

Koncentratie verzekerd?

De gevolgen voor de ziektekostenverzekeringsbranche van het Plan-Dekker voor de gezondheidszorg.

Anka Goos*

Al meer dan vijftien jaar woedt in ons land een hevige discussie over de kosten van de gezondheidszorg. Verschillende malen is getracht de financiële ontwikkeling in deze sektor onder controle te krijgen. Lange tijd zijn de pogingen vrijwel op niets uitgelopen ook al werden de voorstellen ingrijpender, totdat het kabinet-Lubbers in augustus 1986 de commissie *Structuur en Financiering Gezondheidszorg* instelde onder leiding van prof. dr. W. Dekker (beter bekend als de Commissie-Dekker). Deze Commissie kreeg de opdracht 'a plan to end all plans' op te stellen aangaande de structuur en de financiering van de gezondheidszorg in Nederland. Met deze opdracht en het al snel verschenen advies is het maatschappelijke debat in een stroomversnelling geraakt.

Voor het eerst is ook de financiering van de gezondheidszorg via de ziekenfondsen en de partikuliere verzekeringsmaatschappijen in het debat betrokken. Verandering van deze financieringswijze kan zelfs als het scharnierpunt van het plan-Dekker en het regeringsbeleid worden beschouwd. De gevolgen voor de ziektekostenverzekeraars zullen ingrijpend zijn. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en partikuliere ondernemingen moet binnen afzienbare tijd volledig verdwijnen en de premieheffing radikaal veranderen. De toename van de marktwerking zal leiden tot kostenbeheersing, aldus de Commissie.

Dit nieuwe element in de discussie heeft de Projectgroep Economie Groningen in het cursusjaar 1987-88 als uitgangspunt voor haar onderzoek gekozen.¹ Het onderzoek is gericht op de volgende vraag: "Wat is het effect van

* Anka Goos is docent aan de HEAO in de stad Groningen

1. Aan de Faculteit der Economische Wetenschappen in Groningen kan iedere student na de propedeuse een deel van de studie doen in de vorm van projectonderwijs, dat is: onderzoek aan de hand van een onderzoeksproject. Deelnemers richten voor de duur van het cursusjaar

de voorgestelde stelselwijziging op het functioneren van de markt voor ziektekostenverzekeringen?"²

In paragraaf 1 bespreken we eerst de huidige stand van zaken in de ziektekostenverzekeringsbranche. Daarna schenken we in paragraaf 2 enige aandacht aan het regeringsstandpunt. In paragraaf 3 volgt een meer theoretische uiteenzetting over concurrentie in de ziektekostenverzekeringsbranche. In paragraaf 4 relateren we de theorie aan de resultaten van interviews die we in het "veld" hebben afgenomen.

1 De ziektekostenverzekeringsbranche vòòr Dekker

1.1 Indeling in marktsegmenten

Van de Nederlandse bevolking zijn 14,6 miljoen mensen verzekerd tegen ziektekosten via een ziektekostenverzekering. De markt voor ziektekostenverzekeringen is verdeeld in drie segmenten (vgl. *KISG, 1986 en 1987*). Ten eerste is er de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet. Het grootste gedeelte van de bevolking is op deze wijze verzekerd, namelijk 61%. Het tweede marktsegment wordt gevormd door de particuliere ziektekostenverzekeringen; 33% van de verzekerde bevolking heeft zo'n verzekering. Ten slotte is er de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering (vgl. Commissie Dekker, 1987, 203). Dit marktsegment omvat 6% van de verzekerde bevolking. De drie genoemde marktsegmenten worden behandeld in paragraaf 1.2-1.4.

1.2 De ziekenfondsen

In Nederland zijn 49 ziekenfondsen werkzaam, die zorgen voor de uitvoering van de Ziekenfondswet. Kenmerkend voor de ziekenfondsen is dat ze zonder winstoogmerk werken. Het aantal verzekerden per ziekenfonds varieert van 6600 tot 504.000 (vgl. Ziekenfondsraad, 1986). De verdeling naar grootte en de mate van concentratie is vermeld in tabel 1. Het blijkt dat 12

een projectgroep op: 5-15 studenten plus begeleiders. De groep kiest eerst zelf het onderwerp en stelt daarna de onderzoeksopzet vast. De projectgroep van 1987/1988 heeft gekozen voor het plan-Dekker betreffende de ziektekostenverzekeringen. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek weergegeven. Belangstellenden kunnen het rapport "Concentratie Verzekerd" bestellen door overmaking van f 20,- op bankrekening 44.64.52.513 (giro van de AMRO-bank: 803935) n.v. Faculteit Economie o.v.v. 1514200.

2. Een probleem waarop we zijn gestuit is de vraag of het plan-Dekker onverkort zal worden overgenomen door de regering en als zodanig zal worden ingevoerd. Na de instelling van de Commissie en zeker ook nadat de Commissie in maart 1987 haar eindrapport ("Bereidheid tot verandering") had gepresenteerd, barstte de discussie in volle hevigheid los. Het definitieve standpunt is verwoord in de zogenaamde derde Dekkerbrief "Verandering Verzekerd", die in maart 1988 is uitgekomen. Deze derde Dekkerbrief hebben we als het definitieve kabinetsstandpunt beschouwd ondanks het feit dat allerlei politieke issues nog niet uitgekristalliseerd waren op het moment van onderzoek en gedurende het schrijven van het verslag. De sindsdien gevoerde discussie en besluitvorming lijken tot nu toe geen afbreuk te doen aan onze belangrijkste conclusies.

van de 49 ziekenfondsen ongeveer de helft van het aantal ziekenfondsverzekerden in hun bestand hebben. Interessant is te bezien wat de marktkoncentratie is (vgl. Schenk, 1984, 9 en 142).

In termen van landelijke concentratiegraden is hier sprake van een lage concentratie, wat interessant kan zijn voor regionale samenwerking met particuliere verzekeraars.³ Maar regionaal of lokaal bezitten de grote ziekenfondsen bijna een monopolie. De concentratieratio's (CR) van de grootste vier en de grootste acht ziekenfondsen hebben de volgende waarden: CR4=21 en CR8=38.

Tabel 1 *Ziekenfondsen naar grootte in aantallen verzekerden en de mate van concentratie, 1986 en 1987*

Aantal verzekerden	aantal ziekenfondsen		percentage ziekenfondsen		percentage verzekerden	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987
400.000-	4	5	8	11	21	26
300.000-400.000	8	7	17	14	32	27
200.000-300.000	5	5	11	11	13	12
100.000-200.000	15	16	30	34	24	26
-100.000	17	14	34	30	10	9
	49	47	100	100	100	100

Bron: Ziekenfondsraad, Financieel Jaarverslag 1986 en 1987.

De ziekenfondsen zijn verdeeld over acht regionale distrikten. Tussen de distrikten treden kostenverschillen per verzekerde op. Indien het Nederlandse gemiddelde op 100 wordt gesteld, blijkt dat de kostenindex uiteenloopt van 90 tot 110 (vgl. Ziekenfondsraad, 1986). De kostenverschillen tussen verschillende distrikten worden vooral veroorzaakt door een verschil in verstrekkingen, omdat de tarieven tamelijk uniform zijn.

De ziekenfondsen gaan uit van het naturastelsel. Een dergelijk stelsel betekent dat de verzekeraar zelf de verzekerde prestatie levert of dat de verzekeraar een derde de prestatie laat uitvoeren. Het laatste doen de ziekenfondsen. Dit heeft in het algemeen tot gevolg dat de verzekeraar rechtstreeks betaalt aan de hulpverlener en niet de verzekerde.

