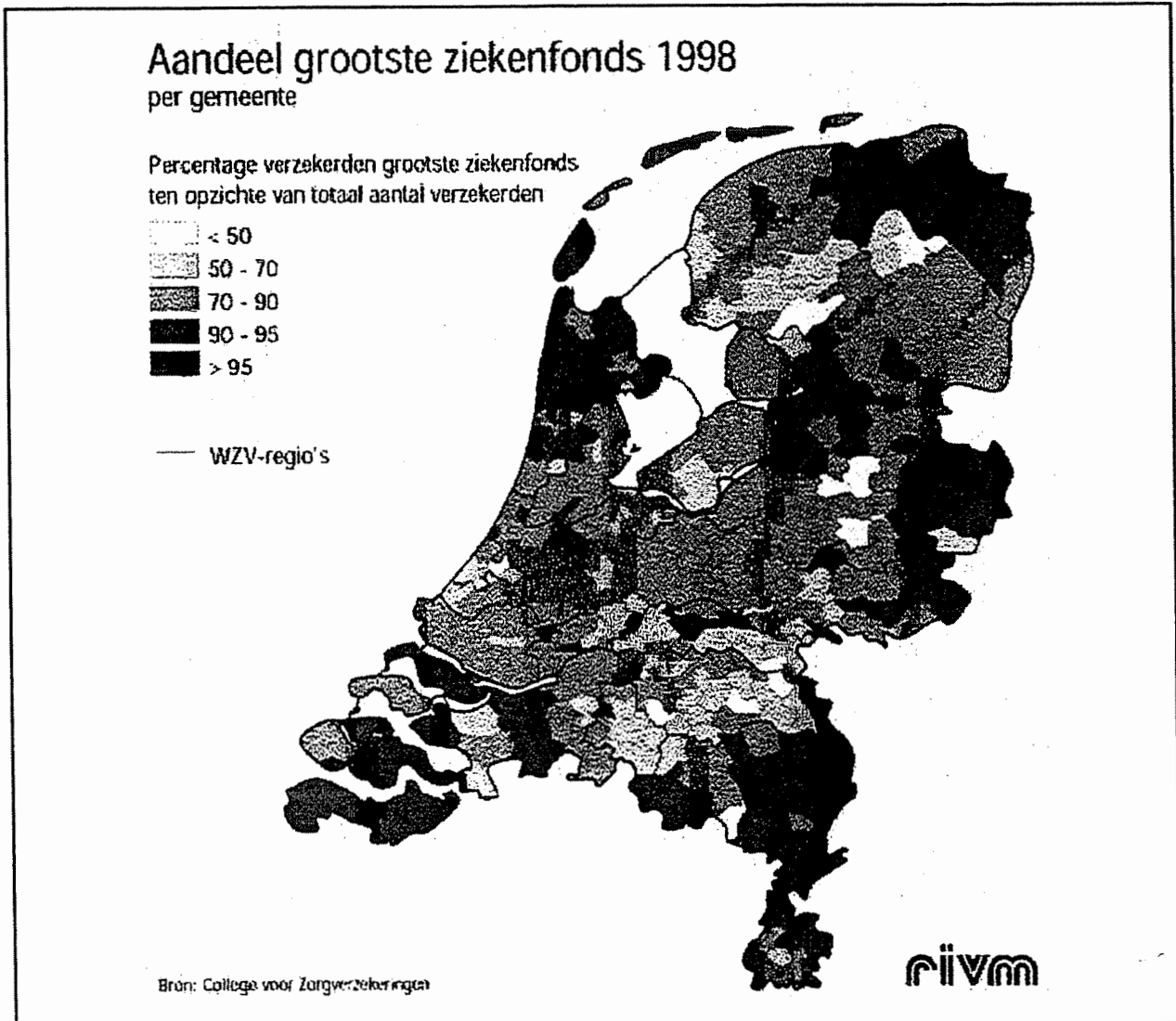
WZV nr	WZV naam	aantal zkh 1998	aantal zkh 1990	verschil 1990-1998	zkh-bedden 1998	zkh-bedden 1990	percentueel verschil 1990-1998	FTE spec. werkzaam in zkh 1998
1	Groningen	5	6	-1	2631	2652	-1%	285
2	Friesland	5	6	-1	2125	2209	-4%	199
3	Drenthe	4	4	0	1299	1333	-3%	127
4	Zwolle	4	5	-1	1665	1834	-9%	193
5	Twente	3	3	0	2115	2314	-9%	210
6	Steden-driehoek	3	3	0	1514	1726	-12%	161
7	Arnhem	6	6	0	2695	3238	-17%	272
8	Nijmegen	3	3	0	1979	2084	-5%	229
9	Utrecht	10	13	-3	4137	4762	-13%	464
10	Flevoland	2	2	0	636	413	54%	77
11	Het Gooi	2	2	0	945	1320	-28%	101
12	Alkmaar	3	3	0	1777	1747	2%	183
13	Kennemerland	3	6	-3	1840	1959	-6%	187
14	Amsterdam	9	13	-4	4858	5926	-18%	575
15	Leiden	3	4	-1	1651	1724	-4%	184
16	's-Gravenhage	5	7	-2	2551	3042	-16%	243
17	Delft en Westland	1	1	0	950	761	25%	71
18	Midden-Holland	1	2	-1	643	690	-7%	62
19	Rijnmond	11	12	-1	4910	5422	-9%	477
20	Dordrecht	3	4	-1	1408	1666	-15%	138
21	Zeeland	3	3	0	1195	1273	-6%	117
22	Breda	5	6	-1	2127	2303	-8%	209
23	Tilburg	2	3	-1	1249	1264	-1%	130
24	's-Hertogenbosch	5	6	-1	1924	2066	-7%	191
25	Eindhoven	5	5	0	2458	2573	-4%	240
26	Noord-Limburg	3	3	0	1466	1648	-11%	148
27	Zuid-Limburg	3	5	-2	2595	2998	-13%	261
	Totaal	112	136	-24	55343	60947	-9%	5.735

