

# Concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars

*Lucy Kok, Sabine Desczka en Judith Hoeben\**

*Door de verzekeraars een regierol te geven in de zorg kan een gereguleerde vorm van marktwerking in het zorgstelsel worden geïntroduceerd. Een voorwaarde voor meer marktwerking in de zorg is dat consumenten bij het kiezen van een verzekering op de premie letten. Bovendien moeten zorgverzekeraars efficiënt gaan inkopen. Aan de eerste voorwaarde lijkt wel voldaan te kunnen worden: de zorgverzekeringsmarkt kan goed werken. Of aan de tweede voorwaarde voldaan kan worden is twijfelachtig: het perspectief voor de zorginkoopmarkt is daarom minder rooskleurig (van de redactie).*

**Aanleiding.** In de discussie over het zorgverzekeringstelsel op lange termijn is de rol van de verzekeraars een van de thema's. Van verschillende kanten is geopperd de verzekeraars een regierol te geven in het zorgstelsel. Door de verzekeraars een regierol te geven kan een gereguleerde vorm van marktwerking in het zorgstelsel worden geïntroduceerd. De gedachte erachter is als volgt.

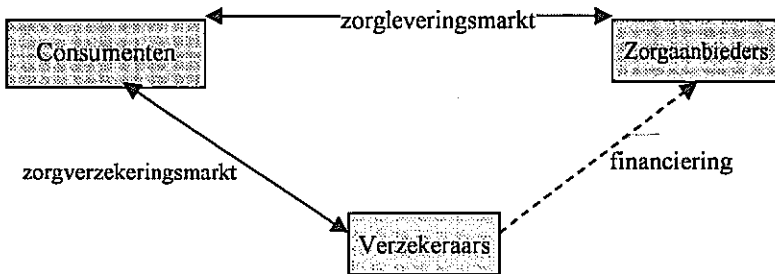
De gezondheidszorg bestaat uit drie deelmarkten: de zorgleveringsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt leveren verzekeraars verzekeringen aan consumenten. Op de zorgleveringsmarkt leveren zorgaanbieders zorg aan consumenten. Op de zorginkoopmarkt kopen verzekeraars zorg in bij zorgaanbieders, ten behoeve van hun verzekerden. De zorginkoopmarkt speelt momenteel een marginale rol in de afstemming

---

\* De auteurs werkten ten tijde van het onderzoek waarop dit artikel gebaseerd is bij IOO bv. Momenteel werkt de eerste auteur bij SEO en de andere auteurs bij het ministerie van SZW. Zij danken Ben Geurts en Hugo Keuzenkamp voor commentaar.

tussen vraag en aanbod van zorg. Verzekeraars vervullen vooral de rol van financier van de zorg. Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:

**Figuur 1: De markt voor gezondheidszorg**

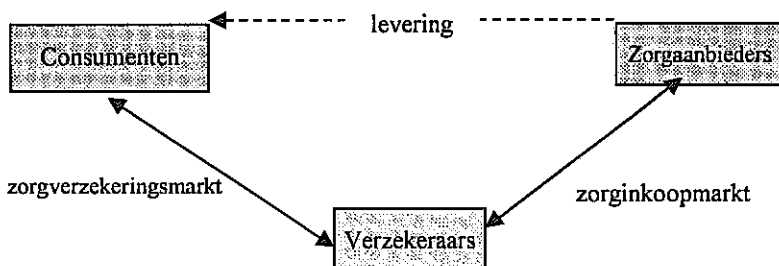


De zorgleveringsmarkt wordt gekenmerkt door een hoge mate van marktfalen. Kenmerkend voor de zorgmarkt is dat het *prijsmechanisme* niet werkt. De consument is verzekerd voor de kosten van zorg en betaalt niet zelf voor de geleverde zorg. De consument heeft daardoor geen prikkel om minder te consumeren. De zorgaanbieder heeft geen prikkel om efficiënt te werken. Daarbij komt dat er sprake is van *informatieasymmetrie*: de zorgaanbieder weet beter dan de consument welke zorg deze nodig heeft. Dat betekent dat de zorgaanbieder ook de vraag bepaalt. Zowel de uitschakeling van het prijsmechanisme als de informatieasymmetrie leiden tot overconsumptie. De overheid probeert deze marktfalens te repareren. Vooral door budgettering van zorgaanbieders probeert de overheid overconsumptie te voorkomen. Dit leidt echter tot wachtlijsten. Overheidsingrijpen leidt dus niet tot een goed presterende markt.