1.3 Partikuliere ziektekostenverzekeraars

De particuliere en de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen worden afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij. Er zijn ongeveer 75 verzeke-

3. CR staat voor concentratieratio. Dit geeft aan wat het aandeel is van de grootste X ondernemingen in de desbetreffende markt. In dit geval worden de grootste 4 ondernemingen genomen, hetgeen een gebruikelijk aantal is (CR4). Er is sprake van een lage concentratie als $CR4 < 25$, een matige concentratie als $25 < CR4 < 50$ en een hoge concentratie als $CR4 > 50$ (zie noot 6).

ringsmaatschappijen waarbij men een ongevallen- en ziektekostenverzekering kan afsluiten (vgl. Sietsma, 1987; Van der Velde, 1987).⁴

Partikuliere verzekeringsmaatschappijen werken volgens het restitutiestelsel. Dit houdt in dat de verzekeraar aan de verzekerde een vergoeding betaalt voor de gemaakte kosten. De partikuliere verzekeringsmaatschappijen vertonen een groot aantal verschillen.⁵ Deze liggen op uiteenlopende terreinen:

Profit/non-profit en rechtsvorm. Een aantal verzekeringsmaatschappijen is op winst gericht. Meestal bieden deze maatschappijen naast schadeverzekeringen, waarvan de ziekte- en ongevallenverzekering een onderdeel is, ook levensverzekeringen aan. Zij worden vaak in de vorm van een N.V. gedreven. Deze N.V.'s hebben een marktaandeel van 35%. Daarnaast zijn er ziektekostenverzekeraars die niet op profit basis werken. Velen van hen bieden uitsluitend een ziektekostenverzekering aan. De non-profit maatschappijen en de onderlinge ziektekostenverzekeraars (profit en non-profit) hebben samen een marktaandeel van 65%.⁶

Marktgebied. Een ander onderscheid is het gebied waar de maatschappijen werken. Er is een aantal maatschappijen dat de omzet voor een groot deel in het buitenland behaalt. Voorzover zij in Nederland opereren zijn ze verspreid over het gehele land. Andere verzekeraars concentreren zich op Nederland als afzetgebied. Ten slotte zijn er nog maatschappijen die alleen of voornamelijk in een bepaalde regio actief zijn. Dit geldt met name voor de zogenaamde "bovenbouwmaatschappijen". Dit zijn de met de ziekenfondsen samenwerkende partikuliere verzekeraars. Deze bovenbouwmaatschappijen zijn vrij groot in verhouding tot de andere partikuliere ziektekostenverzekeraars. De regionale verdeling is dus een belangrijk aspect van de markt voor ongevallen- en ziektekostenverzekeringen.

Aandeel ziektekosten- en ongevallenverzekeringen in het totalebedrijf

Het aandeel van de ziektekosten- en ongevallenverzekeringen in de totale verzekeringsbranche (levensverzekeringen en schadeverzekeringen) verschilt per verzekeringsmaatschappij.⁷ Het aandeel, in procenten van de totale omzet van een maatschappij, loopt uiteen van 24% tot 100%.⁸ Het zijn voornamelijk de non-profit verzekeringsmaatschappijen die alleen ziektekosten in hun verzekeringspakket hebben.

Marktaandelen. Het blijkt dat 80% van de markt in handen is van 22 van de

4. In het jaarnummer van de Verenigde Verzekeringspers (11-8-1988) blijkt dat er veel meer verzekeringsmaatschappijen zijn waarbij men een ongevallen- en ziektekostenverzekering kan afsluiten, namelijk 123. Meestal worden echter in publicaties de kleinere maatschappijen weggelaten. Hier is die gewoonte ook gevolgd.

5.. Vergelijk de jaarverslagen van ziektekostenverzekeraars.

6. Voor gegevens over de marktaandelen, vergelijk "Ziektepolis voor particulieren duurder" in de *Volkskrant* van 5 december 1987

7. Bij de profit verzekeraars heeft de verzekering en daarmee de gegevens over de premie-omzet betrekking op ziektekosten en ongevallen, terwijl het bij non-profit verzekeraars alleen om ziektekosten gaat.

8. Jaarverslagen van ziektekostenverzekeraars over 1986 en de Verenigde Verzekeringspers, nr. 31/32, 11-8-1988.

75 maatschappijen (1987). De bovenste zes hebben tezamen een markt-aandeel van 44%. Daarvan zijn er drie bovenbouwmaatschappijen (Zilveren Kruis, VGZ en VGNN). Van de overige 53 maatschappijen zijn er nog vijf met elk een aandeel boven de 1%, de rest heeft een aandeel dat kleiner is dan 1%.⁹

Uitvoeringskosten. De uitvoeringskosten van de verzekeringsmaatschappijen verschillen naar grootteklasse van de maatschappijen. Bij een premie-omzet tot 25 miljoen gulden liggen deze kosten tussen de 10% en de 16% van de premie-omzet. Boven een premie-omzet van 25 miljoen gulden zijn de uitvoeringskosten relatief konstant, namelijk ongeveer 10% (CBS, 1986, 36). Hieruit valt te konkluderen dat de (technische) schaalvoordelen al bij een kleine premie-omzet gerealiseerd zijn. Dit is mede een reden waarom er niet zo'n hoge concentratie aanwezig is in de ziektekostenverzekeringsbranche (zie tabel 3).

Schade. De schadepost is bij de maatschappijen niet hetzelfde omdat zij verschillende verzekerden in hun portefeuille hebben, die niet allemaal dezelfde risico's hebben. Het gaat hier om schade exclusief de uitvoeringskosten. Uitgedrukt in procenten van de premie-omzet loopt deze uiteen van 43% naar 99%.¹⁰ De hoogste percentages zijn te vinden bij de non-profit ziektekostenverzekeraars. Dit verschil wil nog niet zeggen dat de profit ziektekostenverzekeraars per definitie beter "draaien". Non-profit ziektekostenverzekeraars hebben meestal verzekerden met hogere risico's en bij hen ontbreekt het winststreven. Bovendien verschillen de kosten die liggen tussen het premie- en het schadebedrag. De uitvoeringskosten zijn hoger bij de profit maatschappijen (CBS, 1985, 35; CBS, 1988, 29).

Regio. De partikuliere verzekeraars vertonen verschillen in de kosten per verzekerde. Deze worden met name veroorzaakt door de verschillende gemiddelde kosten per regio. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100) is de kostenindex voor de noordelijke drie provincies ongeveer 80 en voor de Randstad ongeveer 130. Voor de rest van het land ligt de kostenindex tussen deze twee in (vgl. KISG, 1986, 62).

Ook is de concentratie van de partikuliere verzekeraars verschillend per regio. In het noorden wordt de markt beheerst door één bovenbouwmaatschappij; de concentratie is hoog. In andere delen van het land is de concentratie minder sterk.

In tabel 2 is een overzicht gegeven van de 75 verzekeringsmaatschappijen ingedeeld naar de grootte van de maatschappijen qua aantal verzekerden. Op basis van telefonische gegevens verstrekt door de verzekeringsmaatschappijen en schattingen is deze informatie verkregen.¹¹ Tevens is de mate van concentratie aangegeven. De non-profit maatschappijen zijn voornamelijk te vinden bij de grootste verzekeraars.

9. *ibid.*

10. *ibid.*

11. Van de 75 verzekeringsmaatschappijen zijn de grootste 20 telefonisch benaderd. Bij de meeste maatschappijen is positief gereageerd op de vraag naar het aantal verzekerden met een ziektekostenverzekering. Van de anderen is een schatting gemaakt.

