



Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen

Tussenrapportage



Over de Monitor Financiële Sector

De Monitor Financiële Sector (MFS) is een onderdeel van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). MFS voert studies uit in de Nederlandse financiële sector naar de mate van en de ontwikkelingen in concurrentie.



Managementsamenvatting

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is er sprake van gereguleerde marktwerking in de zorg. Een belangrijke doelstelling van de Zvw is om via meer concurrentieprikkels een efficiëntere zorgverlening te creëren. Zorgverzekeraars hebben hierin een belangrijke regisseursrol gekregen. Door concurrentie tussen zorgverzekeraars om verzekerden worden zij gestimuleerd zelf efficiënter te worden, en doelmatige zorg van goede kwaliteit in te kopen. Meer concurrentie tussen zorgverzekeraars vergroot dus ook de efficiëntie en geleverde kwaliteit van zorgaanbieders. In vergelijking met andere markten is de zorgverzekeringsmarkt sterk gereguleerd. Wet- en regelgeving, die er vaak om goede redenen is, beperkt het doen en laten van zorgverzekeraars. En daarmee ook de mogelijkheden om te concurreren.

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) is een studie gestart die tot doel heeft meer inzicht te krijgen in de werking van de zorgverzekeringsmarkt en, waar mogelijk, aanbevelingen te doen ter versterking van de concurrentie. Deze rapportage beschrijft de resultaten van een eerste analyse. Op basis van deze analyse zijn relevante onderwerpen voor vervolgonderzoek geïdentificeerd. Het vervolgonderzoek heeft tot doel tot concrete aanbevelingen te komen ter versterking van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Zorgverzekeraars hebben ruimte om te concurreren maar benutten die momenteel onvoldoende

Gupta Strategists (Gupta) heeft, in opdracht van ACM, in kaart gebracht welke mogelijkheden zorgverzekeraars hebben om zich van elkaar te onderscheiden. Hieruit volgt dat er veel wet- en regelgeving is op de zorgverzekeringsmarkt die het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars beperkt. Het gaat voor de basisverzekering bijvoorbeeld om de acceptatieplicht, het risicovereveningssysteem, de zorgplicht, solvabiliteitseisen en regels over de inhoud van het basispakket. Voor de aanvullende verzekering stellen wet- en regelgeving weinig grenzen aan de mogelijkheid tot concurrentieel onderscheid. Echter, politieke en maatschappelijke druk op zorgverzekeraars beperkt ook hier steeds meer het onderscheidend vermogen. Hierbij kan de vraag gesteld worden of deze beperkingen uiteindelijk tot de meest optimale uitkomsten leiden.

Gupta constateert echter ook dat de resterende mogelijkheden voor onderscheid en concurrentie binnen het huidige kader van wet- en regelgeving, momenteel niet ten volle worden benut. Zorgverzekeraars lijken dus kansen onbenut te laten om onderscheidende producten aan te bieden die waarde toevoegen voor bepaalde groepen verzekerden zonder publieke belangen te ondermijnen.

Niet evident dat zorgverzekeringsmarkt effectief concurrerend is

Een eerste analyse van ACM, op basis van openbare informatie, laat een beeld zien dat niet evident in de richting van effectieve concurrentie wijst. De dynamiek in marktaandelen van zorgverzekeraars is bijvoorbeeld, gecorrigeerd voor fusies en overnames, erg beperkt en is nog niet doorbroken door toetreding van een nieuwe zorgverzekeraar. Afgemeten aan het aantal polissen in de markt, is er sprake van sterke productdifferentiatie. Het is hierbij alleen de vraag of deze differentiatie gebaseerd is op objectieve kenmerken zoals betere service of hogere kwaliteit zorg, of dat het, mede door stijgende reclame-uitgaven, leidt tot zogeheten *obfuscation*. Verzekerden zijn hierdoor mogelijk



minder goed in staat om de best passende verzekeringspolis te kiezen. Dit kan een verklaring zijn voor de waargenomen prijsverschillen tussen basisverzekeringen, maar dat hoeft niet zo te zijn als er overeenkomstige kwaliteitsverschillen bestaan. Dit is nu nog onduidelijk.

Het grote aantal verzekeringspolissen kan ook leiden tot inertie bij verzekerden, waarbij zij niet snel bereid zijn om over te stappen. Hoewel de overstapperpercentages de afgelopen jaren toenemen, is een groot deel van de verzekerden, bijna 70%, sinds 2006 niet overgestapt van zorgverzekeraar. Dit houdt mogelijk verband met het wantrouwen dat verzekerden hebben tegenover zorgverzekeraars. De tweedeling tussen overstappers en niet-overstappers kan tevens gepaard gaan met prijsdiscriminatie tussen deze groepen. Hierdoor betalen verzekerden die overstappen een lagere premie dan verzekerden die niet overstappen.

Vervolgonderzoek ACM

Waar Gupta laat zien dat het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars beperkt wordt, maar ook niet volledig benut, duidt een eerste analyse van ACM ook niet direct op effectieve concurrentie. Om deze reden zijn drie hypothesen opgesteld voor nader onderzoek. Deze hypothesen sluiten aan op de belangrijkste inzichten uit het onderzoek tot nu toe. Het onderzoek zal samen met de NZa uitgevoerd worden waarbij het doel is voor onderstaande drie hypothesen tot concrete aanbevelingen te komen.

Hypothese 1: Grote zorgverzekeraars hebben onvoldoende prikkels om zich van elkaar te onderscheiden en daarmee verzekerden te winnen

Gupta (2015) laat zien dat zorgverzekeraars beperkt worden in hun doen en laten door wet- en regelgeving. Ook beschrijft Gupta dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het aanbrenge van concurrentieel onderscheid als gevolg van stevige politieke en maatschappelijke druk. Ondanks deze beperkingen blijft er echter ruimte voor onderscheidend vermogen, maar Gupta stelt dat deze ruimte momenteel niet ten volle wordt benut. Bijvoorbeeld op het gebied van zorginkoop zouden zorgverzekeraars zich volgens Gupta meer kunnen onderscheiden door selectiever in te kopen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars niet direct de prikkel hebben om zich van elkaar te onderscheiden en op die manier marktaandeel te winnen. Zo constateert Gupta dat zorgverzekeraars vooral inzetten op behoud van marktaandeel en niet zozeer op groei van marktaandeel. De relatieve stabiliteit, behoudens fusies en overnames, van de individuele marktaandelen van zorgverzekeraars is in lijn met deze constatering. Onder een doelstelling van marktaandeelbehoud heeft een zorgverzekeraar minder prikkels om zich te onderscheiden van haar concurrenten om daarmee marktaandeel te winnen. Als gevolg hiervan komen mogelijk bepaalde producten niet van de grond die wel van toegevoegde waarde zijn voor de consument. ACM en NZa zullen om deze reden nader onderzoeken waarom zorgverzekeraars niet (de prikkel hebben om) alle beschikbare ruimte (te) gebruiken en of dit ook schadelijk uitpakt voor consumenten.

Hypothese 2: Onnodig hoge toetredings- en groeibarrières op de zorgverzekeringsmarkt beperken de concurrentiedruk vanuit potentiële toetreders en kleinere zorgverzekeraars

Toetreding heeft sinds 2006 niet plaatsgevonden en ook de absolute groei van kleine zorgverzekeraars is zeer beperkt. Zowel de NZa als Gupta stelt vast dat nieuwe zorgverzekeraars verschillende hordes moeten overwinnen als zij willen toetreden tot de Nederlandse



zorgverzekeringsmarkt. Dit gaat bijvoorbeeld om de vergunningsaanvraag, de complexiteit en hoge risico's in de markt, de veelheid en onzekerheid in wet- en regelgeving en de solvabiliteitseisen. Deze laatste twee factoren zouden naast toetreding ook een rem kunnen zetten op de groei van, voornamelijk de kleinere, zorgverzekeraars. Toetredings- en groeibarrières leiden ertoe dat de concurrentiedruk vanuit (potentiële) toetreders en kleine zorgverzekeraars beperkt wordt en daarom een negatief effect op de concurrentie heeft. ACM zal onderzoeken of bepaalde barrières onnodig hoog zijn en waar mogelijk aanbevelingen doen om bepaalde barrières te verlagen.

Hypothese 3: Beperkte transparantie en onnodige complexiteit van het productaanbod beperken de concurrentiedruk vanuit verzekerden op zorgverzekeraars

Ondanks de stijgende jaarlijkse overstapcijfers sinds 2006, is ongeveer 70% van de verzekerden nog nooit overgestapt. Daarnaast geven zorgverzekeraars steeds meer geld uit aan reclame en acquisitie en is het aantal zorgverzekeringspolissen sinds 2006 flink toegenomen. Op zichzelf zijn deze feiten niet zorgelijk. Reclame-uitgaven kunnen de transparantie op de markt vergroten en zoekkosten op de markt verlagen. Een groot aantal polissen kan wijzen op meer productdifferentiatie wat positief is als het gaat om producten die inspelen op de voorkeuren van groepen verzekerden. Het is echter ook mogelijk dat een toename in het aantal polissen en de uitgaven aan reclame tot intransparantie en een perceptie van productdifferentiatie leiden, zonder dat er objectieve verschillen in de producten aan ten grondslag liggen. Het is schadelijk als verzekerden onnodig worden geconfronteerd met een intransparant en complex productaanbod. Dit beperkt namelijk de disciplinerende werking die uitgaat van verzekerden die actief hun zorgverzekeraar selecteren en zorgt daardoor dat concurrentie tussen zorgverzekeraars afneemt.

ACM zal in de komende periode de drie hypothesen nader onderzoeken. Input van marktpartijen is hierbij wenselijk en ACM zal verschillende stakeholders hiervoor dan ook actief benaderen. Uiteindelijk wil ACM tot concrete aanbevelingen komen die een positieve bijdrage aan de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt leveren, zonder dat dit ten koste gaat van andere publieke belangen.

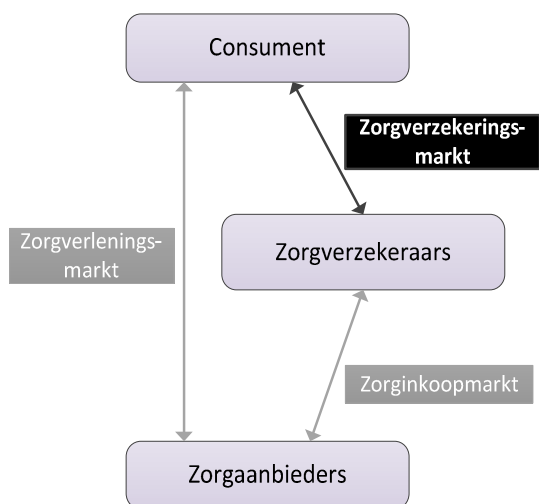


1 Inleiding

Nederland kent een zorgverzekering die toegankelijk is voor iedereen, arm en rijk, ziek en gezond. Deze zorgverzekering is tegelijk een grote kostenpost voor de Nederlandse samenleving. De afgelopen jaren is er jaarlijks meer dan EUR 40 miljard besteed aan de basisverzekering.¹ Voor de aanvullende zorgverzekering inden de zorgverzekeraars nog eens EUR 4,4 miljard over 2014.² Het beheersen van de zorgkosten is daarom belangrijk. Mede om deze reden is er in 2006 met de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) een stelsel van gereguleerde marktwerking geïntroduceerd.³ Hiermee probeert de overheid zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten prikkels te geven voor een doelmatiger zorgverlening.⁴

Sinds 2006 is elke Nederlander van 18 jaar en ouder verplicht een basisverzekering af te sluiten, waarbij er één keer per jaar de mogelijkheid is om over te stappen. Dit geeft verzekerden de mogelijkheid hun 'onvrede' te uiten over hun verzekeraar. Ook kunnen ze overstappen als een andere verzekeraar een beter aanbod doet. Door concurrentie tussen zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerde worden zorgverzekeraars gedwongen in te spelen op hun wensen, en verzekeringen aan te bieden met een goede prijs/kwaliteitverhouding.⁵ Naast de basisverzekering kunnen zorgverzekeraars ook aanvullende verzekeringen aanbieden. Hierbij geldt geen verplichting tot afname en ook de invulling van de verzekering is vrij voor verzekeraars.