Omdat marktfalen op de zorgleveringsmarkt niet te repareren is, is het idee nu om de afstemming van vraag en aanbod in de zorg veel meer via de zorginkoopmarkt te laten lopen. De rol van de verzekeraar verandert dan van financier naar regisseur. De markt voor de gezondheidszorg komt er dan als volgt uit te zien:

In deze constructie onderhandelen zorgaanbieders met verzekeraars over het zorgaanbod op de zorginkoopmarkt en leveren zorgaanbieders de met de verzekeraars overeengekomen zorg aan consumenten. Het prijsmechanisme wordt versterkt omdat consumenten bij het kiezen van een verzekering op de premie letten, en verzekeraars, teneinde een goedkope verzekering aan te kunnen bieden, belang hebben bij efficiënt werkende zorgaanbieders.

**Figuur 2: De markt voor gezondheidszorg, met de verzekeraar als regisseur**



**Doel van het artikel.** Een voorwaarde voor meer marktwerking in de zorg is dat consumenten bij het kiezen van een verzekering op de premie letten. Bovendien moeten zorgverzekeraars efficiënt gaan inkopen. In de ESB van 23 februari laat F.T. Schut zien dat ziekenfondsverzekerden nauwelijks gevoelig blijken voor premieverschillen. In dit artikel gaan we na hoe particulier verzekerden een verzekering kiezen en of de prijs een belangrijke rol speelt in het keuzeprocess. Ook gaan we na in hoeverre particuliere verzekeraars efficiënt inkopen. Tot slot beoordelen we wat onze conclusies voor de particuliere markt betekenen voor de mogelijkheden voor meer marktwerking in de gehele zorgsector.

**Onderzoeksmethode.** Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek naar concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars dat IOO bv heeft verricht voor het ministerie van Financiën.<sup>1</sup> Voor het onderzoek zijn 1103 consumenten uit het capi-at-home panel van het NIPO via internet geënquêteerd. Van de 1103 waren 693 particulier verzekerd en 410 ziekenfondsverzekerd, waarvan 254 een inkomen boven 63.000 (dus vlak onder de ziekenfondsgrens) en 156 een inkomen onder de 63.000. Respondenten zijn speciaal geselecteerd op deze kenmerken. Voor het onderzoek zijn alleen de particulier verzekerden meegenomen in de analyse en de ziekenfondsverzekerden die vlak onder de ziekenfondsgrens zaten, omdat zij zich mogelijk al aan het oriënteren waren op een particuliere verzekering.<sup>2</sup> Verder zijn tien grote werkgevers, drie verzekeraars, een tussenpersoon en een aantal deskundigen geïnterviewd.

**Marktstructuur.** Er is een groot aantal aanbieders ( in 1998 waren er 46 particuliere verzekeraars). Er zijn twee typen particuliere verzekeraars. Het eerste

<sup>1</sup> Zie Kok, Desczka en Hoeben, 2000.

<sup>2</sup> 18 particulier verzekerden wisten niet hoe ze verzekerd waren. Deze zijn buiten de analyses gehouden.

type is onderdeel van een verzekeraar die ook andere verzekeringen aanbiedt (bijvoorbeeld Nationale Nederlanden). Het tweede type komt voort uit een ziekenfonds (bijvoorbeeld CZ). Het eerste type verzekeraar opereert van oudsher landelijk. In vergelijking met de ziekenfondsmarkt is daarom de regionale concentratie laag.