Tabel 2 Partikuliere verzekeraars naar grootte in aantallen verzekerden en de mate van concentratie, 1986 en 1987

Aantallen verzekerden x 1000	aantal partikuliere verzekeraars		percentage partikuliere verzekeraars		percentage verzekerden	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987
400-	2	3	3	4	24	33
300-400	3	2	4	3	23	15
200-300	3	3	4	4	15	16
100-200	7	7	9	9	19	21
-100	60	60	80	80	19	15
	75	75	100	100	100	100

Bron: 1. Telefonische informatie van de 20 grootste partikuliere verzekeraars. 2. KISG, jaarboek 1987, 1988.

Op basis van de gegevens over de marktaandeelen (zie tabel 3) kan gekonkludeerd worden dat er sprake is van een wijd oligopolistische marktstructuur. Dat wil zeggen, de leidende vier ondernemingen (in dit geval verzekeringsmaatschappijen) hebben samen 40% of minder van de totale markt in handen (vgl. Shepherd, 1985, 4).¹²

Het is interessant te bezien hoe de marktkoncentratie zich ontwikkelt. In tabel 3 zijn de concentratieratio's weergegeven van de grootste vier en de grootste acht ondernemingen in de jaren '81, '86 en '87. Hieruit blijkt een toenemende concentratie. Deze toename is mede te danken aan de kleine stelselwijziging van 1986. Hierdoor zijn er ongeveer 800.000 personen toegetreten tot een partikuliere ziektekostenverzekering. Deze personen zijn bijna allemaal terechtgekomen bij non-profit verzekeraars, die vooral zijn te vinden bij de grootste verzekeraars.

Tabel 3 Concentratieratio's in de ziekte- en ongevallenverzekeringsmarkt, 1981, 1986 en 1987, in % van alle partikulier verzekerden

Koncentratieratio's (CR)	1981	1986	1987
CR4 (grootste vier)	28	30	34
CR8 (grootste acht)	46	47	52

Bron: 1. Jaarverslagen van de verzekeringsmaatschappijen van 1986. 2. *De Verenigde Verzekeringspers*, nr. 31/32, 11-8-1988.

De maatschappijen hebben allerlei concurrentiemiddelen tot hun beschikking. Uit de jaarverslagen blijkt dat de kwaliteit van dienstverlening, de prijs, het aanbieden van kollektieve contracten en het aanbieden van pakketkorting of regiokorting de belangrijkste concurrentiemiddelen zijn.

12. Tegenover een wijd oligopolie staat een nauw oligopolie, waarbij de leidende vier ondernemingen samen 60% tot 100% van de markt bezitten.

De particuliere verzekeringsmaatschappijen zijn zich vooral de laatste jaren - ruwweg in de jaren tachtig - gaan richten op de jongeren. Veel maatschappijen hebben speciale polissen (met een hoog eigen risico en een gereduceerde premie) voor deze categorie verzekerden met lage risico's (vgl. Van de Ven, 1981). Als gevolg hiervan treedt een premiedifferentiatie op waarbij de premie afhankelijk wordt van de verwachte ziektekosten.

Dit is een doorbreking van de solidariteitsgedachte, wat door veel non-profit maatschappijen wordt betreurd. Maar om te kunnen concurreren zijn ook zij met speciale polissen voor jongeren op de markt gekomen.

Een andere marktontwikkeling is het verschijnsel van de fusies. Fusies van grote en/of middelgrote ondernemingen leiden tot een hogere concentratiegraad. In 1983 heeft er een fusie plaatsgevonden tussen Ago en Ennia (nu AEGON). Zilveren Kruis is in 1985 gefuseerd met een andere bovenbouwmaatschappij, de VGCN. In 1987 is er een fusie tot stand gekomen tussen de FBTO en Avéro.¹³ In het verleden zijn er, behalve deze fusies, al vaker fusies tot stand gekomen. De sporen hiervan zijn nog te vinden in de namen van de verzekeringsmaatschappijen.

1.4 Publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen

De publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen zijn verzekeringen voor ambtenaren (verg. Commissie Dekker, 1987, 203). Ambtenaren zijn ongeacht de hoogte van het inkomen over het algemeen verplicht zich aan te sluiten bij respectievelijk het Instituut Ziektekostenvoorziening Ambtenaren (IZA), de Interprovinciale Ziektekosten Regelingen (IZR) of de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (DGVP).¹⁴

Er zijn naast de IZR en de DGVP tien 's. De premies voor deze publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen zijn verschillend, waarbij de premiegrenzen veel hoger doorlopen dan bij de ziekenfondsen (vgl. Commissie Dekker, 1987, 203).

1.5 Overzicht van de totale markt

In de vorige drie subparagrafen zijn de drie marktsegmenten beschreven waaruit de totale markt voor ziektekostenverzekeringen bestaat. In verband met het plan-Dekker, waarbij de schotten tussen de marktsegmenten wegval- len, is het van belang een indruk te krijgen van de onderlinge verhoudingen als deze segmentering vervalt. Het marktsegment van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen blijft hier buiten beschouwing bij gebrek aan gegevens. Dit is niet erg omdat ze slechts een klein deel van de totale markt vormen.

Bekijken we nu de totale markt in termen van het aantal verzekerden, dan blijkt dat tot de grootste twaalf verzekeraars negen ziekenfondsen behoren.

13. Vergelijk het Financieel Dagblad van 4 juli 1988: 'Avéro Verzekeringen wil samenwerken met andere onderlingen'.

14. De rijksambtenaren vallen niet onder deze verplichting.

De markt wordt dus min of meer beheerst door ziekenfondsen, hetgeen ook niet echt verwonderlijk is gezien het percentage (61%) dat ze vormen van de totale markt. In tabel 4 is de totale markt naar de omvang van het aantal verzekerden en de mate van concentratie weergegeven.

Daarnaast is het van belang om te kijken naar de verdeling van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars in een aantal regio's, omdat ziekenfondsen regionaal werken en sommige particuliere verzekeringsmaatschappijen ook (met name non-profit maatschappijen). In sommige regio's nemen deze bovenbouwmaatschappijen, met een marktaandeel van 70 à 80%, een monopoliepositie in.¹⁵ De verschillen tussen de regio's zijn onduidelijk want de grenzen vormen een probleem, maar vermoedelijk zijn deze gering. In elke regio zijn qua aantal verzekerden de ziekenfondsen het belangrijkste. Tesa-men met de bovenbouwmaatschappijen hebben zij dus regionaal een sterke positie.

Tabel 4 Totale markt naar grootte in aantal verzekerden en de mate van concentratie

Aantal Verzekerden	ziekenfondsen				particuliere maatschappijen				totale branche
	aantal		kumulatief aandeel		aantal		kumulatief aandeel		kumulatief aandeel
x 1000	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986
400-	4	5	21	26	2	3	24	33	23
300-400	8	7	53	53	3	2	47	48	64
200-300	5	5	66	65	3	3	62	64	54
100-200	14	16	90	91	7	7	81	85	86
-100	16	14	100	100	60	60	100	100	100
totaal	49	47			75	75			

Bron: Tabel 1 en 2.

2. De plannen van de Commissie-Dekker

Een driet van de door de Commissie-Dekker voorgestelde maatregelen zal een diepgaande verandering in de concurrentiepositie van de verzekeraars veroorzaken. Deze maatregelen worden ook door de Commissie-Dekker als de belangrijkste maatregelen van het gehele plan gezien. Het gaat hierbij om de volgende punten:

- Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars komt te vervallen. De uitvoering van de basis- en aanvullende verzekering dient in onderlinge concurrentie plaats te vinden. Deze maatregel zal leiden tot een grote verschuiving van marktaandelen in de nieuwe samengevoegde markt ten opzichte van het aandeel in het segment waarvan men deel uit maakte.