6/29



Figuur 1: Zorgmarkt (Bron: Schut & Varkevisser, 2009).

Concurrentie tussen zorgverzekeraars heeft niet alleen een effect op de efficiëntie en de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars zelf. Zoals weergegeven in Figuur 1, heeft de zorgverzekeraar een regisseursrol op de zorgmarkt. Naast het vergoeden van zorgkosten, kopen zorgverzekeraars namens verzekerden ook zorg in bij zorgaanbieders. Concurrentie dwingt zorgverzekeraars dus niet alleen om zelf efficiënter te worden, maar ook om zorg doelmatig in te kopen.⁶ Meer concurrentie tussen zorgverzekeraars vergroot daarmee ook de efficiëntie en geleverde kwaliteit van zorgaanbieders.

¹ Het gaat hier om de som van de direct betaalde premies door verzekerden (nominale premie), eigen betalingen (eigen risico), de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage voor kinderen. (Bron: Minister van VWS, 2015, tabel 15).

² Nza (2015a), p. 49.

³ De Zvw is sinds de introductie onderhevig aan veranderingen. Een voorbeeld is de (gedeeltelijke) afschaffing van verschillende ex-postvergoedingen vanaf 2012. Hierdoor zijn zorgverzekeraars steeds meer risicodragend geworden.

⁴ Schut en Varkevisser (2009), p.251.

⁵ Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, p.2.

⁶ De zorg is doelmatig als met de beschikbare (financiële) middelen een zo hoog mogelijk gezondheid voor de samenleving wordt behaald. Zie ook CPB (2015).



Met de introductie van de Zvw is er geen volledig vrije marktwerking geïntroduceerd. Naast kostenbeheersing en doelmatigheid van de zorgverlening waren solidariteit en toegankelijkheid andere belangrijke uitgangspunten bij de Zvw. Deze zouden bij volledig vrije marktwerking in het geding komen.⁷ Daarom vindt concurrentie tussen zorgverzekeraars plaats binnen een gereguleerd kader. Zo zijn verzekeraars bijvoorbeeld verplicht iedereen voor de basisverzekering te accepteren en mag de verzekeraar geen premiedifferentiatie toepassen. Naast deze verplichtingen is er nog veel andere wet- en regelgeving. Dit heeft gevolgen voor de mate waarin verzekeraars met elkaar (kunnen) concurreren.

Belang van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt

Als gevolg van het grote (financiële) belang dat gemoeid is met de zorg, en de regisseursrol die zorgverzekeraars hierin hebben, is het belangrijk dat de zorgverzekeringsmarkt goed functioneert. Dit moet leiden tot kwalitatief hoge zorg tegen relatief lage prijzen. Efficiëntie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verhoogt de welvaart en werkt ook mee aan een beperking van de stijging van de zorgkosten. ACM ziet toe op het goed functioneren van de markt, onder andere door het beoordelen van fusies en overnames. Daarnaast heeft ACM ook het middel van het marktonderzoek tot haar beschikking; hierbij kan zij in meer algemene zin naar de mate van concurrentie op een markt te kijken.

ACM vindt het belangrijk een goed en actueel inzicht te hebben in de concurrentie tussen zorgverzekeraars en de ruimte die verzekeraars hebben om zich van elkaar te onderscheiden. Daarnaast heeft de zorgverzekeringsmarkt, naast het sterk gereguleerde karakter, een aantal andere opvallende kenmerken. Zo is de markt sterk geconcentreerd met vier verzekeringsconcerns. Verder zijn geen nieuwe verzekeraars tot deze markt togetreden sinds de Zvw van kracht is en is het overgrote deel van de verzekerden nog nooit overgestapt. Ten slotte kenmerkt deze markt zich door informatie-asymmetrie tussen zorgverzekeraar, verzekerde en zorgaanbieder. Een voorbeeld hiervan is dat een verzekerde meer inzicht heeft in zijn/haar gezondheid dan de zorgverzekeraar. Deze informatieasymmetrie kan gevolgen hebben voor de concurrentie.

Opbouw van de studie van ACM

Vanwege het belang van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en het ontbreken van duidelijk inzicht in de wijze en mate van concurrentie op deze markt, is de Monitor Financiële Sector (MFS) van ACM gestart met een studie naar de concurrentie op deze markt. Deze studie wordt in samenwerking met de Taskforce Zorg van ACM uitgevoerd.⁸ Deze studie is er op gericht meer inzicht te krijgen in de werking van de zorgverzekeringsmarkt en, waar mogelijk, aanbevelingen te doen ter versterking van de concurrentie. Hierbij ligt expliciet niet de focus op de werking van de markt voor zorginkoop, maar gezien de regisseursrol van zorgverzekeraars op de zorgmarkt zal dit onderwerp waar noodzakelijk wel meegenomen worden. De studie is opgeknipt in een aantal onderdelen waarvan deze rapportage de eerste bevindingen weergeeft.

⁷ Zo leidt vrije concurrentie tot risico-gebaseerde premiedifferentiatie en daarmee tot onbetaalbare zorg voor bijvoorbeeld chronisch zieke mensen (Schut & Varkevisser 2009, p.252.).

⁸ Er ligt op dit moment een wetsvoorstel dat per 2017 moet leiden tot de overdracht van taken van de NZa naar ACM. In voorbereiding hierop heeft ACM de Taskforce Zorg opgericht.



Ten eerste heeft ACM het onderzoeksbureau Gupta de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te concurreren binnen het huidige kader van wet- en regelgeving. Centraal hierin staan de mogelijkheden van zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden en de belemmeringen hierin door bijvoorbeeld wet- en regelgeving. Op 24 december 2015 heeft Gupta haar eindrapport opgeleverd.⁹ Gupta heeft hierin het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars in kaart gebracht aan de hand van verschillende elementen. Vervolgens heeft Gupta op deze elementen de mogelijkheden en beperkingen voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden onderzocht.

Naast het onderzoek van Gupta heeft ACM zelf onderzoek gedaan naar de zorgverzekeringsmarkt. Dit is gebeurd met behulp van het *Structure-Conduct-Performance-model* op basis van openbare data en interviews met marktpartijen. Door databeperkingen ziet deze studie voornamelijk op de basisverzekering. In het onderzoek is gekeken naar voor concurrentie veelzeggende indicatoren om op die manier een beeld te vormen van de mate waarin er geconcurrereerd wordt op deze markt. Hierbij is voortgeborduurd op wat bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Vektis al gepubliceerd hebben over de zorgverzekeringsmarkt.

Deze rapportage is tot stand gekomen op basis van de onderzoeksresultaten van Gupta en het onderzoek dat ACM tot op heden heeft uitgevoerd. De studie van ACM is nog niet afgerond en deze rapportage heeft daarom een verkennend karakter. Het doel is nog niet om allesomvattende conclusies te trekken en tot concrete aanbevelingen te komen om concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt te vergroten. Het doel van deze rapportage is om de uitkomsten van het onderzoek van Gupta te presenteren alsmede de informatie die ACM tot op heden zelf heeft verzameld. Op basis hiervan zijn hypothesen geformuleerd die beschrijven hoe het samenspel van wet- en regelgeving, maatschappelijke druk en kenmerken van de markt mogelijk concurrentiebeperkend werken. ACM zal dit jaar nader onderzoek doen om deze hypothesen te toetsen en waar mogelijk van concrete aanbevelingen te voorzien.

⁹ Het rapport is beschikbaar via <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15482/>.



2 Concurrentieanalyse

2.1 SCP-model als theoretisch kader om concurrentie te meten

Er bestaan verschillende manieren om de mate van concurrentie op een markt te meten. ACM analyseert de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt in deze studie aan de hand van het *Structure-Conduct-Performance* (SCP)-model. Dit model veronderstelt causale relaties tussen verschillende aspecten van de markt die gezamenlijk inzicht geven in de mate van concurrentie op een markt. Deze aspecten zijn wet- en regelgeving, de marktstructuur, het gedrag van marktpartijen en consumenten, en de prestaties van de markt. Door informatie over deze vier pijlers te verzamelen, wordt inzicht gekregen in de mate van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt (zie Figuur 2).

Het voordeel van het SCP-model als methode om concurrentie te meten, is dat er minder kwantitatieve data nodig is dan bij de meer geavanceerde methoden. Een nadeel van deze methode is dat de concurrentie niet op een directe manier wordt gemeten, maar aan de hand van een verzameling van indicatoren. De indicatoren wijzen niet altijd in dezelfde richting en daarnaast hoeft de veronderstelde causale relatie niet altijd op te gaan (zie ook Box 1).

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van de eerste analyse van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. In het volgende hoofdstuk worden op basis van de bevindingen hypothesen opgesteld voor nader onderzoek.

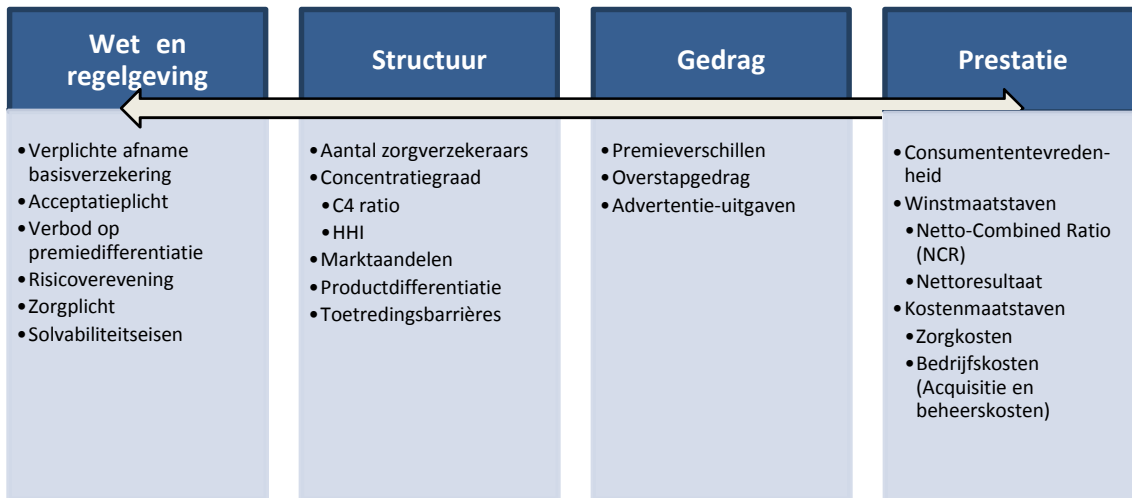
Deze analyse is uitgevoerd met openbare data en ziet voornamelijk op de basisverzekering. Omdat ongeveer 84% van alle verzekerden ook een aanvullende zorgverzekering heeft¹⁰, is het de vraag of de basisverzekering wel het juiste object van analyse is. Het is namelijk aannemelijk dat de zorgverzekeraars op de bundel van de basis- en aanvullende verzekering concurreren. Een gebrek aan informatie maakt deze bredere analyse op dit moment niet mogelijk.

Box 1: Het SCP-model

Het SCP-model wordt als theoretisch kader gebruikt om een causaal verband te leggen tussen de structuur van een markt, het gedrag van ondernemingen en consumenten, en de prestaties van marktpartijen. Een belangrijke hypothese uit het SCP-model is dat naarmate een markt meer geconcentreerd is, ondernemingen minder geneigd zijn om met elkaar te concurreren, met als gevolg dat zij hogere prijzen en winsten kunnen behalen (Bain, 1968).