Bron: NZi 1990 en 1998, Instellingen van intramurale gezondheidszorg; JOZ 1999, Ministerie van VWS

Bijlage 6a Aandelen zorgverzekeraars in de regio



Bijlage 6b Aandelen zorgverzekeraars in de regio



Bijlage 7 Verpleeghuizen per WZV gebied

WZV nr	WZV naam	Aantal verpleeghuizen 1998 (VWS)	Aantal verpleeghuizen 1990 (NZi)	Verschil aantal verpleeghuizen 1990-1998	Aantal somatische bedden 1998 (VWS)	Aantal somatische bedden 1990(NZi)	verandering aantal somatische bedden 1990-1998
1	Groningen	13	13	0	1063	992	7%
2	Friesland	15	15	0	1141	1249	-9%
3	Drenthe	10	10	0	670	640	4%
4	Zwolle	8	6	2	688	509	26%
5	Twente	10	11	-1	1026	1042	-2%
6	Stedendriehoek	12	12	0	984	930	5%
7	Arnhem	16	16	0	1207	1292	-7%
8	Nijmegen	9	10	-1	751	826	-10%
9	Utrecht	25	25	0	1659	1744	-5%
10	Flevoland	4	2	2	215	90	58%
11	Het Gooi	7	8	-1	452	552	-22%
12	Alkmaar	9	9	0	745	741	1%
13	Kennemerland	10	8	2	789	943	-20%
14	Amsterdam	24	24	0	2436	2621	-8%
15	Leiden	11	11	0	791	885	-12%
16	's-Gravenhage	24	25	-1	1790	2097	-17%
17	Delft en Westland	5	5	0	332	332	0%
18	Midden-Holland	4	2	2	344	220	36%
19	Rijnmond	28	25	3	2375	2537	-7%
20	Dordrecht	7	7	0	534	495	7%
21	Zeeland	10	10	0	716	673	6%
22	Breda	13	11	2	999	906	9%
23	Tilburg	9	8	1	565	580	-3%
24	s-Hertogenbosch	15	18	-3	1064	1102	-4%
25	Eindhoven	12	13	-1	1236	1233	0%
26	Noord-Limburg	6	8	-2	708	645	9%
27	Zuid-Limburg	15	13	2	1252	1225	2%
	Totaal	331	325	6	26532	27101	-2%

WZV nr	WZV naam	Aantal psycho- geriatrische bedden 1998 (VWS)	Aantal psycho- geriatrische bedden 1990 (NZi)	verandering aantal psycho- geriatrische bedden 1990-1998	Totaal aantal bedden 1998 (VWS)	Totaal aantal bedden 1990 (NZi)	verandering totaal aantal bedden 1990-1998
1	Groningen	1131	1010	12%	2194	2002	10%
2	Friesland	1274	1087	17%	2415	2336	3%
3	Drenthe	1003	792	27%	1673	1432	17%
4	Zwolle	664	509	30%	1352	1018	33%
5	Twente	1296	830	56%	2322	1872	24%
6	Stedendriehoek	1279	1304	-2%	2263	2234	1%
7	Arnhem	1363	1297	5%	2570	2589	-1%
8	Nijmegen	805	655	23%	1556	1481	5%
9	Utrecht	2142	1726	24%	3801	3470	10%
10	Flevoland	245	60	308%	460	150	207%
11	Het Gooi	734	626	17%	1186	1178	1%
12	Alkmaar	805	589	37%	1550	1330	17%
13	Kennemerland	718	526	37%	1507	1469	3%
14	Amsterdam	2563	2051	25%	4999	4672	7%
15	Leiden	1003	868	16%	1794	1753	2%
16	's-Gravenhage	2077	1901	9%	3867	3998	-3%
17	Delft en Westland	641	606	6%	973	938	4%
18	Midden-Holland	392	210	87%	736	430	71%
19	Rijnmond	2824	2050	38%	5199	4587	13%
20	Dordrecht	682	486	40%	1216	981	24%
21	Zeeland	847	730	16%	1563	1403	11%
22	Breda	989	671	47%	1988	1577	26%
23	Tilburg	656	298	120%	1221	878	39%
24	s- Hertogenbosch	983	750	31%	2047	1852	11%
25	Eindhoven	901	749	20%	2137	1982	8%
26	Noord-Limburg	838	656	28%	1546	1301	19%
27	Zuid-Limburg	1451	1041	39%	2703	2266	19%
	Totaal	30306	24078	26%	56838	51179	11%

Bron: Nzi (1990, 1998), Instellingen van intramurale gezondheidszorg