15. Vergelijk het Financieel Dagblad van 13 maart 1989: "Delta Lloyd blijft twifelen aan ziektekostenplan-Dekker".

- Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) wordt opgeheven.¹⁶ In de nieuwe situatie zullen de verzekeraars door het voeren van kontraktonderhandelingen met de aanbieders van zorg moeten komen tot afspraken over tarieven, kwaliteit, aantal verrichtingen en dergelijke. Het effect van deze maatregel is, dat het marktaandeel van een verzekeraar binnen een bepaalde regio van groter belang wordt voor zijn concurrentiekracht.
- Het nieuwe stelsel kent bovendien een sterk gewijzigde methode van premieheffing. Ongeveer 85% van de totale kosten zal uit inkomensafhankelijke premies gefinancierd moeten worden, deze worden verzameld in de Centrale Kas en op basis van een aantal criteria over de verzekeraars verdeeld.¹⁷ De overige 15% moet worden opgebracht uit nominale premies, die rechtstreeks door de verzekeraar vastgesteld en geïnd worden. De hoogte van deze nominale premie moet echter wel onafhankelijk zijn van de gezondheidstoestand en de leeftijd van de verzekerde, met andere woorden, er mag geen sprake zijn van premiedifferentiatie of risikoselektie.

Voor de partikuliere verzekeraar betekent dit dat zijn invloed op de premieheffing sterk zal zijn afgenomen. Hij zal zich op een nieuwe concurrentiemethode moeten bezinnen omdat de strategie van risikoselektie niet langer is toegestaan. Tot nu toe wordt, bij partikuliere verzekeringsmaatschappijen, een derde van alle ziektekostenverzekeringen kollektief afgesloten. Mocht het verbod op premiedifferentiatie ook inhouden dat het afsluiten van kollektieve contracten niet langer is toegestaan, dan zal ook in dat opzicht de verandering voor de partikuliere verzekeraars groot zijn.

Ziekenfondsen krijgen een grotere verantwoordelijkheid in de financiering van de gemaakte kosten. Zij zijn niet langer verzekerd van een volledige dekking uit de Centrale Kas, maar zullen ook een zeker percentage van hun uitgaven uit de heffing van nominale premies moeten bekostigen.

3. De ziektekostenverzekeringsbranche en concurrentie

3.1 Inleiding

Bij onverkorte invoering van de plannen van de Commissie-Dekker mogen de ziekenfondsen, de bovenbouwmaatschappijen en de andere partikuliere verzekeraars vanaf 1992 op elkaars markt gaan opereren. Verwacht wordt

16. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) heeft als belangrijkste taken het vaststellen van de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van tarieven of onderdelen daarvan en het goedkeuren en vaststellen van deze tarieven. Tarieven zijn prijzen die worden toegekend aan verleende diensten in de gezondheidszorg.

17. De Centrale Kas is een kas waarin de centraal geïnde premies, de premies van de werkgever en de bijdragen van de overheid worden gestort. De verzekeraars verkrijgen via een verdeelsleutel de gelden uit de Centrale Kas.

dat dit zal leiden tot een verheving van de concurrentie, hetgeen ook de bedoeling is van de Commissie. Voor de ziekenfondsen ontstaat een totaal nieuwe situatie. Zij hebben tot nu toe immers niet, zoals de particuliere verzekeraars, hoeven concurreren. Andere verschilpunten tussen beide groepen bij invoering hebben, naast het verschil in doelstelling, betrekking op de onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieder van zorg, de (beheers)kosten en de concurrentiemogelijkheden op de afzetmarkt.

Ten aanzien van de onderhandelingspositie kan het volgende gezegd worden:

- Ziekenfondsen bezitten in de onderhandelingen met de aanbieders van zorg meer know-how dan de particuliere verzekeraars;
- Ziekenfondsen hebben een veel groter aandeel van de totale markt, zo'n 60%;
- Ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen zijn meer regionaal geconcentreerd dan de andere particuliere verzekeraars.

Op het kostenvlak zijn er de volgende verschilpunten:

- Ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen hebben gemiddeld meer verzekerden met hoge risico's;
- In de beheers- en administratiekosten is sprake van een gering schaalvoordeel voor de ziekenfondsen, bovenbouwmaatschappijen en grotere profit verzekeraars ten opzichte van de kleinere verzekeraars;
- In de betaling van verrichtingen hanteren de ziekenfondsen tot nu toe een naturastelsel en de particuliere verzekeraars een restitutiestelsel. Het naturastelsel blijkt aanzienlijk minder administratiekosten met zich mee te brengen.

Ten aanzien van de concurrentiemogelijkheden op de afzetmarkt zijn er tenslotte de volgende verschilpunten:

- Zoals al eerder genoemd hebben de ziekenfondsen geen ervaring met concurrentie;
- De particuliere verzekeraars kunnen overgaan tot pakketkoppeling, dit houdt in dat ze de verzekerden ook voor andere verzekeringsvormen die ze in portefeuille hebben kunnen benaderen, waarbij ze een aanzienlijke korting kunnen aanbieden. Op deze manier kunnen zij hun invloed op de premieheffing via een omweg terugwinnen;
- Particuliere verzekeraars die ook andere verzekeringsvormen, en dan vooral levensverzekeringen, aanbieden hebben meer vermogen en zouden daardoor een eventuele concurrentieslag langer kunnen volhouden.

Uit deze punten volgt dat de kracht van de ziekenfondsen vooral op het terrein van de contacten met de aanbieders van zorg zal liggen. De particuliere verzekeraars daarentegen hebben een grotere ervaring in het benaderen van de klant en beschikken over een verscheidenheid aan middelen om, in concurrentie met andere verzekeraars, hun produkt op de markt af te zetten. Welke verzekeraars de nieuwe markt zullen domineren is niet zonder meer

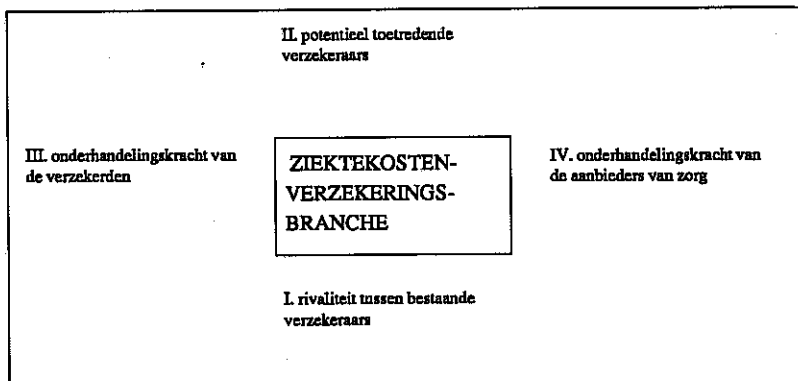
duidelijk en verdient nader onderzoek. In subparagraaf 3.2 wordt daarom eerst een uiteenzetting gegeven welke krachten een rol spelen in het concurrentieproces in een branche in het algemeen en de ziektekostenverzekeringsbranche in het bijzonder. In subparagraaf 3.3 wordt getracht door middel van een theoretische beschouwing de richting aan te geven waarin de branche zich zou kunnen ontwikkelen.

3.2 Konkurrentietheorieën toegepast op de ziektekostenverzekeringsbranche

In het veld waarin een organisatie zich bevindt, vallen een aantal konkurrentiegebieden te onderscheiden. Porter (1980, 4) verdeelt deze krachten in 4 soorten.¹⁸ Toegepast op de ziektekostenverzekeringsbranche geeft dit de volgende aan Porter (1980, 4) ontleende figuur:

Figuur 1

We behandelen achtereenvolgens de 4 krachten.