Scherer en Ross (1990) hebben het model aangevuld door naast de drie pijlers ook te kijken naar de basisvoorwaarden van de markt en de invloed van regulering op de verschillende pijlers van het model. Daarnaast kwamen inzichten dat de causale relaties niet eenzijdig maar juist tweezijdig zijn. De aanwezigheid van een paar efficiënte marktpartijen (performance) kan bijvoorbeeld leiden tot een geconcentreerde markt (structure). Deze efficiëntie-hypothese is gelijk ook de belangrijkste kritiek op het SCP-model en vraagt om voorzichtigheid met het trekken van conclusies over de mate van concurrentie op basis van de kenmerken van een markt.

¹⁰ Vektis (2015), p.18.



Figuur 2: Overzicht SCP-analyse en behandelde indicatoren in deze studie.

2.2 Belangrijkste wet- en regelgeving op de zorgverzekeringsmarkt

Het Nederlandse zorgstelsel kent een systeem van gereguleerde marktwerking. Hierin heeft de wetgever gekozen voor marktwerking om tot de optimale uitkomst te komen met betrekking tot kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Tegelijkertijd wil de overheid een toegankelijk en solidair stelsel. Als dit volledig aan de markt zou worden overgelaten, bestaat de mogelijkheid dat bepaalde groepen verzekerden geen toegang krijgen tot de markt of dat zorg voor hen onbetaalbaar wordt. Om dit te voorkomen heeft de overheid kaders vastgesteld waarbinnen zorgverzekeraars een onderscheidend aanbod kunnen doen.

Deze paragraaf behandelt, op basis van Gupta (2015), welke beperkingen zorgverzekeraars vanuit wet- en regelgeving hebben om onderscheidende proposities op te stellen. Ook andere factoren die van invloed zijn op het onderscheidend vermogen van en de concurrentie tussen zorgverzekeraars komen aan bod. Een uitgebreide analyse hiervan is in Gupta (2015) te lezen.

Wet- en regelgeving: ruimte voor onderscheid

De wet- en regelgeving richt zich vooral op de basisverzekering omdat iedereen daar over moet kunnen beschikken.¹¹ De aanvullende verzekering kent aanzienlijk minder regulering en wordt in beginsel meer aan de markt overgelaten. Het onderscheidend vermogen van een zorgverzekeraar wordt in een systeem van gereguleerde marktwerking uiteraard beperkt.

Inhoud basispakket

De inhoud van het basispakket is een vast gegeven, waarop weinig onderscheid mogelijk is. Het basispakket vormt het geheel aan zorgprestaties die zorgverzekeraars verplicht moeten vergoeden in de basisverzekering. De inhoud en omvang van het basispakket worden door de overheid vastgesteld en zijn voor iedere verzekerde gelijk. Zorgverzekeraars kunnen zich ten aanzien van het basispakket dus niet onderscheiden op *wat* de verzekerde zorg is, maar wel op *wie* de zorg levert, *hoeveel* zorg wordt ingekocht en op welk kwaliteitsniveau en op de premie.

¹¹ Gupta (2015), p. 34.



Risicoverevening

Iedere inwoner van Nederland is verplicht zich voor de basisverzekering te verzekeren. Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen, ziek of gezond, voor de basisverzekering te accepteren. Deze acceptatieplicht is alleen houdbaar als zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor verzekerden met een groot risico op hoge kosten. Hiervoor is de risicoverevening in het leven geroepen. Zorgverzekeraars met een populatie met een relatief ongunstig risicoprofiel ontvangen relatief meer uit het zorgvereveningsfonds zodat zij gecompenseerd worden voor dit relatief ongunstige risicoprofiel. Dit is een complex en imperfect systeem dat continu wordt verfijnd en aangepast aan actuele risico- en kosteninformatie.

De onvolkomenheid en de continue ontwikkeling van de vereveningssystematiek vormen risico's voor de zorgverzekeraars als hun populatie afwijkt van het gemiddelde. Als er sprake is van een relatief ongunstig risicoprofiel, is de zorgverzekeraar er sterk van afhankelijk dat zij in de risicoverevening voldoende wordt gecompenseerd. Als dat niet het geval is, of als de vereveningsbijdrage door aanpassingen in het systeem verandert, ontstaan risico's in de inkomstenstromen. Het aantrekken van een gemiddelde populatie is daarom een risico-beperkende maatregel voor zorgverzekeraars, die concurrentie, door meer focus op doelgroepen, beperkt.

Zorginkoop

Zorgverzekeraars kunnen zich bij het inkopen van zorg van elkaar onderscheiden door een betere prijs en/of kwaliteit uit te onderhandelen, en meer of minder zorgaanbieders te contracteren. Selectief inkopen van de betere en/of doelmatigere zorgaanbieders kan tot een lagere premie en een beter zorgaanbod leiden, en daarmee tot een onderscheidende propositie. De ruimte om selectief in te kopen is echter onscherp.

Ten eerste hebben zorgverzekeraars een zorgplicht die hen verplicht hun verzekerden kwalitatief goede zorg te bieden met een beperkte wachttijd en binnen een afzienbare afstand. De norm hiervoor verschilt per type zorg, maar het zorgt er in ieder geval voor dat het selectief inkopen zijn grenzen heeft. Ten tweede, is sturing van verzekerden richting bepaalde zorgaanbieders mogelijk, maar lastig. Want als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, moet de zorgverzekeraar nog steeds (een deel van) de rekening vergoeden.¹² Daarnaast is een extra financiële prikkel mogelijk door bij bepaalde aanbieders geen eigen risico in rekening te brengen bij de verzekerde. Veel verzekerden gebruiken hun eigen risico echter volledig, waardoor ze minder gevoelig zijn voor deze prikkel.

Solvabiliteitseisen

Solvabiliteitseisen, administratieve hordes en politieke en maatschappelijke druk maken het, volgens Gupta (2015), voor nieuwe partijen lastig om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt.¹³ Solvabiliteitseisen zijn nodig omdat zij ertoe leiden dat verzekeraars tegenslagen op kunnen vangen

¹² Het bedrag dat zorgverzekeraars aan niet-gecontracteerde aanbieders betalen, mag geen "hinderpaal" vormen voor het gebruik van zorg. De ondergrens hiervan is vrijgelaten voor zorgverzekeraars, maar de Hoge Raad heeft wel bepaald dat een vergoeding van 50% of lager een hinderpaal vormt.

¹³ Gupta (2015), p. 43.



zonder dat hun voortbestaan en de positie van de verzekerden in gevaar komen.¹⁴ De solvabiliteitseisen zijn echter ook van invloed op de concurrentie.¹⁵ Voor elke nieuwe verzekerde moet de zorgverzekeraar vooraf over het benodigde kapitaal beschikken. Dus nog voordat de verzekerde zijn eerste premiebetaling heeft gedaan. Het winnen van een groot marktaandeel, door het zetten van een lage premie, brengt daarom het risico met zich mee dat niet meer aan de solvabiliteitseisen wordt voldaan. Dit is voornamelijk te zien bij kleine zorgverzekeraars waar de huidige absolute buffers weinig ruimte voor groei van hun verzekerdenportfolio bieden. DSW Zorgverzekeraar kan op basis van haar eigen vermogen positie eind 2014 bijvoorbeeld minder dan 250.000 extra verzekerden aantrekken; dit is een marktaandeel van ongeveer 1,50%. In zijn algemeenheid is sturing op solvabiliteit, aldus Gupta (2015), een kernprioriteit voor zorgverzekeraars en wordt er sterk ingezet op behoud van marktaandeel en niet op winst van marktaandeel.¹⁶

Binnen de wettelijke kaders is ruimte voor concurrentie

Uit bovenstaande volgt dat zorgverzekeraars met betrekking tot de basisverzekering hun commerciële activiteiten binnen een veelheid aan kaders moeten uitvoeren. Dit houdt niet in dat zorgverzekeraars op grond van regulering geen ruimte hebben om met elkaar te concurreren. Zorgverzekeraars zijn, boven bepaald minimum zoals kwaliteit, vrij om een aanbod te doen met meer of minder zorgaanbieders, een hoger of een lager kwaliteitsniveau, een hogere of lagere premie, kortere of langere wachttijden, et cetera. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden in hun serviceniveau en in aan te bieden arrangementen. Ook kunnen door de grote wettelijke vrijheden op de aanvullende verzekering, sommige wettelijke beperkingen op de basisverzekering omzeild worden. Verplichte eigen bijdragen van verzekerden kunnen zo bijvoorbeeld tenietgedaan worden.

De beperkingen van concurrentieprikkels door de regulering heeft vaak tot doel solidariteit of bescherming van publieke belangen te borgen.¹⁷ Het kan echter ook andere effecten hebben. Zo voorkomt bijvoorbeeld de acceptatieplicht dat zorgverzekeraars “zieke” mensen weigeren en borgt het daarmee de solidariteit. Tegelijk vraagt de acceptatieplicht ook een stelsel van risicoverevening. Echter, door de huidige imperfecties stimuleert dit zorgverzekeraars te streven naar een ‘gemiddeld’ verzekerdenbestand. Het richten op doelgroepen en in het verlengde daarvan bijvoorbeeld het opzetten van preventieprogramma’s, ligt voor een zorgverzekeraar dan minder in de rede.

Politieke en maatschappelijke druk

Gupta (2015) gaat ook in op de invloed van maatschappij en politiek. Daaruit blijkt dat politieke en maatschappelijke druk op zorgverzekeraars de mogelijkheden die wet- en regelgeving open laten om zich te onderscheiden, verder inperken.

Een beperking van de ‘vrije artsenkeuze’ (bijvoorbeeld bij budgetpolissen) wordt nauwelijks

¹⁴ DNB (2015).

¹⁵ Door solvabiliteitseisen moeten zorgverzekeraars over voldoende eigen vermogen beschikken om aan hun verplichtingen te kunnen voldoen.

¹⁶ Gupta (2015), p. 13.

¹⁷ Gupta (2015), p. 34.



geaccepteerd. Ook niet als zorgverzekeraars claimen selectief in te kopen bij kwalitatief betere of doelmatigere zorgaanbieders. Hierbij speelt ook dat verzekerden zorgverzekeraars wantrouwen in de sturing naar zorgaanbieders. De perceptie is snel dat zorgverzekeraars uit eigen (kosten)belang opereren, terwijl de verzekerde er juist ook beter af mee kan zijn.

Het bevoordelen van bepaalde groepen kan ook op weinig enthousiasme rekenen. Denk hierbij aan exclusieve afspraken voor een avondspreekuur speciaal voor verzekerden van een zorgverzekeraar. Alleen bij service om de zorg heen, zoals eenpersoonskamers, lijkt meer onderscheid geaccepteerd te worden. Voorgaande geldt ook in steeds grotere mate voor de aanvullende verzekering, waar er steeds meer druk komt om toelatingseisen te verlagen en alle verzekerden te accepteren. De voordelen van toelatingseisen in de aanvullende verzekering blijven daarbij onderbelicht. Als een verzekering veel verzekerden trekt die veel zorg nodig hebben, dan leidt dit logischerwijs tot een prijsverhoging of verlaging van de dekking.

Ook bestaat er weerstand tegen risicoselectie bij aanvullende en basiszorgverzekeringen. Zorgverzekeraars die zich op bepaalde doelgroepen richten, worden door maatschappij en politiek zeer kritisch bejegend. Zorgverzekeraars willen daarom alle schijn van risicoselectie voorkomen, en richten zich daarom zo beperkt mogelijk op specifieke doelgroepen, ook waar wettelijk gezien wel ruimte is om dat te doen. De ruimte om zich te onderscheiden wordt daarmee nog kleiner voor zorgverzekeraars. Ook heeft het kabinet eind 2014 een wetsvoorstel aangekondigd dat uitingsvormen en handelingen die leiden tot risicoselectie (zoals doelgroepenmarketing) verbiedt.¹⁸ Dit is nu nog wel toegestaan.

Hierop aansluitend is er de maatschappelijke en politieke wens het aanbod transparanter te maken door het aantal polissen te verminderen. Waar dit positief kan uitpakken door lagere zoekkosten voor verzekerden, kan het ook tot gevolg hebben dat verzekeringen in het belang van de klant uitblijven.