Van de 15,5 miljoen Nederlanders zijn er ongeveer 10 miljoen verzekerd via het ziekenfonds en ongeveer 5,5 miljoen via een particuliere verzekering. Ruim de helft daarvan is via de werkgever verzekerd, op een collectief contract. We onderscheiden daarom twee typen afnemers: werkgevers en individueel verzekerden.

## **1. Hoe kiezen werkgevers en individueel verzekerden een particuliere verzekering?**

**Werkgevers.** We hebben tien grote werkgevers die een collectief contract voor hun personeel hebben, gevraagd naar wat zij belangrijk vinden aan een ziektekostenverzekering en hoe zij de verzekering kiezen. Deze werkgevers noemden service als een van de belangrijkste aspecten van de verzekering. Onder een goede service verstaan ze:

- snelle afhandeling declaraties;
- goede helpdesk.

Voor de werkgever zelf is dit van groot belang omdat de werknemers anders vragen over de ziektekostenverzekering aan de werkgever stellen. Dit is een belasting voor de personeelsafdeling. Verder worden genoemd: wachtlijstbesteding, pakket, prijs en een pro-actieve houding van de verzekeraar. Gevraagd naar het aspect waarop de huidige verzekering gekozen is noemen verzekeraars de prijs-kwaliteit verhouding. Twee werkgevers gaven expliciet aan dat zij eerst het gewenste pakket bepalen en vervolgens daar de verzekeraar bij zoeken die het goedkoopst is. Uit de interviews blijkt dat verzekeraars zich op de punten die werkgevers belangrijk vinden weinig onderscheiden, waardoor de prijs een belangrijke rol in het keuzeproses speelt.

**Individueel verzekerden.** We hebben aan verzekerden een aantal aspecten van de verzekering voorgelegd en gevraagd of ze met het trekken van een lijn wilden aangeven hoe belangrijk ze het betreffende aspect vonden. De lengte van de lijn is ingedeeld in categorieën van 1='helemaal niet belangrijk' tot 10='heel belangrijk'. In onderstaande tabel zijn de gemiddelde scores per aspect weergegeven.

**Tabel 1: Belang van verschillende aspecten voor verzekerden, gemiddelde scores per aspect op schaal 1-10**

	particulier verzekerd	ziekenfonds verzekerd**	totaal
	n=675	n=254	n=929
behandelaar zelf kunnen kiezen	8,5*	8,4	8,5*
volledig pakket	8,4*	8,5	8,4*
informatie over reden geen toestemming voor behandeling	8,4*	8,5	8,4*
snelle afhandeling declaraties	8,4*	8,7	8,5*
volledige vergoeding	8,2*	8,6	8,3*
kortere wachtlijsten	7,9*	8,1	8,0*
lage premie	7,5	7,2	7,4
goede bereikbaarheid verzekeraar	7,3	7,4	7,3
geen eigen risico	6,2*	7,7	6,6

\*score verschilt significant ( $\alpha=0,05\%$ ) van score op het aspect 'lage premie'

\*\*met een inkomen vlak onder de ziekenfondsgrens

Bron: L. Kok, S. Desczka, J. Hoeven, Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, IOO bv, 2000

Uit de enquête blijkt dat verzekerden vooral belang hechten aan het zelf kunnen kiezen van hun behandelaar. Ook het hebben van een volledig pakket en volledige vergoeding per verzekerde behandeling scoort hoog. Een lage premie scoort niet hoog op de rangorde. Toch wordt nog een gemiddelde score van 7.4 gegeven. Op vrijwel alle aspecten scoren particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden ongeveer hetzelfde. Alleen op het aspect 'geen eigen risico' wijkt de score af: ziekenfondsverzekerden willen liever geen eigen risico, particulier verzekerden vinden dit minder belangrijk, mogelijk omdat zij een hoger inkomen hebben.