Rivaliteit tussen bestaande verzekeraars

Het betreft hier vaak de volgende tactieken: prijskonkurrentie (polisvoorwaarden, hoogte nominale premie en risico selectie), reclamecampagnes, kwaliteit (pakketkoppeling en snelle uitbetaling gemaakte ziektekosten), produktinnovaties (alleen betrekking hebbend op het aanvullend pakket), interactie met de verzekerde (geleverde prestatie, dienstverlening en imago).¹⁹

Als één der konkurrenten ofwel de druk voelt ofwel de gelegenheid ziet zijn positie te verbeteren, ontstaat de rivaliteit. Als een organisatie één van bovenstaande tactieken toepast, volgt er vaak een reactie van de andere organisatie(s). Hieruit blijkt de gemeenschappelijke afhankelijkheid van de organisaties in één branche.

18. Porter onderscheidt 5 krachten. De vijfde kracht, substituten, is echter niet van toepassing op de ziektekostenverzekeringsbranche.

19. De eerste vier tactieken zijn beschreven door Porter (1980, 17).

Interne rivaliteit kan worden veroorzaakt door één of meer van de volgende factoren (vgl. Porter, 1980, 18-20):

- *Langzame groei in de branche.* De strijd om een bepaald stukje (extra) marktaandeel zal dan extra groot zijn. De totale groei van de ziektekostenverzekeringen is afhankelijk van demografische ontwikkelingen en kan als langzaam worden gekwalificeerd;
- *Hoge vaste kosten.* De organisaties zullen streven naar een optimale capaciteitsbenutting. In de ziektekostenverzekeringbranche is dit van minder belang gezien de gelijkenis met een omslagstelsel;
- *Diverse doelstellingen.* Als de concurrenten strijdige doelstellingen hebben is het moeilijker om de betekenis van een strategische zet te identificeren. In dit verband is het onderscheid tussen profit verzekeraars, ziekenfondsen en andere non-profit verzekeraars relevant;
- *Hoge uitredingsbarrières.* De uitredingsbarrières voor de verzekeraars die zich hoofdzakelijk of zelfs enkel en alleen richten op de ziektekostenverzekeringen en dus grote belangen hebben in deze markt zijn hoog. Dat geldt voor ziekenfondsen, bovenbouwmaatschappijen en andere onderlingen;
- *Institutionele factoren.* Door de overheid kan een kader worden geschapen met behulp van wetgeving om de concurrentie te bevorderen of te beperken. Het plan-Dekker is hier bij uitstek een voorbeeld van.

Potentieel toetredende verzekeraars

Wanneer er nieuwkomers zijn in de branche, betekent dit vaak een toevoeging aan de capaciteit, hetgeen de prijs omlaag zal drukken en dus de winsten zal doen afnemen. De dreiging van potentiële toetreders hangt af van de toetredingsbarrières (schaalvoordelen, produktifferentiatie, kapitaalvereisten, toegang tot distributiekkanalen, institutionele factoren en hoge kosten bij verandering van verzekeraar), alsmede van de reacties die de bestaande organisaties hierop geven. Bovendien zal de lage winstgevendheid in de ziektekostenverzekeringbranche sterk bepalend zijn voor de eventuele toetreding. In deze sektor is er eerder een dalend dan een stijgend aantal deelnemers. Maar na invoering van het plan-Dekker kunnen er wellicht verzekeraars zijn die zich ook op de markt voor ziektekostenverzekeringen gaan begeven.

Onderhandelingskracht van verzekerden

Het concurrentie-element zit in het feit dat verzekerden tot op zekere hoogte (een indirecte) invloed hebben op de hoogte van prijs, de service en andere factoren. Deze onderhandelingskracht is echter in grote mate afhankelijk van de marktsituatie. In de ziektekostenverzekeringmarkt is de onderhandelingsmacht van de verzekerden niet groot, maar in die situaties waarin sprake is van kollektieve contracten is deze macht wel wat groter. Dekker tracht nu de positie van de verzekerden te versterken. Dat komt onder meer tot uitdrukking in de invoering van het basispakket, in de keuzevrijheid ten aan-

zien van de verzekeraar, de acceptatieplicht, het eigen risico en het aanvullend pakket.

Onderhandelingskracht van de aanbieders van zorg

De aanbieders van zorg hebben de mogelijkheid over het aanbod, de prijs en ook over de kwaliteit van de zorg te onderhandelen, waardoor zij dus een zekere macht bezitten.

De onderhandelingskracht van de aanbieders van zorg wordt bij Dekker beïnvloed door twee tegengestelde tendensen. Wat de uiteindelijke onderhandelingskracht van de aanbieders van zorg zal zijn, hangt af van de sterkte van deze tegengestelde tendensen.

Door de gewijzigde kontraktonderhandelingen zijn de aanbieders enerzijds niet langer automatisch verzekerd van financiering door verzekeraars. Anderzijds zal de onderhandelingskracht van de aanbieders van zorg na invoering van de plannen echter ook kunnen toenemen aangezien ze precies weten hoeveel geld de verzekeraars bij de onderhandelingen te besteden hebben. Immers, de normbedragen die de Centrale Kas aan de verzekeraars uitkeert bieden samen met de standaardnominale premie een duidelijk aanknopingspunt voor de tariefonderhandelingen.

De vier concurrentiekrachten bepalen de context waarbinnen alle organisaties in een branche concurreren. Het succes van een organisatie hangt in grote mate af van de concurrentiestrategie die ze hanteert.

3.3 Samenspannend gedrag, rivaliserend gedrag en samenwerking tussen aanbieders van zorg.

In de tijd gezien zullen rivaliserend en samenspannend gedrag elkaar afwisselen afhankelijk van de situatie op de markt. Anderzijds is er sprake van samenspanning binnen de branche tussen enkele verzekeraars. Dit laatste zal in het vervolg, om misverstanden te voorkomen, met samenwerking worden aangeduid. Voorzover we nog spreken van samenspanning zal dit slaan op de hele branche, tegenover partijen buiten de branche dus.

Het gedrag dat zich in de praktijk zal voordoen, is afhankelijk van de omvang en sterkte van de prikkels, die samenspannend dan wel rivaliserend gedrag bevorderen. Samenspannend gedrag wordt bevorderd door de volgende factoren die we ontleend hebben aan De Jong:

- hoge concentratiegraad: Hoe hoger de concentratiegraad des te meer zal het resultaat van de ene verzekeraar afhangen van het gedrag van de anderen. De neiging tot samenspannend gedrag zal, gezien de nu al in beperkte mate optredende, stijgende concentratie dan ook toenemen;
- *nagenoeg identieke kostenplaatjes*: Indien de kosten van de verzekeraars even hoog zijn, dan zal men het snel eens kunnen worden over een gezamenlijke marktprijs waar allen voordeel bij hebben.

- *een goede doorzichtigheid van de markt*: Hoe beter de verzekeraar is geïnformeerd over de marktsituatie en hoe meer ervaring hij heeft met het marktgedrag van de verschillende participanten des te beter kan hij inschatten wat er op de markt zal gebeuren. Dit wetende zullen de marktpartijen eerder overgaan tot samenspanning.

De drie hierboven vermelde omstandigheden zullen in de praktijk in meer of mindere mate vervuld zijn. Afhankelijk van deze omstandigheden en bijkomstige zaken zoals overheidsbeleid, bedrijfskultuur en informele contacten zal een gedragspatroon ontstaan dat ligt tussen samenspannend en rivaliserend gedrag. Opgemerkt dient te worden dat wat voor de één als samenspannend gedrag en/of als samenwerking wordt aangemerkt, natuurlijk voor de ander rivaliserend gedrag is.