Tot slot worden zorgverzekeraars geacht niet veel winst te maken, ondanks dat dit een onderdeel is van marktwerking. De politiek probeert hier invloed op uit te oefenen door uitspraken te doen over 'wenselijk' gedrag van zorgverzekeraars in het vaststellen van de premie. Een voorbeeld hiervan is dat de minister van VWS zorgverzekeraars oproept om winsten terug te geven middels een lage premie en dit tegelijk verwerkt in de nominale rekenpremie. Deze politieke druk beperkt de ruimte voor zorgverzekeraars om onafhankelijk de premie te bepalen.

Wettelijke ruimte wordt verder ingeperkt door maatschappelijke druk

Waar wet- en regelgeving ruimte laat voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden, vooral bij de aanvullende verzekering, lijken maatschappij en politiek niet altijd evenveel begrip te hebben voor onderscheidende activiteiten van zorgverzekeraars. Er is weinig acceptatie voor een inperking van vrije zorgkeuze en onderscheid tussen verzekerden. Bovendien is er veel wantrouwen tegenover zorgverzekeraars. Hierdoor ontstaat snel de verdenking van risicoselectie en laten verzekerden zich moeilijk sturen in hun keuzes voor een zorgaanbieder.

¹⁸ Wet verbod verticale integratie. Zie Minister van Algemene Zaken (2014), p.2.



Gupta (2015) concludeert op basis hiervan dat de belangrijkste mogelijkheden voor onderscheid in de basisverzekering liggen op het gebied van de premie, vrijheid in de zorgkeuze, de contracteergraad en de dienstverlening aan en marketing richting verzekerden.¹⁹ Er is dus binnen de bestaande wet- en regelgeving zeker de nodige speelruimte voor zorgverzekeraars, maar dit wordt tegelijk ook beperkt door maatschappelijke en politieke druk. Mocht deze beperking te restrictief werken, dan brengt dit het risico met zich mee dat onderscheidende proposities niet van de grond komen waar dit wel in het belang van de verzekerde en de maatschappij kan zijn.

2.3 Structuur van de zorgverzekeringsmarkt

Een marktstructuur omvat verschillende elementen. In deze studie wordt de structuur van de zorgverzekeringsmarkt beschreven aan de hand van de volgende indicatoren: het aantal zorgverzekeraars, de mate van concentratie, de dynamiek van individuele marktaandelen, de mate van productdifferentiatie en toetredingsdrempels.

Het aantal zorgverzekeraars is afgenomen

Op een markt met veel verschillende aanbieders is vaak meer concurrentie dan op een markt met weinig aanbieders. In 2015 waren 25 verschillende ondernemingen actief op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Deze ondernemingen zijn onderdeel van negen verschillende verzekeringsconcerns. Het aantal zorgverzekeraars en concerns is sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet afgenomen van 33 naar 25, respectievelijk van 14 naar 9.²⁰

De concentratiegraad neemt toe

De concentratiegraad van een markt geeft weer hoe groot de verschillende aanbieders ten opzichte van elkaar zijn. Een hoge concentratiegraad betekent dat een klein aantal aanbieders een relatief groot deel van de markt in handen heeft. Een toename in de concentratiegraad kan op hoofdlijnen twee oorzaken hebben: één of meerdere aanbieders winnen marktaandeel doordat zij efficiënter opereren of aanbieders vergroten hun marktaandeel door fusies en overnames. Een hoge concentratiegraad op een markt is een eerste signaal dat een markt mogelijk minder concurrerend is.²¹

Er zijn twee bekende maatstaven van de mate van concentratie. De C4-ratio is het gezamenlijke marktaandeel van de vier grootste aanbieders. De Herfindahl-Hirschman Index (HHI) is de som van de gekwadrateerde procentuele marktaandelen van alle aanbieders. Op basis van de beschikbare data zijn de HHI en C4-ratio voor de basisverzekeringen berekend op concernniveau. Figuur 3 geeft de HHI en C4-ratio weer over de periode 2006 - 2015. Hieruit blijkt dat de concentratiegraad is toegenomen. De C4-ratio steeg van 65% in 2006 tot 89% in het afgelopen jaar. De HHI steeg van 1.234 punten in 2006 tot 2.190 punten in 2015.²² De toename van de concentratiegraad in 2006 en 2007 is voornamelijk bepaald doordat kleinere zorgverzekeraars zijn overgenomen door één van de

¹⁹ Gupta (2015), p. 44.

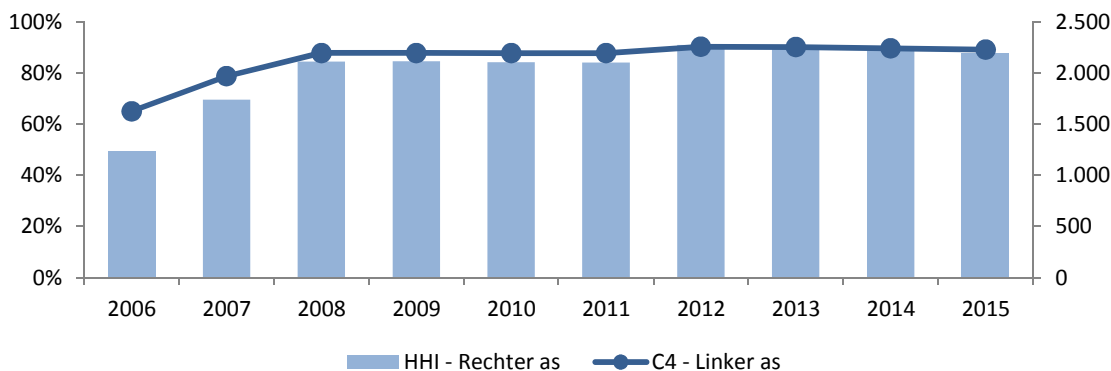
²⁰ Nza (2006), p.5. en Vektis (2015), p.5.

²¹ Zie voor meer informatie Carlton & Perloff (2005) en Bishop & Walker (2010).

²² De Amerikaanse Horizontaal Merger Guidelines spreekt bij een HHI tussen de 1.500 en 2.500 over een 'geconcentreerde markt.' Zie <http://www.justice.gov/atr/public/guidelines/hmg-2010.html>.



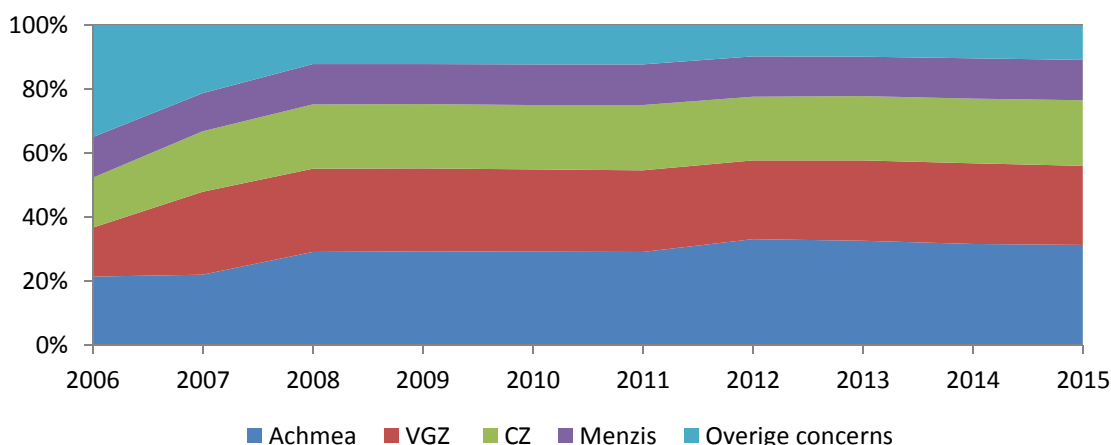
grote vier zorgverzekeraars. Of deze hogere concentratiegraad ook tot minder concurrentie op de markt heeft geleid, is echter van veel factoren en specifieke omstandigheden afhankelijk.



Figuur 3: C4-ratio en HHI voor basiszorgverzekeringen (Bron: Vektis, 2015; bewerking ACM).

Er is weinig dynamiek in marktaandeelen

De C4-ratio en de HHI geven goed inzicht in de concentratiegraad, maar geen goed beeld van de dynamiek in marktaandeelen van de grootste aanbieders. Een markt waarop de marktaandeelen van de grootste aanbieders sterk fluctueren over de tijd, ook bij een hoge concentratie, duidt over het algemeen op veel concurrentie.²³ Figuur 4 geeft de marktaandeelen van de vier grootste zorgverzekeringconcerns weer over de periode 2006 tot en met 2015. De verandering van de marktaandeelen in 2007 en 2008, en daarmee de toename van de concentratiegraad, kan vrijwel volledig worden verklaard door verschillende fusies en overnames in die periode.²⁴ Verder zijn de marktaandeelen van de vier grootste concerns – Achmea, CZ, VGZ en Menzis – zeer stabiel sinds 2008. Gecorrigeerd voor fusies en overnames hebben de vier grootste concerns gezamenlijk slechts 2% marktaandeel verloren sinds de inwerkingtreding van de Zvw. Er is qua marktaandeelen dus weinig dynamiek.



Figuur 4: Marktaandeelen zorgverzekeringconcerns basisverzekeringen (Bron: Vektis, 2015; bewerking ACM).

²³ Europese Commissie - Richtsnoeren inzake verticale beperkingen (2010/C 130/01), 19 mei 2010, para 115.

²⁴ Denk hierbij aan de fusie tussen Azivo en Menzis en die tussen Agis en Achmea.



Het aantal aangeboden verzekeringspolissen is sterk toegenomen

Productdifferentiatie is een manier voor concurrenten om zich van elkaar te onderscheiden.²⁵ Als een aanbieder een product aanbiedt dat beter aansluit op de voorkeuren van een groep verzekerden dan zijn ze bereid hier extra voor te betalen. Ze zullen alleen een ander product kopen als het prijsverschil groot genoeg is om te compenseren voor het feit dat ze een product krijgen dat slechter aansluit op hun voorkeuren.

Productdifferentiatie geeft aanbieders daarom marktmacht op verzekerden die wat betreft hun voorkeuren relatief dicht bij het productaanbod van de aanbieder liggen. Dit is niet per se negatief, omdat verzekerden ook meer nut halen uit een product dat beter op hun voorkeuren aansluit. Het is hiervoor alleen wel van belang dat het (vooral) om objectieve verschillen gaat en niet (alleen) om gepercipieerde verschillen. In dit laatste geval kan het er toe leiden dat de verzekerde verward raakt (*obfuscation*) en niet het best bij hem of haar passende product kiest.

Uit de combinatie van wet- en regelgeving en maatschappelijke druk volgt dat zorgverzekeraars beperkt worden in hun mogelijkheden zich van elkaar te differentiëren. Gupta (2015) laat zien dat productdifferentiatie voor de basisverzekering voornamelijk mogelijk is op keuzevrijheid van zorgaanbieder en de eigen dienstverlening aan de klant.²⁶ Op de dekking van de basisverzekering is nagenoeg geen differentiatie mogelijk. Voor de aanvullende verzekering zijn er wel meer mogelijkheden, ook om beperkingen uit de basisverzekering op te heffen, maar ook deze ruimte lijkt steeds kleiner te worden door maatschappelijke druk op zorgverzekeraars.

De negen zorgverzekeringsconcerns zijn, in ieder geval voor de aanvullende verzekering, onder 40 merken/labels actief.²⁷ Sommige merken richten zich in hun marketing op een specifieke groep klanten, zoals jongeren. Andere merken differentiëren zich op laagste prijs of volledige keuzevrijheid van zorgaanbieder.²⁸ Een individueel merk biedt soms meerdere basis- en aanvullende verzekeringen aan. Het aantal verschillende polissen voor de basis- en aanvullende verzekering is sinds 2006 geleidelijk toegenomen. In 2006 waren er 45 verschillende basisverzekeringen en 137 aanvullende verzekeringen op de markt.²⁹ In het afgelopen jaar zijn deze aantallen opgelopen tot 71 respectievelijk 276.³⁰ AFM (2015) concludeert dat er in een groot aantal van de aangeboden aanvullende zorgverzekeringen weinig grote verschillen zijn in dekking.³¹ De AFM is van mening dat het productaanbod hierdoor onnodig onoverzichtelijk wordt voor de verzekerde.