Jongeren en ouderen verschillen in de aspecten die ze belangrijk vinden. Jongeren scoren lager op aspecten die te maken hebben met de inhoud van de zorg, zoals het zelf een behandelaar kunnen kiezen met name op kortere wachtlijsten. Dit zal te maken hebben met het lagere ziekterisico van jongeren. Jongeren vinden de lage premie belangrijker dan ouderen. Mogelijk hebben jongeren een lager inkomen, waardoor de premie een groter deel van het inkomen uitmaakt. Doordat voor hen de andere aspecten van de verzekering minder belangrijk zijn kunnen zij makkelijker op prijs kiezen. In tabel 2 zijn de scores voor particulier verzekerden uitgesplitst naar leeftijd.

Tabel 2: Belang van verschillende aspecten voor particulier verzekerden, gemiddelde scores per aspect op schaal 1-10

	totaal n=675	leeftijd		
		jonger dan 40 n=175	40-49 jaar n=171	50 en ouder n=329
behandelaar zelf kunnen kiezen	8,5	8,2	8,6	8,6
volledig pakket	8,4	8,4	8,4	8,4
informatie over reden geen toestemming snelle afhandeling	8,4	8,2	8,6	8,4
declaraties	8,4	8,1	8,7	8,4
volledige vergoeding	8,2	8,0	8,4	8,3
kortere wachtlijsten	7,9	7,4**	8,1*	8,0*
lage premie	7,5	8,0*	7,8*	7,0**
goede bereikbaarheid verzekeraar	7,3	7,3	7,3	7,4
geen eigen risico	6,2	5,9	6,5	6,2

\*score verschilt significant ( $\alpha=0,05\%$ ) van score andere leeftijdsgroep (is dan ook met \* aangegeven)

\*\*score verschilt significant ( $\alpha=0,05\%$ ) van beide andere leeftijdsgroepen

Bron: NIPO, in L. Kok, S. Desczka, J. Hoeben, Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, IOO bv, 2000

We hebben ook gevraagd waarom verzekerden hun huidige verzekering hebben gekozen. Van degenen die individueel particulier verzekerd zijn is de belangrijkste reden dat hun vorige werkgever een collectief contract had met de verzekeraar (34 procent). Vervolgens heeft 28 procent gekozen voor de huidige verzekeraar vanwege de prijs, 22 procent vanwege het pakket, en 15 procent vanwege de bekendheid in de regio. De prijs blijkt dus wel degelijk een belangrijke factor te zijn in de keuze voor een bepaalde verzekeraar. Dit blijkt ook uit het antwoord op de vraag of men prijzen heeft vergeleken bij het kiezen van een verzekeraar. Van de individueel particulier verzekerden zegt 52 procent de prijzen te hebben vergeleken. Van de individueel particulier verzekerden jonger dan 40 jaar zegt zelfs 64 procent de prijzen te hebben vergeleken. Degenen die zich particulier verzekeren zijn dus wel degelijk prijsgevoelig, ondanks dat zij pakket en service belangrijker vinden. Ziekenfondsverzekerden daarentegen kiezen zelden op prijs. Slechts 5 procent geeft aan vanwege de prijs gekozen te hebben voor het huidige ziekenfonds, terwijl 41 procent aangeeft voor het huidige ziekenfonds te hebben gekozen omdat het de bekendste verzekeraar in de regio is.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Deze gegevens sporen met de bevindingen van F.T. Schut over de prijsgevoeligheid van ziekenfondsverzekerden.

Uit de enquête blijkt dat de markt gesegmenteerd is: een deel van de consumenten (met name jongeren) is prijsgevoelig en een deel niet. De prijsgevoelige consumenten vergelijken pakketten en prijzen, terwijl de niet prijsgevoelige consumenten (met name ouderen) kiezen voor de meest bekende verzekeraar of de keuze overlaten aan een tussenpersoon. Ziektenfondsverzekerden blijken duidelijk minder prijsgevoelig. Dat is verklaarbaar. Ziektenfondsverzekerden zijn nog maar sinds kort vrij in de keuze voor een ziekenfonds. Bovendien zijn de premieverschillen in absolute zin klein, wat het nauwelijks de moeite waard maakt om veel energie te steken in het zoekproces, en de administratieve rompslomp die veranderen van verzekeraar met zich meebrengt.