Aan de hand van een drietal criteria kan men een aantal hoofdvormen van samenspannend gedrag en van samenwerking onderscheiden. Deze criteria zijn (vgl. De Jong, 1985, 145-146):

- het aantal en de relatieve grootte van de verzekeraars, dat wil zeggen de concentratiegraad. Gesteld kan worden dat 31 van de 49 ziekenfondsen (die 90% van het aantal verzekerden hebben binnen hun markt) als groot aangemerkt kunnen worden (meer dan 100.000 verzekerden). Slechts 15 van de 75 particuliere verzekeraars (die 81% van het aantal verzekerden hebben binnen hun markt) zijn in absolute zin ook zo groot.
- de mate van doorzichtigheid van de markt. In welke mate is men zeker van het marktgedrag van de participanten, in dit geval de verzekeraars? De onzekerheid is thans groot, gezien de uitkomsten van het politieke proces. De gedragingen van de concurrenten zijn moeilijk in te schatten; en
- de kostprijssituatie. Er zijn geringe technische schaalvoordelen, het naturastelsel is goedkoper dan het restitutiestelsel en door het plan-Dekker is er een toenemend belang van het marktaandeel voor eventuele kwantumkortingen. Bovendien zal door het plan-Dekker het verschil in risico's van verzekerden niet meer van belang zijn.

Mede op basis van Koutsoyiannis (1985, 248-249) en De Jong (1985, 147-148) komen we tot de volgende drie hoofdvormen van samenspannend gedrag²⁰:

- *Prijsleiderschap*. Het prijsleiderschap kan berusten op (regionale) marktmacht of op kostenvoordelen van de prijsleider. In het eerste geval kan de "prijsleider-met-marktmacht" een prijspolitiek volgen die grotendeels overeenkomt met die van een monopolist. In het tweede geval is de kostenfunctie van de prijsleider gunstiger dan die van de overige aanbieders.
- *Barometrisch prijsleiderschap*. Deze vorm van prijsleiderschap kan

20. Waar De Jong spreekt van parallel gedrag hebben wij de voorkeur voor samenspannend gedrag.

ontstaan wanneer de kostenstructuur en de grootte van de verzekeraars weinig van elkaar verschillen. Daarnaast is er in dit geval ook sprake van een vorm van prestige onder de concurrenten. De barometrische onderneming wordt gekozen, omdat haar prijs een goede weergave vormt van de marktverhoudingen.

- *Informatieovereenkomsten.* Samenspannend gedrag wordt soms sterk bevorderd door een gezamenlijke poging tot het verminderen van onzekerheden (in dit geval de uitkomst van het politieke proces van de aanpassingen van de gezondheidszorg op basis van de plannen van de Commissie-Dekker).

Naast de hierboven vermelde vormen van samenspanning kunnen de volgende vormen van samenwerking ontstaan:

- *Kartelvorming.* Een mogelijkheid van samenwerking is kartelvorming. De kartelvorming kan landelijk of regionaal gericht zijn. Kartelvorming zou kunnen optreden tussen de ziekenfondsen onderling, tussen bovenbouwmaatschappijen en ziekenfondsen en tussen de kleine verzekeraars.
- *Fusies.* Een verdergaande vorm van samenwerking is het aangaan van fusies. Fusies zouden kunnen optreden tussen de ziekenfondsen onderling, tussen bovenbouwmaatschappijen en ziekenfondsen en tussen de kleine verzekeraars. Momenteel zien we in de particuliere markt regelmatig fusies optreden.

Wij verwachten op basis van de theorie dat in de tijd gezien de verzekeraars vóór de (al dan niet gehele) invoering van de plannen van de Commissie-Dekker samenspannend gedrag zullen vertonen. Bovendien zullen ze regionaal gaan samenwerken. Getracht zal worden om een zo groot mogelijk verzekeraarspotentieel te verkrijgen (door middel van fusies) om zo machtiger tegenover de concurrenten in de verzekeringsmarkt én tegenover de aanbieders van zorg bij de onderhandelingen te staan. Kort na invoering van de plannen van de Commissie zullen waarschijnlijk weer rivaliserende gedragingen gaan overheersen gezien de dynamiek die in de markt wordt gebracht. Op de wat langere termijn zal de markt waarschijnlijk uitkristalliseren en zal weer samenspannend gedrag op gaan treden.

Als we paragraaf 3.3 samenvatten komen we tot figuur 2 dat een overzicht geeft van de relevante factoren die de samenspanning of samenwerking dan wel de rivaliteit bevorderen (vgl. De Jong, 1985, 150).

Figuur 2 Samenspannende en rivaliteit bevorderende factoren

Samenspanning bevorderende variabelen

1. Asymmetrische grootteverhoudingen
2. Nauw oligopolie
3. Homogeen produkt
4. Statische markt

Rivaliteit bevorderende variabelen

1. Symmetrische grootteverhoudingen
2. Wijd oligopolie
3. Heterogeen produkt
4. Dynamische markt

Ter toelichting kan worden opgemerkt dat in het vervolg van asymmetrische

grootteverhoudingen gesproken wordt bij een ongelijke verdeling over de verzekeraars van het aantal verzekerden. Met andere woorden als er sprake is van een relatief klein aantal grote verzekeraars en een groot aantal kleine verzekeraars. Bij symmetrie is het aantal verzekerden gelijkmatiger verdeeld over de verzekeraars. Onderscheid kan gemaakt worden tussen landelijke en regionale grootteverhoudingen. De twee verschillende vormen van oligopolie zijn in paragraaf 1.3 omschreven. Met een homogeen produkt wordt een identiek produkt bedoeld dat volledig substitueerbaar is. Heterogene produkten daarentegen vertonen onderlinge verschillen. Op een statische markt is sprake van een zekere rust. De markt is zeer doorzichtig en een ieder weet zijn plaats. Er is betrekkelijk weinig concurrentie en betrekkelijk weinig of geen groei van de vraag. Op een dynamische markt aast een ieder op het marktaandeel van de ander.

Deze variabelen zullen terugkomen in het paragraaf 4 waar de balans van theorie en praktijk, betreffende de concurrentie in de ziektekostenverzekeringsbranche, opgemaakt zal worden.

4. De ontwikkelingen in de ziektekostenverzekeringsbranche op basis van theorie en praktijk

In deze paragraaf zal de balans van theorie en praktijk opgemaakt worden zodat bepaald kan worden welke marktstructuur waarschijnlijk zal ontstaan na invoering van de plannen van de Commissie-Dekker. Hiertoe worden de resultaten uit de theorie en de praktijk over elkaar gelegd en vergeleken.

Aangezien het Kabinet bij de herziening van het verzekerings- en financieringssysteem heeft gekozen voor een geleidelijke invoering van het plan-Dekker zijn er enkele stadia van ontwikkeling binnen de branche te onderscheiden. Naar onze mening gaat het om vijf tijdsperioden, die weer kunnen worden ingedeeld in twee meer globale perioden. Deze perioden worden hoofdzakelijk bepaald door het invoeringstrajekt van de afzonderlijke maatregelen tot de eindsituatie in 1992 (Commissie Dekker, 1988). Met een gefaseerde invoering van de basisverzekering hoopt de ministerraad te bereiken dat het volgende kabinet, na 1990, niet op de basisverzekering kan terugkomen.²¹

A. Voor '92:	1. Vóór '88:	de situatie vóór Dekker,
	2. 1988:	de maatregelen op korte termijn, binnen de bestaande wegeving,
	3. 1989:	de maatregelen die daarop volgen en/of wat meer voorbereidingstijd vergen, bijvoorbeeld in verband met wetswijzigingen,
	4. 1990-1992 :	de verdere maatregelen op weg naar de eindsituatie,

21. Vergelijk het NRC-handelsblad van 20 februari 1988: 'Invoering verzekering in fasen'.

B. Na '92: 5. Ná 1992: het in werking treden van het complete skala aan maatregelen zoals voorgesteld door de Commissie-Dekker (1988).