Al met al lijkt er sprake van productdifferentiatie op de zorgverzekeringsmarkt. Het is voor ACM, mede op basis van het onderzoek van de AFM, onduidelijk in welke mate dit ziet op objectieve

²⁵ Chamberlin (1933).

²⁶ Gupta (2015), p. 31.

²⁷ NZa (2015b), p.52.

²⁸ Er is hierbij niet direct sprake van expliciete risicoselectie; het gaat ook vaak om het rechtstreeks aanspreken van bepaalde doelgroepen.

²⁹ NZa (2006), p.12.

³⁰ NZa (2015b), p. 49 en 52.

³¹ AFM (2015), p.6.



verschillen. Gupta (2015) geeft daarnaast aan dat wet- en regelgeving en maatschappelijke druk de ruimte voor productdifferentiatie beperkt.³² Het is daarom twijfelachtig of de huidige differentiatie in het belang van de verzekerde is.

Er bestaan significante toetredingsbarrières

Een markt is over het algemeen meer concurrerend als deze wordt gekenmerkt door lage toetredingsbarrières. Bij lage toetredingsbarrières lokken positieve winsten namelijk direct toetreding uit. Omgekeerd kunnen toetredingsbarrières leiden tot marktmacht.

Gupta (2015) stelt dat het voor nieuwe partijen moeilijk en tijdrovend is om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt.³³ Voor toetreding moeten zij een vergunning van De Nederlandsche Bank krijgen en hun verzekeringspolissen laten toetsen door de NZa. Interviewpartners van Gupta stellen dat het ontbreken van duidelijke vergunningseisen, deze trajecten moeizaam kan maken. Daarnaast maken de hoge risico's in de markt toetreden onaantrekkelijk. Deze risico's zijn volgens interviewpartijen hoog door de grote complexiteit van de markt en de maatschappelijke druk op zorgverzekeraars. Ook de NZa stelt dat het voor nieuwe zorgverzekeraars moeilijk is om toe te treden.³⁴ Volgens de NZa is de wettelijke vermogens eis voor zorgverzekeraars, in combinatie met een laag rendement op zorgverzekeringen, de belangrijkste barrière. Ook zijn regeldruk met samenhangende onzekerheid en de complexe toelatingsprocedure grote toetredingsbarrières.

Tot op heden heeft er sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet geen toetreding van nieuwe partijen plaatsgevonden. Anno12 heeft een poging gedaan maar besloot begin 2015 haar activiteiten te staken omdat zij te weinig klanten kon aantrekken.³⁵ Recent is er een initiatief gestart dat vanaf 2017 tot de nieuwe zorgverzekeraar 'Zorgeloos' moet leiden. Daadwerkelijke toetreding is echter nog altijd uitgebleven. Dit is consistent met het bestaan van toetredingsbarrières waarbij het nog onduidelijk is in welke mate dit gaat om vermijdbare barrières. Verschillende barrières zoals de solvabiliteits- en vergunningseisen dienen namelijk ook het algemeen belang.

2.4 Gedrag van zorgverzekeraars en verzekerden

Het marktgedrag van zorgverzekeraars en verzekerden geeft informatie over de wijze en mate van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. In deze paragraaf komen drie elementen van marktgedrag aan de orde: de premiestelling door zorgverzekeraars, het overstapgedrag van verzekerden en de marketingkosten van zorgverzekeraars.

Er bestaan significante premieverschillen tussen basisverzekeringen

Een rationele consument maakt voor de zorgverzekering een keuze op basis van de prijs-kwaliteitverhouding die het beste bij zijn voorkeuren past. Dit leidt er toe dat er onder effectieve concurrentie en bij homogene producten, geen prijsverschillen bestaan tussen de aanbieders. Indien er sprake is van gedifferentieerde producten worden de prijsverschillen, onder de aanname van

³² Gupta (2015), p. 46-49.

³³ Gupta (2015), p. 43.

³⁴ NZa (2015b), p. 18.

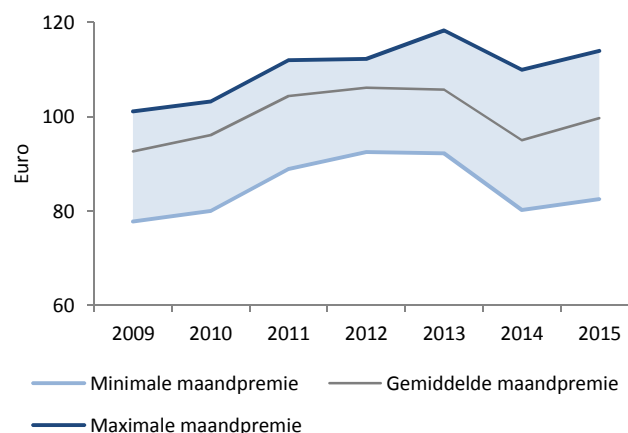
³⁵ <https://www.anno12.nl/>



effectieve concurrentie, verklaard door kwaliteitsverschillen, bijvoorbeeld in de mate van service, vrijheid van zorgkeuze voor een verzekerde en doelmatigheid van inkoop door verzekeraars. Overige prijsverschillen zijn mogelijk het gevolg van een bepaalde mate van marktmacht van aanbieders. Deze marktmacht kan weer verschillende oorzaken hebben zoals zoek- en overstapkosten.

Gupta (2015) laat zien dat er op de basisverzekering hoofdzakelijk concurrentie op premie, vrijheid van zorgkeuze en dienstverlening mogelijk is.³⁶ Figuur 5 toont in dit licht dat er een aanzienlijke spreiding zit in de premies van zorgverzekeraars; het maximale verschil in maandpremie voor 2015 bedraagt maar liefst EUR 31,45 wat leidt tot een verschil op jaarbasis van ruim EUR 375. Deze spreiding is door de tijd toegenomen. In 2009 was het maximale verschil EUR 23,35 per maand.

Deze premieverschillen kunnen voor een deel verklaard worden door een verschil in kwaliteit. In de vergelijking zijn namelijk alle basisverzekeringen opgenomen, zowel met volledige vrije zorgkeuze als met beperkte zorgkeuze en hogere eigen bijdrages voor verzekerden.³⁷ Desondanks bestaat er voor restitutiepolissen³⁸ in 2016 nog een prijsverschil van ruim EUR 240 op jaarbasis tussen de goedkoopste en duurste. Dit is meer dan 20% prijsverschil.³⁹



Figuur 5: Premieverschillen basisverzekering (Bron: HomeFinance, 2009-2015; bewerking ACM).

De premieverschillen staan in enig contrast met wat consumenten aangeven bij welk premieverschil zij zullen overstappen. Consumenten geven in ACM (2015) namelijk aan dat zij, bij een gelijk eigen risico, gemiddeld bij een besparing van EUR 120 op jaarbasis een overstap van zorgverzekering de moeite waard vinden. Voor een deel van de verzekerden met een restitutiepolis zal deze besparing dus haalbaar moeten zijn, maar het is onduidelijk waarom deze premieverschillen blijven bestaan.

Zoek- en overstapkosten zijn hiervoor mogelijk een verklaring, maar zoekkosten worden gedeeltelijk beperkt door de aanwezigheid van prijsvergelijkingswebsites. Deze zijn er in veel verschillende vormen, en kunnen verzekerden helpen bij het zoeken naar de juiste zorgverzekering. Echter, ACM

³⁶ Gupta (2015), p. 44.

³⁷ Het goedkoopste tarief behoort namelijk bij een polis waarbij selectief is ingekocht en de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg beperkt is; het duurste tarief hoort bij een polis met volledig vrije zorgkeuze en ook 100% dekking van niet-gecontracteerde zorg. Bij elke verzekering is uitgegaan van het wettelijk verplichte eigen risico.

³⁸ Bij een restitutiepolis krijgt de verzekerde bij elke zorgaanbieder dezelfde vergoeding en is er dus meer keuzevrijheid. Het kan wel voorkomen dat een verzekerde de rekening moet voorschieten.

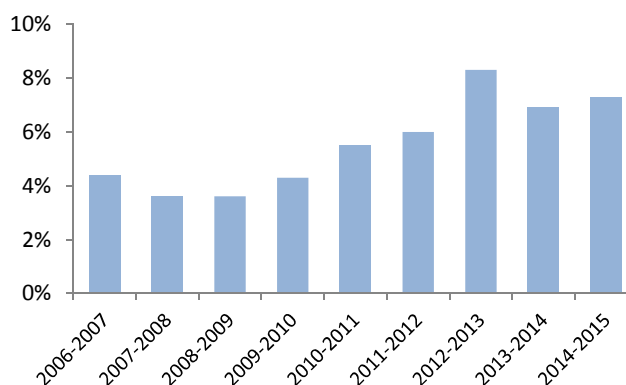
³⁹ Bron: www.independ.nl op 25 november 2015. Goedkoopste polis is van Ditzo met een maandpremie van EUR 93,85 en de duurste is van De Goudse met een maandpremie van EUR 113,95. Het eigen risico is voor alle verzekeringspolissen het wettelijk verplichte eigen risico.



(2015) laat zien dat slechts 8% van de overgestapte verzekerden zijn nieuwe zorgverzekering heeft afgesloten via een prijsvergelijkingswebsite. Dit is consistent met het inzicht dat slechts 37% van de verzekerden die zich georiënteerd heeft op een overstap of werkelijk is overgestapt, prijsvergelijkingswebsite als (zeer) betrouwbaar bestempelt. Er lijkt hier dus nog veel te winnen voor prijsvergelijkingswebsites.

Een groot deel van de verzekerden is nog nooit overgestapt van zorgverzekeraar en profiteert mogelijk niet mee van het toegenomen overstappedrag

Consumenten spelen een belangrijke rol in het stimuleren van concurrentie. De dreiging dat klanten overstappen naar een concurrent, dwingt zorgverzekeraars om hun producten en dienstverlening doorlopend te verbeteren. Een indicator voor de mate waarin zorgverzekeraars deze dreiging ervaren, is het percentage verzekerden dat jaarlijkse wisselt van zorgverzekeraar.⁴⁰ Figuur 6 geeft vanaf 2006 het percentage verzekerden weer



Figuur 6: Percentage overstappers voor de basisverzekering op jaarbasis (Bron: Vektis, 2015).

dat met de basisverzekering is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De figuur laat een toename van het aantal overstappers zien. Dit kan ook een overstap tussen twee verzekeraars binnen hetzelfde zorgverzekeringsconcern zijn. Het is met de beschikbare data niet mogelijk om een nader onderscheid te maken naar overstappen tussen concerns. Ook het wisselen van label binnen een zorgverzekeraar of het wisselen van polis binnen een label zijn niet opgenomen in deze cijfers.⁴¹

Een overstapperpercentage van 7-8% op de zorgverzekeringsmarkt is in vergelijking met energiecontracten (14% per jaar) relatief laag maar in vergelijking met betaalrekeningen (3% per jaar) en autoverzekeringen (5% per jaar) hoog. Echter, ondanks het toegenomen overstapperpercentage is een groot deel van de verzekerden nog nooit veranderd van zorgverzekeraar. Uit Vektis (2015) blijkt dat 69% van de verzekerden nog nooit is overgestapt; 20% van de verzekerden is sinds 2006 eenmaal overgestapt van zorgverzekeraar (zie Tabel 1). Dit is consistent met ACM (2015) waaruit blijkt dat 70% van de bevroegde verzekerden in de overstapperperiode 2014-2015 niet heeft overwogen om over te stappen.