De concurrentie op prijs wordt belemmerd doordat grote groepen consumenten niet kunnen switchen van verzekeraar. Voor ouderen en anderen met een hoog ziekterisico is het duur om over te stappen naar een andere verzekeraar. Ouderen, meestal boven de 45 jaar, betalen een leeftijdstoelage bovenop de normale premie, wanneer zij overstappen. Wanneer zij bij dezelfde verzekeraar blijven is de premie meestal constant vanaf 45 jaar. Ook anderen met een hoog ziekterisico (bijvoorbeeld chronisch zieken) betalen een, individueel bepaalde, toeslag op de premie wanneer zij van verzekeraar willen wisselen. Verder blijkt uit de NIPO enquête dat de ondoorzichtigheid van de markt een belemmering vormt om van verzekeraar te switchen. De *switchingkosten* zijn dus voor ouderen en anderen met een hoog ziekterisico zeer hoog, maar ook voor anderen niet te verwaarlozen.

De concurrentie op prijs wordt bevorderd door de lage productdifferentiatie tussen verzekeraars. Dit lijkt tegenstrijdig met onze waarneming dat de markt ondoorzichtig is. De ondoorzichtigheid heeft echter naar ons idee te maken met de complexiteit van het product. Verzekeraars vergroten de ondoorzichtigheid door de verschillen met andere verzekeringen te benadrukken, terwijl de overeenkomsten veel groter zijn. Elke verzekeraar biedt een aantal verzekeringen aan die verschillen wat betreft dekking en eigen risico. De verschillen tussen verzekeraars zijn echter minimaal. Meestal gaat het om kleine dingen die een zeer klein deel van de kosten uitmaken, zoals stottertherapie, een huidkleurig gehoorapparaat, of een pieper voor de man als z'n vrouw op bevallen staat.

## 2. Hoe concurreren particuliere verzekeraars?

Uit het voorgaande blijkt dat een deel van de afnemers prijsgevoelig is. Leidt dit er nu toe dat particuliere verzekeraars proberen goedkopere zorg in te kopen dan hun concurrenten om daarmee een concurrentievoordeel te behalen? Dit blijkt geenszins het geval. Particuliere zorgverzekeraars onderhandelen wel met

zorgaanbieders, maar doen dit altijd samen met andere verzekeraars.<sup>4</sup> De onderhandelingen betreffen vooral de ziekenfondsverzekerden. Vaak is het het ziekenfonds dat vanouds een sterke positie heeft in de regio dat als marktleider onderhandelt. De particulier verzekerden liften mee op de contracten voor ziekenfondsverzekerden. De kostenvoordelen die verzekeraars door het onderhandelen met de zorgaanbieders behalen leveren de verzekeraars geen concurrentievoordeel op.

Verzekeraars werken om twee redenen samen bij de inkoop van zorg:

1. zorgaanbieders hebben marktmacht: door samen te werken hebben verzekeraars meer countervailing power.
2. het delen van de kosten van contractonderhandelingen

Zeker de landelijke werkende particuliere verzekeraars hebben regionaal niet voldoende marktmacht om de zorgaanbieders onder druk te zetten. Juist ook voor hen zou het moeten onderhandelen in alle regio's hoge kosten met zich mee brengen.

Particuliere verzekeraars hebben wel een andere manier om de kosten laag te houden, die wel concurrentievoordeel oplevert, en dat is risicoselectie. Door slechte risico's te weren of in de Wtz onder te brengen houden verzekeraars hun premie laag. We hebben de indruk dat vooral direct writers deze strategie hantieren. Dit is ook logisch omdat zij het meest prijsgevoelige segment van de afnemers bedienen (namelijk jongeren). Verzekeraars die met tussenpersonen werken kunnen door de tussenpersoon onder druk worden gezet om mensen wel te accepteren.