Afhankelijk van de invoering van de afzonderlijke maatregelen, vallend in de verschillende perioden, zal al dan niet samenspannend of rivaliserend gedrag van de verzekeraars gaan optreden om te anticiperen op deze maatregelen. Ook is het mogelijk, zoals reeds eerder gememoreerd, dat aspecten van beide gedragingen binnen één periode tot uiting komen.

In paragraaf 4.2 worden de gevolgen van de maatregelen voor de concurrentie behandeld. De uitwerking van deze maatregelen en het gedrag van de verzekeraars met betrekking tot deze maatregelen zullen zich met name in de periode ná '92 doen gelden. Aangezien met de afzonderlijke maatregelen enkel en alleen wordt getracht, vóór de invoering van het complete skala aan maatregelen, de uitgangsposities voor de verschillende groepen van verzekeraars (en dus de verzekerden) gelijk te schakelen, worden de (anticiperende) gedragingen van de verzekeraars in de periode ná '92 behandeld (paragraaf 4.3). Dit zal gebeuren aan de hand van figuur 2, betreffende de samenspannende en de rivaliteit bevorderende factoren en aan de hand van de resultaten van de interviews in het veld.

4.1 De periode voor 1992

In de eerste grote periode zullen een aantal maatregelen worden genomen die de markt voorbereiden op de invoering van de basisverzekering in 1992. Deze maatregelen zijn van dusdanige aard dat de verschillen in de uitgangspositie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen kleiner worden.

Een aantal belangrijke maatregelen zijn: uitbreiding van de AWBZ, selectieve opheffing van de kontrakteerplicht voor ziekenfondsen, de invoering van inkomstenbudgettering voor ziekenfondsen en de invoering van maximum-tarieven in de Wet Tarieven Gezondheidszorg, verdere uniformering van de premiestructuur en verdere beperking en vereenvoudiging van de tarievenregelgeving.

We kunnen stellen dat veel verschillen in uitgangspositie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars geslecht zijn na de maatregelen tot '92. Alle partijen trachten te anticiperen op de daadwerkelijk invoering van het plan-Dekker. In deze periode zullen hierdoor de uitgangsposities van de verzekeraars worden bepaald. Wij verwachten dat na de invoering de rivaliserende tendensen aanvankelijk zullen overheersen.

4.2 De gevolgen voor de verzekeringsbranche ná 1992

Aan de hand van figuur 2 (theorie) en de interviewresultaten wordt nu bekeken wat de uiteindelijke uitwerking zal zijn op de concurrentie in de ziekte-

kostenverzekeringsbranche. Hierbij zullen de interviews en de theorie in elkaar worden geschoven.

Wij verwachten dat er nu reeds en kort na '92 samenwerking optreedt/zal gaan optreden in de vorm van fusies tussen met name de ziekenfondsen onderling, tussen ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen en tussen kleine partikuliere verzekeraars. Sommige verzekeraars zullen direkt tot fusie overgaan, anderen zullen zich wat afwachtender opstellen. Vele kleine verzekeraars zullen niet in staat en bereid zijn zich te handhaven in de ziektekostenverzekeringsbranche. Dit zal leiden tot een nauwer oligopolie.

Tegelijkertijd zullen er rivaliserende tendensen optreden in de vorm van een verhevigde concurrentie tussen de overblijvenden op de markt. Invoering van de maatregelen betekent immers dat ziekenfondsen en partikuliere verzekeraars op elkaars markt mogen opereren. De concurrentie zal minder op de prijs en meer op de kwaliteit toegespitst worden. Met kwaliteit wordt in dit verband geduid op de kwaliteit van de gekontraakteerde zorg en de service en voorlichting van de verzekeraar. Wij verwachten dat deze concurrentie van tijdelijke aard zal zijn in tegenstelling tot Dekker e.a. Wij verwachten dat de markt in vrij korte tijd als het ware regionaal verdeeld zal worden tussen de verschillende verzekeraars. Deze verwachting stoelt op de huidige regionale concentratie en op de gedachte dat regionale marktmacht effectief gemaakt kan worden gezien de structuur van vraag en aanbod van gezondheidsdiensten en gelet op de regionale kostenverschillen. De markt zal hierdoor stabiel worden en min of meer uitkristalliseren.

Wij verwachten derhalve dat op middellange termijn een samenspannende tendens op zal treden. Dit wordt veroorzaakt door de volgende aspecten:

- het produkt is nagenoeg homogeen. De enige mogelijkheid voor de verzekeraar om zich te onderscheiden is door middel van het aanvullend pakket. Dit vormt echter slechts een klein gedeelte van het totale pakket;
- de winstmogelijkheden zijn laag in de ziektekostenverzekeringsbranche;
- binnen de regio zal een samenwerkingsverband naar de aanbieders van zorg toe zijn ontstaan. Dit bevordert de doorzichtigheid van de markt en de onderlinge contacten; en
- het oligopolie zal door de concurrentie nauwer worden.

Wij verwachten kortom dat de volgende gedragingen zich voor zullen doen in de ziektekostenverzekeringsbranche:

Figuur 3

TIJDSTIP

Voor '92
Kort na '92
Op middellange termijn

GEDRAG

samenwerking
samenwerking en rivaliserend gedrag
samenspanning

5. Samenvatting en konklusie

Marktwerking en concurrentie

Richt snoer voor ons onderzoek was de volgende vraagstelling:

"Wat is het effect van de voorgestelde stelselwijziging op het functioneren van de markt voor ziektekostenverzekeringen?"

Om aan te kunnen geven wat de gevolgen van de stelselwijziging zijn, hebben we in paragraaf 1 een beeld geschetst van de ziektekostenverzekeringbranche zoals die nu nog functioneert. We hebben ons daarbij vooral gericht op de marktaandeelen van de verschillende partijen en de concentratiegraad.

Kombineren we de verwachtingen die tijdens de interviews werden uitgesproken met de in paragraaf 3 geschetste theorie dan komen we tot de volgende hypothese:

Er zullen zich een aantal concentratie-tendensen voordoen, die nieuw zijn en rechtstreeks uit het plan-Dekker voortvloeien:

- Fusies tussen ziekenfondsen en tussen ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen (berichten van de afgelopen maanden geven aan dat deze fusies al in gang gezet zijn);
- Fusies tussen kleine profit verzekeraars;
- Beëindiging van de activiteiten door maatschappijen uit de grote groep van partikuliere verzekeraars met een marktaandeel beneden de één procent van de huidige partikuliere markt;
- Samenwerking tussen verzekeraars op regionaal niveau bij kontractonderhandelingen.

De eerste tendens volgt rechtstreeks uit het vervallen van de scheiding tussen ziekenfonds- en partikuliere verzekering. De samenwerking is ook nu al intensief. De bovenbouwmaatschappijen zijn immers vanuit de ziekenfondsen opgericht. In iedere regio hebben ziekenfondsen en bovenbouwers gezamenlijk een marktaandeel van aanzienlijk meer dan vijftig procent. Indien ze na de stelselwijziging ook daadwerkelijk zullen gaan samenwerken, hetgeen gezien de gemeenschappelijke doelstellingen aannemelijk is, zullen zij de werking van de markt voor een groot deel beheersen.

De andere concentratietendensen volgen uit de hogere eisen die aan de verzekeraars gesteld worden. Met name de partikuliere verzekeraars met een marktaandeel beneden de één procent kunnen het slachtoffer worden van al te globale uitkeringen uit de Centrale Kas. Veel kleine verzekeraars zullen, anticiperend op de toegenomen onzekerheid, hun portefeuilles van de hand doen.