⁴⁰ Een overstapcijfer an sich, zegt echter niet direct iets over de mate van concurrentie; een laag overstapcijfer kan namelijk duiden op consumenteninertie, maar kan ook wijzen op effectieve concurrentie waarbij er geen noodzaak is voor verzekerden om over te stappen.

⁴¹ Er zijn vier niveau's te onderscheiden: concerns, verzekeraars (risicodragers), labels en polissen. Een concern kan meerdere risicodragers omvatten en een risicodrager kan meerdere labels voeren. Tot slot kan een label meerdere polissen aanbieden. Zo heeft het concern CZ bijvoorbeeld vier risicodragers (Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.; OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., OHRA zorgverzekeringen N.V. en OMW CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.), en hebben risicodragers verschillende labels. OMW CZ Groep Zorgverzekeraar U.A. heeft bijvoorbeeld de labels CZ en Czdirect. Label CZ heeft vervolgens weer een restitutie en een naturapolis (CZ zorg op maat en CZ Zorgkeuzepolis).



Tabel 1: Overstapfrequentie basisverzekering (Bron: Vektis, 2013-2015; bewerking ACM).

Overstapfrequentie	Overgestapt tussen 2006-2013	Overgestapt tussen 2006-2014	Overgestapt tussen 2006-2015
0 keer	76%	73%	69%
1 keer	18%	19%	20%
2 keer	5%	6%	7%
3 keer	1%	2%	2%
4 of meer keer	0,3%	0,6%	1%

Uit Tabel 1 volgt ook dat er een verband is tussen overstapedrag in het verleden en in de toekomst. Bij benadering⁴² is eind 2014 ongeveer 5% van de verzekerden die tussen 2006 en 2014 nog nooit was overgestapt voor het eerst overgestapt. Tegelijkertijd is ongeveer 15% van de verzekerden die tussen 2006 en 2014 één keer overgestapt is voor de tweede maal overgestapt en is ongeveer 30% van de verzekerden die tussen 2006-2014 twee keer overgestapt was voor de derde keer overgestapt. De switchbereidheid van verzekerden lijkt dus toe te nemen naar mate ze in het verleden vaker zijn overgestapt.

Als het voor zorgverzekeraars niet mogelijk is om overstappers een beter aanbod te doen dan niet-overstappers, dan profiteren verzekerden die niet overstappen mee van de concurrentiedruk die uitgaat van de overstappers. In de vorige paragraaf is genoemd dat het aantal polissen op de zorgverzekeringsmarkt is toegenomen. De NZa constateert dat de nieuw-geïntroduceerde polissen vaak een lagere premie hadden dan het gemiddelde op dat moment.⁴³ Het is mogelijk dat deze nieuwe polissen zijn geïntroduceerd als manier om prijsdiscriminatie toe te passen tussen overstappers en niet-overstappers.⁴⁴ Dit kan mogelijk ook de eerder geconstateerde premieverschillen voor zorgverzekeringen verklaren, maar nader onderzoek zal moeten uitwijzen of hier daadwerkelijk sprake van is.

Zorgverzekeraars zijn de laatste jaren actiever op het gebied van marketing

Om nieuwe verzekerden aan zich te binden en bestaande verzekerden te behouden, kan het voor zorgverzekeraars belangrijk zijn te investeren in acquisitie en reclame. Hiermee kan een verzekeraar duidelijk maken wat zijn aanbod is, of zelfs de perceptie van het aanbod verbeteren. Acquisitie speelt dus een belangrijke rol in het vergroten of behouden van marktaandeel. Gupta (2015) geeft aan dat zorgverzekeraars voornamelijk inzetten op behoud van marktaandeel.⁴⁵

De mate en wijze van adverteren verschilt volgens de theorie vaak per type product. Economische literatuur onderscheidt grofweg drie typen producten: 'search goods'⁴⁶, 'experience goods'⁴⁷ en

⁴² Het is een benadering omdat percentages uit verschillende jaren niet volledig vergelijkbaar zijn en de percentages zijn afgerond waardoor over- en onderschattingen zeer aannemelijk zijn.

⁴³ Nza (2015b), p. 49.

⁴⁴ Het gaat hier niet om verzekerden met een verschillend risicoprofiel waardoor er sprake zou zijn van risico-selectie.

⁴⁵ Gupta (2015), p. 13.

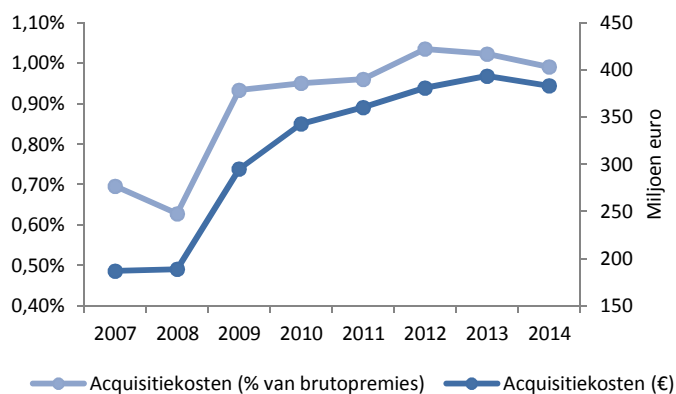
⁴⁶ A search good is one whose features the consumer can ascertain before purchase (Cabral, 2000, p. 223).

⁴⁷ An experience good is one whose features can be ascertained only upon consumption (Cabral, 2000, p. 223).



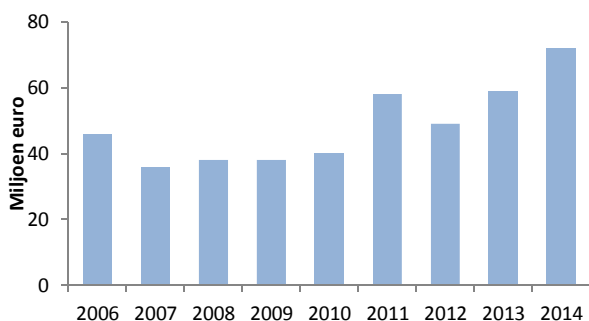
'*credence goods*'⁴⁸. Adverteren voor deze producttypen kan zowel tot meer als minder concurrentie leiden.⁴⁹ Als adverteren voornamelijk gericht is op het verlagen van zoekkosten voor verzekerden, dan kan dit een concurrentie-verhogend effect hebben. Dit effect treedt voornamelijk op bij *search goods*. Echter, als de advertenties er voornamelijk op gericht zijn om producten meer van elkaar te laten onderscheiden (productdifferentiatie) dan kan het juist een concurrentie-verlagend effect hebben. Aanbieders proberen namelijk de perceptie van hun product ten opzichte van dat van de concurrenten te veranderen, zonder dat het een wezenlijk ander product is, waardoor de *willingness-to-pay* voor hun product stijgt. Zij kunnen daardoor dus een hogere premie vragen dan onder effectieve concurrentie.

Een zorgverzekering is een bijzonder product en heeft kenmerken van alle drie de productcategorieën. Dit heeft er mee te maken dat alle polisvoorwaarden beschikbaar zijn voor de verzekerde (*search good*). Er zijn echter bijzonder veel kenmerken die het moeilijk maken alles te overzien, en service is bijvoorbeeld pas achteraf goed te beoordelen (*experience good*). Tot slot is de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, door het beperkt beschikbaar zijn van kwaliteitsindicatoren⁵⁰, niet altijd goed te beoordelen voor de verzekerde (*credence good*). Deze kenmerken maken het adverteren door zorgverzekeraars belangrijk; zij moeten verzekerden ervan overtuigen dat ze het beste af zijn door bij hen een zorgverzekering af te sluiten.



Figuur 7: Acquisitiekosten basisverzekeringen
(Bron: DNB Statistiek (b), bewerking ACM).

Cijfers van DNB tonen dat de acquisitiekosten van zorgverzekeraars voor de basisverzekering sterk zijn opgelopen (zie Figuur 7). Werd er in 2007 en 2008 ongeveer EUR 180 miljoen uitgegeven aan acquisitie, in 2014 was dit meer



Figuur 8: Reclamebestedingen van alle zorgverzekeraars per jaar
(Bron: BS Health Consultancy, 2007-2015).

dan verdubbeld naar ruim EUR 380 miljoen. Acquisitiekosten kunnen echter niet direct worden aangemerkt als reclamekosten. Volgens Zorgverzekeraars Nederland valt onder de noemer 'acquisitiekosten' "*alles wat met werving en voorlichting van klanten te maken heeft*". Hieronder vallen dus alle kosten die te maken hebben met het afsluiten van nieuwe en bestaande polissen.⁵¹ Figuur 8

⁴⁸ A credence good is when quality cannot be determined even after consumption (Cabral, 2000, p. 223).

⁴⁹ Zie voor meer informatie Cabral (2000) en Dukes (2009).

⁵⁰ Gupta (2015), p. 50.

⁵¹ <http://www.nrcq.nl/2014/11/28/geven-verzekeraars-echt-zoveel-uit-om-jou-te-lokken>



laat zien dat reclamebestedingen tot 2010 ongeveer EUR 40 miljoen bedroegen maar in 2014 zijn opgelopen tot EUR 72 miljoen per jaar.

Zorgverzekeraars zijn dus steeds meer gaan uitgeven aan marketing. Omdat zorgverzekeringen complexe producten zijn, is het de vraag of dit tot meer concurrentie heeft geleid. Er zijn wel steeds meer polissen van de basisverzekering op de markt gekomen, maar Gupta (2015) geeft aan dat objectief onderscheid op de basisverzekering beperkt is.⁵² Marketinguitingen zouden er dus op gericht kunnen zijn om de perceptie van verzekerden te veranderen zonder dat dit op objectieve kenmerken berust. Dit zou negatief kunnen uitpakken voor de mate van concurrentie, maar voor deze stelling is aanvullend onderzoek nodig.

2.5 Performance van de zorgverzekeringsmarkt

Een gebrek aan concurrentie geeft spelers marktmacht, wat betekent dat zij zich in een bepaalde mate onafhankelijk kunnen gedragen van hun concurrenten. Marktmacht kan zich uiten in hogere prijzen, een lagere kwaliteit en een gebrek aan innovatie. Prestatie-indicatoren kunnen een beeld geven van de mate waarin er marktmacht uitgeoefend wordt. Zo kunnen hoge winsten wijzen op te hoge prijzen en kunnen ze indicatief zijn voor een gebrek aan concurrentie. Er bestaan verschillende indicatoren waarmee de performance van aanbieders kan worden gemeten. Voor de zorgverzekeringsmarkt is er informatie beschikbaar over de klanttevredenheid, de winstgevendheid van basisverzekeringen en de kosten van zorgverzekeraars.

Prestatie-indicatoren met betrekking tot de winstgevendheid zijn op de markt voor zorgverzekeringen mogelijk minder indicatief dan op andere markten. Dit komt doordat de meeste verzekeraars, volgens hun statuten, geen winstdoelstelling hanteren. Daarom hebben zij ook niet per definitie de prikkel om eventuele marktmacht uit te oefenen en op die manier de winst te verhogen. Een gebrek aan concurrentie zal zich wellicht eerder uiten in een inefficiënt hoog kostenniveau en een gebrek aan innovatie.

Consumententevredenheid over zorgverzekeraars is hoog maar wantrouwen neemt toe

In een enquête uitgevoerd door MarketResponse is aan verzekerden gevraagd hoe tevreden zij zijn over hun huidige zorgverzekeraar.⁵³ 84% van de bevroegde verzekerden geeft aan (zeer) tevreden te zijn. Uit onderzoek van Zorgwijzer.nl blijkt voorts dat er geen verband is tussen de klanttevredenheid van een zorgverzekeraar en de hoogte van de premie.⁵⁴ De 15 goedkoopste verzekeraars behalen een gemiddeld klantcijfer van een 7,8 en de 15 duurste een 7,5. Het onderzoek van MarketResponse signaleert ook dat er sprake is van een toenemend wantrouwen van verzekerden tegenover zorgverzekeraars.⁵⁵ Van de bevroegde verzekerden zegt 40% (zeer) weinig vertrouwen te hebben dat zorgverzekeraars het belang van klanten voor ogen houden, tegen 32% in 2014.