Particuliere verzekeraars hebben dus wel een prikkel om de kosten laag te houden, maar deze leidt niet tot het beleidsmatig gewenste doelmatig inkopen, maar tot ongewenst gedrag, namelijk risicoselectie.

**Perspectief voor de zorgverzekeringsmarkt.** Het prijsmechanisme op de zorgverzekeringsmarkt blijkt wel te kunnen werken. De switchingkosten voor ouderen en anderen met een hoog ziekterisico kunnen worden verlaagd door het invoeren van een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie naar risico. Dat moet gepaard gaan met een risicovereveningssysteem zoals bij de

---

<sup>4</sup> Zorgverzekeraars Nederland coördineert de samenwerking tussen zorgverzekeraars bij de budget- en tariefafspraken met zorgaanbieders via het systeem van regiovertegenwoordiging. Aan de onderhandelingsstafel met de instellingen in een regio zitten namens de zorgverzekeraars de regionale ziekenfondsen en een regiovertegenwoordiger. De regiovertegenwoordiger zit namens alle andere particuliere zorgverzekeraars aan tafel. Verzekeraars zijn verplicht deel te nemen aan het vertegenwoordigingsmodel in die situaties waarbij een verzekeraar niet zelf als regionale zorgverzekeraar aan tafel zit. Bron: ZN/KPZ Regiovertegenwoordiging nieuwe stijl, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, mei 1998.



ziekenfondsen. Vanuit verschillende kanten is al geopperd het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier te laten vervallen.<sup>5</sup>

F.T. Schut heeft in de ESB van 23 februari 2001 een aantal opties geschetst om de prijsgevoeligheid van ziekenfondsverzekerden te vergroten. Hij noemt het verlagen van de zoekkosten en het vergroten van het financiële risico van de ziekenfondsen als belangrijkste opties. In nominalisering van de premies ziet hij niet veel omdat dat de premieverschillen niet vergroot. Naar ons idee kan ook nominalisering van de premies wel degelijk effect hebben, omdat bij duurdere producten eerder prijzen worden vergeleken.<sup>6</sup> Prijsverschillen worden dan eerder signaleerd. In een goed werkende markt zijn de prijsverschillen bovendien juist klein. Grote prijsverschillen duiden op een slecht werkende markt. In potentie zijn ziekenfondsverzekerden prijsgevoeliger dan particulier verzekerden omdat ze een lager inkomen hebben.<sup>7</sup> Het perspectief voor de werking van het prijsmechanisme op de zorgverzekeringsmarkt lijkt daarom gunstig.

**Perspectief voor de zorginkoopmarkt.** Het prijsmechanisme op de zorginkoopmarkt werkt niet. Belangrijke oorzaken zijn:<sup>8</sup>

1. geen countervailing power verzekeraars t.o.v. zorgaanbieders
2. overheidsregulering, met name budgettering zorgaanbieders door de overheid
3. directe relatie tussen consument en zorgaanbieder beperkt de mogelijkheden voor de zorgverzekeraars om zorgaanbieders uit te sluiten: consumenten vinden uiteindelijk zelf kiezen behandelaar belangrijker dan prijs van de verzekering

Voor efficiënte zorginkoop moeten de zorgverzekeraars fuseren, of op zijn minst samenwerken bij de zorginkoop. Dit werkt echter negatief uit op de concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. Er lijkt sprake te zijn van een trade-off: een goed werkende zorginkoopmarkt gaat ten koste van een goed werkende zorgverzekeringsmarkt, en andersom. De ziekenfondsmarkt is hiervoor illustratief: de zorgverzekeringsmarkt werkt nauwelijks door de sterke regionale concentratie van verzekeraars, maar de ziekenfondsen hebben wel onderhandelingsmacht ten opzichte van de zorgaanbieders. De enige uitweg hieruit is een sterke schaalverkleining van de zorgaanbieders, met name de ziekenhuizen, waardoor hun onderhandelingsmacht afneemt, en verzekeraars een reële keuze krijgen om een ziekenhuis niet te contracteren. Door de toetredingsmogelijkheden van zorgaanbieders te stimuleren en de incentives tot

<sup>5</sup> zie bijvoorbeeld het SER rapport, en het artikel van Camps.