In de onderhandelingen met de aanbieders van zorg wordt het belangrijk een groot aantal verzekerden te vertegenwoordigen. De faktor grootte van de verzekeraar sec lijkt belangrijker te worden dan tot nu toe. Immers, de vele kleine verzekeraars werken al een groot aantal jaren met succes op de ver-

zekeringsmarkt. Schaalvoordelen lijken daarbij van ondergeschikt belang te zijn geweest.

Samenvattend kan gesteld worden dat de voorwaarden waaronder na de stelselwijziging gekonkurreerd moet worden, het ontstaan van grotere verzekeringsmaatschappijen bevorderen. We verwachten dat er een regionale marktstructuur ontstaat waarbinnen een groot non-profit machtsblok en een vrij klein aantal, in verhouding tot dat machtsblok, aanmerkelijk kleinere winstgerichte ziektekostenverzekeraars zullen opereren.

Koncentratie en kostenbeheersing

De Commissie-Dekker baseert zijn vertrouwen dat kostenbeheersing door de markt gerealiseerd kan worden op een situatie waarin de verzekeraars rivaliserend gedrag vertonen om de gunst van de konsument te verwerven. Maar is dat terecht? Op de huidige verzekeringsmarkt uit de concurrentie zich vooral in de strijd om de gunstige risico's. Oudere verzekerden worden daarentegen met forse premieverhogingen gekonfronteerd.

Na de stelselwijziging kunnen de verzekeraars hun marktgedrag, dat vooral gebaseerd is op risikoselektie, niet langer voortzetten. Het lijkt echter voorbarig om daar uit af te leiden dat de concurrentiestrijd duurzaam verhevigd zal worden zoals "versterking van de marktwerking" suggereert.

Uit de interviewresultaten en paragraaf 4 volgt dat na de stelselwijziging een groot aantal factoren eerder in de richting van samenspannend gedrag wijzen. Die factoren zijn:

- Het aantal verzekeraars zal zijn afgenomen, het oligopolie nauwer geworden;
- De overgebleven verzekeraars zullen nagenoeg dezelfde kostenstructuur hebben waardoor afspraken over de premiehoogte niet de één ten opzichte van de ander bevoordelen en het dus makkelijker is geworden een gezamenlijke strategie te bepalen;
- Het geleverde product heeft een bijzonder lage prijselasticiteit. De branche zal zich realiseren dat wanneer ieder achtereenvolgens de premie verlaagt er uiteindelijk geen polis extra verkocht wordt;
- Het product zal homogener worden, de inhoud van het basispakket ligt immers volledig vast. Er zullen voor de verzekeraar minder mogelijkheden zijn om zich door de pakket/premie verhouding te onderscheiden;
- De winstmogelijkheden zijn van oudsher gering. Dit betekent dat er weinig ruimte is om door verdere premieverlagingen het marktaandeel te vergroten zonder dat dit een negatief resultaat tot gevolg heeft;
- De verzekeraars zullen gezamenlijk afhankelijk zijn van de Centrale Kas. Het vertrouwen is bij veel van hen in eerste instantie gering. Het verschil tussen uitgaven enerzijds en inkomsten uit de Centrale

Kas anderzijds zal uit nominale premies gefinancierd moeten worden; en

- Binnen de regio zal een samenwerkingsverband tussen verzekeraars ontstaan dat de onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieders van zorg moet verbeteren. Voor een individuele verzekeraar is het immers praktisch onmogelijk om met een kartelachtige organisatie als de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) te onderhandelen. Een dergelijk samenwerkingsverband zal de doorzichtigheid van de markt, de onderlinge contacten en het maken van afspraken over de strategie op de afzetmarkt bevorderen.

Wanneer samenspanning zich voordoet in een markt die door winstgerichte organisaties gedomineerd wordt, betekent dit dat de winstmarges verhoogd worden. Een vergroting van de marktwerking zal dan alleen leiden tot een vergroting van de marktmacht van verzekeraars en niet tot een verlaging van de kosten van de gezondheidszorg voor de konsument.

Het zijn echter niet de winstgerichte verzekeraars die het marktgebeuren zullen beheersen. Landelijk gezien bezitten zij ongeveer 15% van de markt. In verband met het onderhandelingsproces is echter de regionale verdeling van de verzekerden veel belangrijker. De positie van de winstgerichte verzekeraars wordt daardoor nog meer verzwakt. Hun bestand is meer versnipperd dan dat van de ziekenfondsen en bovenbouwmaatschappijen die zich juist op een regio concentreren. De doelstelling van deze non-profit organisaties, belangenbehartiging van de konsument, zal in de nieuwe situatie de garantie moeten vormen dat de winstmarges niet ten koste van de premie verhoogd worden.

Samenspannend gedrag kan zich ook uiten in het beperken van de rol van de premie als konkurrentiemiddel, terwijl toch niet van concurrentie wordt afgezien. Zoals hiervoor aangegeven zijn er voor de verzekeraar immers een groot aantal redenen om een al te hevige konkurrentiestrijd in de zin van premieverlagingen te beëindigen. De konkurrentie wordt dan verlegd naar een minder bezwaarlijk terrein, zoals differentiatie van het produkt op kwaliteit, service en imagovorming. Deze vormen van konkurrentie kunnen op zich kostenverhogend werken, maar zijn voor de verzekeraar gunstig wanneer daarmee een groter marktaandeel te veroveren valt. Met name in de dienstensektor bestaat een voorkeur voor het konkurreren met andere middelen dan de prijs. Ook de door ons gehouden interviews wijzen in die richting.

Na de stelselwijziging zullen de verzekeraars zich moeten bezinnen op een nieuwe konkurrentiestrategie. Deze strategie hoeft niet persé gericht te zijn op kostenbeheersing. Bij de vraag of een verzekeraar zich tijdens de kontraktonderhandelingen sterk zal maken voor kostenbeheersing spelen de verwachtingen van die verzekeraar een grote rol. De vergroting van de marktwerking zal dus niet, zoals de Commissie-Dekker veronderstelt automatisch tot kostenbeheersing leiden.

Literatuur

- CBS, 1985, *Financiële gegevens over schadeverzekeringsmaatschappijen 1981-1983*, Den Haag
- CBS, 1986, *Financiële gegevens over schadeverzekeringsmaatschappijen 1984*, Den Haag
- CBS, 1988, *Financiële gegevens over schadeverzekeringsmaatschappijen 1985*, Den Haag
- Commissie Dekker, 1987, *Bereidheid tot Verandering*, Den Haag
- Commissie Dekker, 1988, *Verandering Verzekerd*, Den Haag
- Jong, H. W. de, 1985, *Dynamische Markttheorie*, Stenfert Kroese, Leiden
- KISG, 1986 en 1987, Stichting KLOZ informatiesysteem gezondheidszorg, jaarboeken
- Koutsioyiannis, A., 1985, *Modern Microeconomics*, MacMillan Publishers, London
- Porter, M.E., 1980, *Competitive Strategy, techniques for analyzing industries and competitors*, Free Press, New York
- Schenk, H. (red.), 1984, *Ondernemingsgedrag en georiënteerde markteconomie: een inleiding tot de theorie en praktijk van de externe organisatie*, Syllabus ten behoeve van het kandidaatsonderwijs Organisatie en Leiding, Faculteit der Economische Wetenschappen, vakgroep bedrijfseconomie, RUG
- Shepherd, W.G., 1985, *The economics of industrial organization*, Prentice Hall, New Jersey
- Sietsma, W., 1987, Regulering en concurrentie, *ESB*, 13 mei
- Velde, F. van der, 1987, Het no-nonsense-recept van dokter Dekker, *Intermediair*, 28 augustus
- Ven, W. van der, 1981, Ziekenfondsen versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg (I), een vergelijking van de kosten, *ESB*, 3 juni
- Ziekenfondsraad, 1986, *Financieel jaarverslag*