⁵² Gupta (2015), p. 35.

⁵³ MarketResponse (2015), p.22.

⁵⁴ <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2016/klanttevredenheid-hoger-bij-goedkopere-zorgverzekeraar>

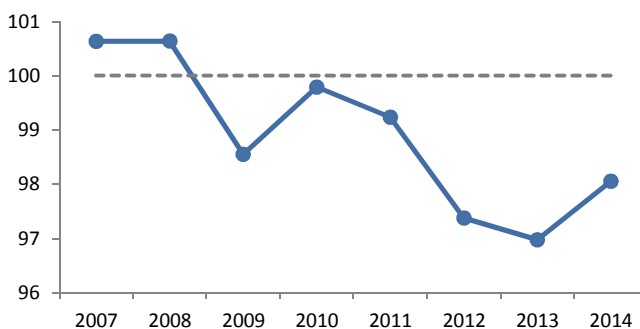
⁵⁵ MarketResponse (2015), p.20.



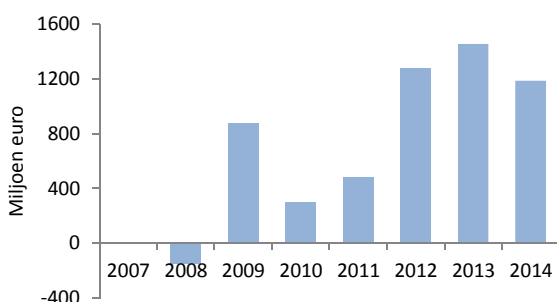
Zorgverzekeraars behalen de laatste jaren meer winst met de verkoop van basisverzekeringen

De Netto Combined Ratio (NCR) is een maatstaf die de verhouding weergeeft tussen enerzijds de uitgekeerde schadelast en bedrijfskosten en anderzijds de ontvangen premies.⁵⁶ Een waarde onder (boven) de 100 impliceert dat de kernactiviteiten van een verzekeraar winstgevend (verlieslatend) zijn.⁵⁷

Figuur 9 geeft de NCR voor de basisverzekering weer. De figuur laat zien dat de NCR in 2007-2008 nog boven de 100 lag, wat er op duidt dat de gezamenlijke opbrengsten van de basisverzekeringen niet voldoende waren om de schadelast en bedrijfskosten te dekken. Na 2008 wordt een dalende trend ingezet waarbij de NCR constant onder de 100 blijft.



Figuur 9: Gewogen gemiddelde NCR voor basisverzekeringen (Bron: DNB Statistiek (b), bewerking ACM).

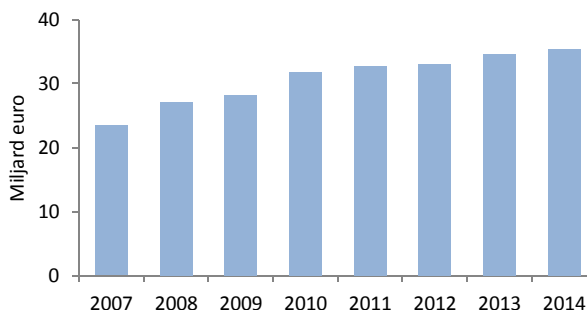


Figuur 10: Nettoresultaat basisverzekeringen (Bron: DNB Statistiek (b)).

winst maken met de verkoop van basisverzekeringen dan in de periode daarvoor. De laatste drie jaar is de winst tussen 3 en 4% van de premie-inkomsten.

Kostenbesparingen lijken niet de meest waarschijnlijke verklaring hiervoor

De toegenomen winstgevendheid lijkt niet voort te komen uit kostenbesparingen van zorgverzekeraars. Uit Figuur 11 volgt dat de gedeclareerde zorgkosten door verzekerden in de periode 2007 tot en met 2014 gestaag zijn toegenomen. De zorgkosten zijn verreweg de grootste



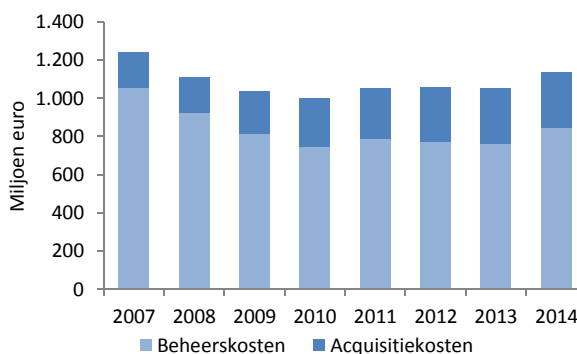
Figuur 11: Gedeclareerde zorgkosten basisverzekering. (Bron: DNB Statistiek (a)).

⁵⁶ De NCR geeft het verzekeringstechnische resultaat weer: het resultaat zonder beleggingsopbrengsten en herverzekering.

⁵⁷ DNB (2008), p.16. Een NCR groter dan 100 betekent niet dat een verzekeraar verlies maakt. Verzekeraars hebben naast de premieopbrengsten ook andere inkomstenbronnen, zoals het resultaat uit beleggingen en renteopbrengsten. Deze opbrengsten kunnen ervoor zorgen dat een verzekeraar toch winst maakt.



kostenpost voor zorgverzekeraars, maar de hoogte ervan is niet volledig beïnvloedbaar.⁵⁸ De bedrijfskosten – personeel, gebouwen, etc. – zijn wel beïnvloedbaar.⁵⁹ Uit Figuur 12 volgt dat de bedrijfskosten van 2007 tot 2010 zijn afgenomen met ongeveer EUR 100 miljoen per jaar. Dit komt volledig door een daling in de beheerskosten wat kan duiden op toegenomen efficiëntie van zorgverzekeraars. De acquisitiekosten zijn sinds 2007 juist gestegen. Hoewel de bedrijfskosten gedaald zijn met EUR 100 miljoen kan dit slechts een klein deel van de winststijging vanaf 2007 verklaren.



Figuur 12: Bedrijfskosten basisverzekering
(Bron: DNB Statistiek (b), bewerking ACM).

De NZa (2015) geeft een aantal mogelijke verklaringen voor de toegenomen winsten in de afgelopen jaren.⁶⁰ Ten eerste zijn in die periode de solvabiliteitseisen⁶¹ verhoogd. Zorgverzekeraars hebben hun premies daarop aangepast en gebruiken de winsten voor het verhogen van de financiële reserves. Ten tweede vielen de zorguitgaven in deze periode lager uit dan geraamd, wat tot een meevaller in de winsten heeft geleid. Ten slotte wordt ook aangevoerd dat een deel van de toename in de winst van zorgverzekeraars verklaard kan worden door meevallende beleggingsopbrengsten.⁶²

24/29

2.6 Uitkomst SCP-analyse

In dit hoofdstuk is er op basis van het SCP-model een eerste analyse gemaakt van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Het beeld dat hieruit volgt, wijst niet evident in de richting van effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Op basis van deze analyse kan er nog geen definitieve conclusie getrokken worden over de mate van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. De relatie tussen indicatoren uit het SCP-model en concurrentie is namelijk niet altijd eenduidig. Daarnaast zijn niet alle mogelijke SCP-indicatoren meegenomen in de analyse als gevolg van data-beperkingen. Om met zekerheid conclusies te kunnen trekken over de mate van concurrentie is meer en diepgaander onderzoek nodig. De functie van deze SCP-analyse is daarom om een eerste beeld van concurrentie te schetsen, op basis waarvan in het volgende hoofdstuk relevant vervolgonderzoek is geïdentificeerd.

⁵⁸ Gupta (2015), p.34.

⁵⁹ Gupta (2015), p.27.

⁶⁰ NZa (2015a), p. 37.

⁶¹ De toename in de financiële reserves van de zorgverzekeraars is volgens de NZa noodzakelijk geweest om aan de strengere solvabiliteitseisen te voldoen. Ten eerste steeg in 2010 de solvabiliteitseis van 8% naar 9% en deze werd in 2012 nogmaals verhoogd naar 11%. Ten tweede zijn zorgverzekeraars meer risicodragend geworden na het afschaffen van de meeste ex-postvergoedingen. Ten derde moeten zorgverzekeraars meer vermogen aanhouden wanneer ze meer zorguitgaven hebben. Door de overheveling van de AWBZ naar de Zvw zijn de zorguitgaven sterk toegenomen en moesten zorgverzekeraars dus meer vermogen aan te houden. Tot slot geldt vanaf 2016 Solvency II welke strenger is dan Solvency I waardoor zorgverzekeraars meer vermogen moeten aanhouden.

⁶² Minister van VWS (2013), p.2.



3 Onderzoekshypotheses en vervolgstappen

Op basis van het onderzoek door Gupta en de analyse van ACM zijn drie hypothesen opgesteld voor nader onderzoek. Deze drie hypothesen komen overeen met de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek tot nu toe. Het onderzoek zal samen met de NZa uitgevoerd worden. Het doel is voor onderstaande drie onderwerpen tot concrete aanbevelingen te komen.

Hypothese 1: Grote zorgverzekeraars hebben onvoldoende prikkels om zich van elkaar te onderscheiden en daarmee verzekerden te winnen

Gupta (2015) laat zien dat zorgverzekeraars beperkt worden in hun doen en laten door wet- en regelgeving. Ook beschrijft Gupta dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het aanbrenge van concurrentieel onderscheid als gevolg van stevige politieke en maatschappelijke druk. Ondanks deze beperkingen blijft er echter ruimte voor onderscheidend vermogen, maar Gupta stelt dat deze ruimte momenteel niet ten volle wordt benut. Bijvoorbeeld op het gebied van zorginkoop zouden zorgverzekeraars zich volgens Gupta meer kunnen onderscheiden door selectiever in te kopen. Een mogelijke verklaring is dat zorgverzekeraars niet direct de prikkel hebben om zich van elkaar te onderscheiden en op die manier marktaandeel te winnen. Zo constateert Gupta dat zorgverzekeraars vooral inzetten op behoud van marktaandeel en niet zozeer op groei van marktaandeel. De relatieve stabiliteit, behoudens fusies en overnames, van de individuele marktaandelen van zorgverzekeraars is in lijn met deze constatering. Onder een doelstelling van marktaandeelbehoud heeft een zorgverzekeraar minder prikkels om zich te onderscheiden van haar concurrenten om daarmee marktaandeel te winnen. Als gevolg hiervan komen mogelijke vormen van product- en procesinnovatie niet van de grond die wel van toegevoegde waarde zijn voor de consument. ACM en NZa zullen om deze reden nader onderzoeken waarom zorgverzekeraars niet (de prikkel hebben om) alle beschikbare ruimte (te) gebruiken en of dit ook schadelijk uitpakt voor consumenten.

Hypothese 2: Onnodig hoge toetredings- en groeibarrières op de zorgverzekeringsmarkt beperken de concurrentiedruk vanuit potentiële toetreders en kleinere zorgverzekeraars

Zoals ook bij hypothese 1 benoemd, is er weinig tot geen dynamiek in de marktaandelen van zorgverzekeraars. Deze stabiliteit van de marktaandelen wordt ook nog niet doorbroken door een sterke groei van de kleinere zorgverzekeraars of door de toetreding van een nieuwe zorgverzekeraar. Anno12 heeft recent getracht toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt, maar zag zich genoodzaakt deze poging te staken.