<sup>6</sup> Zie Van Raaij.

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> Zie ook Van den Brink en KPMG/BEA.

grootschaligheid in de huidige bekostigingssystematiek van ziekenhuizen af te schaffen kan gestimuleerd worden dat kleinere zorgaanbieders ontstaan.

Om werkelijk te kunnen onderhandelen op de zorginkoopmarkt moeten ziekenhuizen niet ook nog eens gebonden zijn aan de door de overheid vastgestelde budgetten. Deze zogenaamde dubbele budgettering maakt de onderhandelingsruimte tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen wel zeer beperkt.

Het blijft echter de vraag of de zorginkoopmarkt goed kan werken. Uiteindelijk blijft er een directe relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Uit onze enquête blijkt dat voor verzekerden het zelf kunnen kiezen van de behandelaar een van de belangrijkste aspecten van de verzekering is. Het is dus de vraag in hoeverre verzekeraars zorgaanbieders kunnen uitsluiten. Zorgaanbieders zullen hoe dan ook een belangrijke machtspositie houden.

### **3. Tot slot**

Naar ons idee zijn de perspectieven voor de zorgverzekeringsmarkt gunstig. Zowel werkgevers als individueel verzekerden letten op de premie als ze een verzekering afsluiten voor een particuliere verzekering. Ook bij samenvoeging van de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering en budgettering van de ziektekostenverzekeraars zijn er voldoende mogelijkheden om de prijsgevoeligheid van verzekerden te vergroten. Aan de eerste voorwaarde voor een goed werkende markt onder regie van verzekeraars (dat consumenten bij het kiezen van een verzekering op de premie letten) is dan voldaan.

De perspectieven voor een goed werkende zorginkoopmarkt zijn minder gunstig. Door een gebrek aan countervailing power van verzekeraars t.o.v. zorgaanbieders, door overmatige overheidsregulering en door de directe relatie tussen consument en zorgaanbieder zijn de mogelijkheden voor een efficiënt werkende zorginkoopmarkt beperkt. Beleid gericht op het doorbreken van de marktmacht van zorgaanbieders en op het verminderen van overheidsregulering kan enig soelaas bieden. De directe relatie tussen consument en zorgaanbieder kan echter niet doorbroken worden. Dit maakt het voor verzekeraars vrijwel onmogelijk zorgaanbieders niet te contracteren. Het is daarom de vraag of aan de tweede voorwaarde voor een goed werkende markt onder regie van verzekeraars (dat zorgverzekeraars efficiënt gaan inkopen) voldaan kan worden.

Misschien moeten dan ook niet alle kaarten op dit model van gereguleerde marktwerking gezet worden, maar moeten er ook andere modellen worden onderzocht. Te denken valt bijvoorbeeld aan een model waarin werkgevers een

belangrijker rol spelen, of een model van managed care, waarbij verzekeraar en zorgaanbieder samengaan.

## Literatuur

- Camps, M., B. Geurts en S. Katee, 2000, De zorgverzekeringscombi, *ESB*, 3 november
- Van den Brink, R.J., 2001, Een efficiënte ziekenfondsmarkt?, *ESB* 9 maart
- Kok, L., S. Desczka en J. Hoeben, 2000, *Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars*, IOO bv, Zoetermeer
- KPMG/BEA, 2000, Concentratie en samenwerking in de zorg, Hoofddorp, 2000
- Van Raaij, W.F., G. Antonides, W.M. Oppedijk van Veen en J.P.L. Schoormans, 1999, Product en Consument, Utrecht, Lemma
- Schut, 2001, Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief, *ESB*, 23 februari, blz 172-175