Zowel NZa (2015) als Gupta (2015) komen tot de conclusie dat nieuwe zorgverzekeraars verschillende hordes moeten overwinnen als zij willen toetreden tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Hierbij staat niet vast dat deze hordes onnodig hoog en vermijdbaar zijn. Dit gaat bijvoorbeeld om de vergunningsaanvraag bij DNB, de complexiteit en hoge risico's in de markt, de veelheid en onzekerheid in wet- en regelgeving en de solvabiliteitseisen. Deze laatste twee factoren zouden naast toetreding ook een rem kunnen zetten op de groei van (kleinere) zorgverzekeraars. De solvabiliteitseisen verplichten zorgverzekeraars namelijk om voor elke nieuwe verzekerde al voldoende eigen vermogen te hebben; hierdoor zijn zorgverzekeraars beperkt in hun



groeipotentieel. Net als ACM eerder vaststelde voor bancaire sectoren zou dit kunnen leiden tot capaciteitsrestricties die een negatief effect op concurrentie hebben.

Hypothese 3: Beperkte transparantie en onnodige complexiteit van het productaanbod beperken de disciplinerende druk vanuit consumenten op zorgverzekeraars

Elk jaar kunnen consumenten overstappen naar een andere zorgverzekeraar of verzekeringspolis. In de periode van medio november tot 1 januari worden consumenten met verschillende aanbiedingen geconfronteerd. Dit gaat via reguliere media, prijsvergelijkingswebsites, collectiviteiten en doelgroep-marketing. Zorgverzekeraars hebben in 2014 ruim EUR 380 miljoen aan acquisitiekosten besteed, en EUR 72 miljoen hiervan is besteed aan reclame. Mede als gevolg hiervan stapt jaarlijks ongeveer 7% van de consumenten over naar een andere zorgverzekeraar; 69% van de consumenten is echter nog nooit overgestapt sinds 2006. Dit ondanks premieverschillen die bij restitutiepolissen op kunnen lopen tot EUR 240 per jaar. Het is hierbij mogelijk dat er via verschillende labels van een concern op een indirecte manier sprake is van prijsdiscriminatie tussen overstappende en niet-overstappende consumenten. De consumenten die nog nooit zijn overgestapt profiteren hierdoor minder van de disciplinerende werking die uitgaat van de overstappende consumenten.

In 2015 waren er, buiten collectiviteitsaanbiedingen, 71 verschillende basisverzekeringen en 276 aanvullende verzekeringen beschikbaar voor consumenten. Op basis van deze aantallen lijkt er voldoende keuze voor consumenten. De vraag is wel of consumenten in staat zijn de voor hen best passende zorgverzekeringspolis te kiezen. Volgens AFM (2015) verschillen sommige aanvullende verzekeringen namelijk maar weinig van elkaar, ondanks dat de reclame-uitingen van zorgverzekeraars de consument iets anders willen doen geloven. Het onderscheid tussen zorgverzekeraars is daardoor mogelijk voornamelijk gebaseerd op niet-objectieve kenmerken, wat de concurrentie tussen zorgverzekeraars verslechtert.

Vervolgstappen

Op basis van Gupta (2015) en het onderzoek dat ACM tot op heden heeft uitgevoerd, zijn voorgaande hypothesen geformuleerd. ACM en NZa zullen in de komende periode deze hypothesen nader onderzoeken. Alle input van marktpartijen op deze hypothesen is hierbij welkom. ACM en NZa zullen in het vervolg van deze studie ook zelf actief marktpartijen gaan bevragen voor relevante informatie en kennis. Het uiteindelijke doel is om tot concrete aanbevelingen te komen die een positieve bijdrage aan de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt leveren, zonder dat dit ten koste gaat van andere publieke belangen.



4 Bronnenlijst

- ACM (2015). *Financiële Standaardproducten - Studie naar de effecten van standaardproducten op de marktwerking in de financiële sector*. Verkrijgbaar via:
<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/13827/Effecten-financiele-standaardproducten-op-marktwerking/>
- AFM (2015). *Uitkomsten onderzoek Aanvullende Zorgverzekeringen*. Verkrijgbaar via:
<https://www.afm.nl/nl-nl/professionals/nieuws/2015/nov/rapport-aanvullende-zorgverzekeringen>
- Bain, J.S. (1968). *Industrial Organization* (2nd ed.), New York, NY: John Wiley.
- Bishop, S. & Walker, M. (2010). *The Economics of EC Competition Law* (3rd ed.). London: Thompson Reuters.
- BS Health Consultancy (2007). *Stilte na de storm - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p.15. Verkrijgbaar via:
http://www.bshealth.nl/demo/articles/images/File/stilte_na_de_storm.pdf
- BS Health Consultancy (2009). *Volop concurrentie weinig mobiliteit - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p.17. Verkrijgbaar via:
<http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Volop%20concurrentie%20weinig%20mobiliteit.pdf>
- BS Health Consultancy (2010). *Toename mobiliteit om prijs - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p.17. Verkrijgbaar via:
[http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Toename%20mobiliteit%20om%20prijs\(1\).pdf](http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Toename%20mobiliteit%20om%20prijs(1).pdf)
- BS Health Consultancy (2011). *Mobiliteit prijs en internet gestuurd - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p.4. Verkrijgbaar via:
<http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Mobiliteit%20prijs%20en%20internet%20gestuurd.pdf>
- BS Health Consultancy (2012). *Reguliere zorgpolis verliest terrein - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p. 13. Verkrijgbaar via:
<http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Reguliere%20zorgpolis%20verliest%20terrein.pdf>
- BS Health Consultancy (2013). *Mobiliteit gestuurd door kostenbesparing - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p.19. Verkrijgbaar via:
<http://www.bshealth.nl/articles/images/File/Mobiliteit%20gestuurd%20door%20kostenbesparing.pdf>
- BS Health Consultancy (2014). *Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid en prijs - Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p. 21. Verkrijgbaar via:
http://www.bshealth.nl/articles/images/File/zorgverzekerde_kiest_voor_keuzevrijheid_en_prij_s.pdf
- BS Health Consultancy (2015). *Klein wint van groot – Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. p. 18. Verkrijgbaar via:
http://www.bshealth.nl/articles/images/File/klein_wint_van_groot.pdf



- Cabral, L. M.B. (2000). *Introduction to Industrial Organization*. Cambridge, MA: MIT Press
- Carlton, D. & Perloff, J. (2005). *Modern Industrial Organization* (4th ed.). Boston, MA: Pearson
Madison Wesley.
- Chamberlin, E. (1933) *The Theory of Monopolistic Competition*. Cambridge, MA: Harvard University
Press.
- CPB (2015). Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg. *CPB Policy Brief*
(2015/2012). Verkrijgbaar via: [http://www.cpb.nl/publicatie/vijf-aanknopingspunten-voor-
doelmatigheid-in-de-curatieve-zorg](http://www.cpb.nl/publicatie/vijf-aanknopingspunten-voor-doelmatigheid-in-de-curatieve-zorg)
- Dukes, A. (2009). Advertising and Competition. In Collins, W. Dale, (eds.), *Issues in Competition Law
and Policy*, American Bar Association 2009.
- DNB (2008). *Kwartaalbericht september 2008*. Verkrijgbaar via:
http://www.dnb.nl/binaries/Kwartaalbericht%20september%202008_tcm46-188124.pdf
- DNB (2013). *Solvabiliteit Zorgverzekeraars*. (Nieuwsbericht, 11 juni 2013). Verkrijgbaar via:
[http://www.dnb.nl/publicatie/publicaties-dnb/nieuwsbrieven/nieuwsbrief-
verzekeren/nieuwsbrief-verzekeren-juni-2013/dnb292091.jsp](http://www.dnb.nl/publicatie/publicaties-dnb/nieuwsbrieven/nieuwsbrief-verzekeren/nieuwsbrief-verzekeren-juni-2013/dnb292091.jsp)
- DNB (2015). *Nieuw toezichttraamwerk werpt beter licht op kapitaalspositie
zorgverzekeraars*. (DNBulletin, 2 juli 2015). Verkrijgbaar via:
<http://www.dnb.nl/nieuws/nieuwsoverzicht-en-archieef/dnbulletin-2015/dnb323922.jsp>
- DNB Statistiek (a). *Technische rekening schadeverzekeraars*. Toezichtgegevens verzekeraars.
(Bijlagen: Schadeverzekeraars, uitgebreide tabellenset; Jaar.) Verkrijgbaar via:
[http://www.dnb.nl/statistiek/statistieken-dnb/financiele-
instellingen/verzekeraars/toezichtgegevens-verzekeraars/index.jsp](http://www.dnb.nl/statistiek/statistieken-dnb/financiele-instellingen/verzekeraars/toezichtgegevens-verzekeraars/index.jsp)
- DNB Statistiek (b). *Winst- en Verliesrekening per schadeverzekeraar*. Gegevens individuele
verzekeraars – Overzichten schadeverzekeraars (TS2). Verkrijgbaar via:
http://www.dnb.nl/binaries/ts2ny_tcm46-330870.xls?2016010609
- Ellison, G. & Ellison, S.F. (2009). *Search, Obfuscation, and Price Elasticities on the Internet*.
Econometrica, Vol. 77(2), pp. 427–452.
- Europese Commissie (2010). Richtsnoeren inzake verticale beperkingen, 2010/C 130/01.
- Gupta (2015). *Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars – Mogelijkheden om te concurreren*.
Verkrijgbaar via: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15482/>
- HomeFinance (2015). *Zorgpremie 2015 - premie basis zorgverzekering in 2015*. Verkrijgbaar
via: <http://www.homefinance.nl/zorgverzekering/informatie/2015/zorgpremie-2015.asp>
- MarketResponse (2015). *Meer consumenten actief rondom overstappen. Rapport
consumentenonderzoek zorgverzekeringmarkt*. Verkrijgbaar via:
[https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14509/Consumentenonderzoek-
zorgverzekeringmarkt-2015/](https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14509/Consumentenonderzoek-zorgverzekeringmarkt-2015/)
- Memorie van Toelichting - Zorgverzekeringwet (2003/04). *Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004*,
29 763, nr. 3. Verkrijgbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html>.



- Minister van Algemene Zaken (2014). Wet verbod verticale integratie (33362). *Kamerbrief 3795765*. Verkrijgbaar via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/12/18/kamerbrief-wet-verbod-verticale-integratie>
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). Positieve financiële resultaten zorgverzekeraars. *Kamerbrief 109608-101903-Z*. Verkrijgbaar via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/10/kamerbrief-over-positieve-financiele-resultaten-zorgverzekeraars>
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). *Financieel beeld zorg begroting 2015*. Verkrijgbaar via:
http://www.rijksbegroting.nl/2015/voorbereiding/begroting.kst199401_25.html
- NZa (2006). *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2006*. Verkrijgbaar via:
https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_zorgverzekeringsmarkt.pdf
- NZa (2015a). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel A en brief*. Verkrijgbaar via:
https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2015_deel_A_en_brief.pdf
- NZa (2015b). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015*. Verkrijgbaar via:
http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2015
- Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2009). *Business Model Generation. Handbook for Visionaries, Game Changers, and Challengers*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Scherer, F. & Ross, D. (1990). *Industrial Market Structure and Economic Performance* (3rd ed.) Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Schut, E. & Varkevisser, M. (2009). Marktordening in de gezondheidszorg. In Schut, E. & Rutten, F. (Red.), *Economie van de gezondheidszorg* (p. 247- 288). Elsevier Gezondheidszorg, Maarsse.
- Stiglitz, J.E. (1989). Imperfect information in the product market. In Schmalensee, R. & Wilig, R.D. (Eds.) *Handbook of Industrial Organization, Vol. 1* (p. 769 – 847). North Holland, Amsterdam.
- Vektis (2013). *Zorgthermometer – Verzekerden in beweging 2013*. Verkrijgbaar via:
<http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2013/Zorgthermometer%20-%20Verzekerden%20in%20Beweging/HTML/index.html>
- Vektis (2014). *Zorgthermometer – Verzekerden in beweging 2014*. Verkrijgbaar via:
<http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2014/Zorgthermometer%20-%20Verzekerden%20in%20Beweging%202014/index.html>
- Vektis (2015). *Zorgthermometer – Verzekerden in beeld 2015*. Verkrijgbaar via:
<http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2015/Zorgthermometer%20nr14/>