

Monitor zorgverzekeringsmarkt

Antwoorden op vragen van het ministerie van
VWS over toetreding, verticale integratie en
koppelingen aanvullende verzekering-
basisverzekering

Inhoud

1. Toetreding	4
1.1 Inleiding	4
1.2 Marktafbakening	4
1.3 Toetreding	5
1.3.1 Toetreding tot de landelijke markt van zorgverzekeringen	5
1.3.2 Toetreding tot regionale markten van zorgverzekeringen	5
1.3.3 Toetreding tot de markt van aanvullende verzekeringen	5
1.4 Toetredingsdrempels	6
1.5 Conclusie	7
2. Verticale integratie zorgverzekeraar-zorgaanbieders	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Het voorkomen van verticale integratie en mogelijke effecten	8
2.2.1 Het voorkomen van verticale integratie	8
2.3 Effecten van verticale integratie	10
2.4 Beoordeling door de NZA	11
2.4.1 Toezicht door de NZa	11
2.4.2 Andere toezichtshouders	13
2.5 Conclusie	14
3. De gekoppelde verkoop van aanvullende verzekeringen en basisverzekeringen	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Koppelverkoop	15
3.2.1 Koppelverkoop algemeen	15
3.2.2 Koppelverkoop van zorgverzekeringen	16
3.3 De effecten van koppelverkoop voor de consument	17
3.4 De markt van aanvullende verzekeringen	18
3.5 Beoordeling en conclusie	19

1. Toetreding

1.1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa gevraagd per brief van 16 maart 2009 de toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt te inventariseren (zie bijlage). Dit is niet mogelijk zonder eerst de relevante markt te hebben afgebakend. Dit is dan ook het onderwerp van paragraaf 1.2. In paragraaf 1.3 staat aangegeven of er sprake is van toetreding. De afwezigheid van toetreders kan wijzen op hoge toetredingsbarrières. Maar het is ook mogelijk dat de potentiële concurrenten afzien van toetreding juist omdat de concurrentie geen ruimte laat voor toetreding (bijvoorbeeld in geval van te geringe marges). Daarom is een nadere analyse van mogelijke drempels nodig (paragraaf 1.4).¹ Omdat het verkrijgen van informatie van mogelijke toetreders niet mogelijk was, zijn de conclusies niet onderbouwd met praktijkervaringen.

1.2 Marktafbakening

Voor het vaststellen van toetreding is het afbakenen van de relevante markt een belangrijke eerste stap. De omvang van de relevante markt wordt bepaald door twee dimensies: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.

In haar monitors en zienswijzen is de NZa er, in navolging van de NMa, tot nu toe vanuit gegaan dat zich twee scenario's kunnen ontwikkelen: de zorgverzekeringsmarkt ontwikkelt zich tot een landelijke markt of tot een regionale markt.² De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt geven geen aanleiding te veronderstellen dat er sprake is van algehele regionalisering. Uit oogpunt van volledigheid zal toetreding tot beide geografische markten aan de orde komen.

De NZa heeft in haar zienswijzen aan de NMa over de concentraties op de zorgverzekeringsmarkt onderscheid gemaakt tussen een markt voor zorgverzekeringen (met daarin de keuze tussen een naturapolis, restitutiepolis of een combinatiepolis) en een markt voor aanvullende verzekeringen. Er is gelet op de verschillen tussen beide verzekeringen en de inhoud en aansprakelijkheden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering geen mogelijkheid voor substitutie.

De NZa onderscheidt vooralsnog geen separate markt voor collectieve zorgverzekeringen. Bij collectieve verzekeringen is sprake van een hoge mate van aanbods substitutie. Verzekeraars kunnen zonder veel extra

¹ F.T. Schut, Indicatoren functioneren zorgmarkt. Onderzoeksrapport voor het RIVM in het kader van het project Zorgbalans iBMG, Erasmus MC Rotterdam Mei 2006

² De NMa concludeert in de besluiten over concentraties op de zorgverzekeringsmarkt dat er een duidelijke tendens tot een landelijke markt is. Toch houdt de NMa de mogelijkheid open dat zorgverzekeraars als gevolg van het 'regionaal mechanisme' een sterke machtspositie in provincies kunnen opbouwen. Het regionaal mechanisme wordt meer waarschijnlijk bijvoorbeeld als verzekeraars provinciale polissen aanbieden, verzekerden een sterke voorkeur hebben voor polissen met gecontracteerde zorg en collectiviteiten ook vooral regionaal van aard zijn. Zie: NMa, Besluit 6128 / Achmea – Agis 25 juli 2007

kosten een collectieve verzekering aanbieden naast of in plaats van een individuele zorgverzekering. Ook de vraagsubstitutie lijkt hoog te zijn.³

1.3 Toetreding

1.3.1 Toetreding tot de landelijke markt van zorgverzekeringen

Toetreding op de landelijke markt heeft zich sinds de invoering van de Zvw niet voorgedaan. Over toetreding is de informatie bijzonder schaars. De NZa heeft navraag gedaan bij DNB en het Verbond van Verzekeraars naar mogelijke signalen van oriëntatie van (buitenlandse)verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. Van dergelijke signalen is niet of nauwelijks sprake.

1.3.2 Toetreding tot regionale markten van zorgverzekeringen

Meer dan bij de landelijke markt is er wel sprake van dreiging van toetreding tot regionale markten. Het aanbieden van landelijke polissen door zorgverzekeraars is te interpreteren als een poging om verzekerden in alle regio's van Nederland aan te trekken. De concurrentie om collectieve verzekeringen maakt duidelijk dat toetreding tot regionale markten wordt overwogen. Ook zijn strategieën van zorgverzekeraars bekend om met behulp van het contracteren van zorgaanbieders in andere dan het oorspronkelijke werkgebied verzekerden aan zich te binden.

Hoewel er dus sprake is van potentiële toetreding tot regionale markten is over het algemeen het beeld dat zorgverzekeraars er niet in slagen een substantieel marktaandeel binnen een regio te verwerven waar ze tot dan toe nauwelijks actief waren. Dit via zorginkoop bereiken lijkt vooralsnog weinig waarschijnlijk vanwege de over het algemeen beperkte profilering op zorginkoop door zorgverzekeraars. Bovendien zijn veel zorginkoopactiviteiten gericht op de aanbieders in de van oudsher 'eigen' regio.

Toetreding tot een regionale markt kan ook totstandkomen door middel van het aanbieden van collectieve zorgverzekeringen. De NZa concludeert in 2009 echter dat collectiviteiten niet veel wisselen van zorgverzekeraar. Er is sprake van concurrentie bij het aanbieden van aflopende contracten met grote collectiviteiten. Maar regionale collectiviteiten blijven gericht op de van oudsher dominante zorgverzekeraar. Een en ander uit zich in lage mobiliteitscijfers en een stijgende marktconcentratie op regionaal/provinciaal niveau.

1.3.3 Toetreding tot de markt van aanvullende verzekeringen

In haar monitors van de zorgverzekeringsmarkt heeft de NZa aangegeven dat het aantal aanvullende verzekeringen groot en groeiend is. De NZa heeft geen totaaloverzicht van alle aangeboden aanvullende verzekeringen. Er is echter geen aanleiding te veronderstellen dat het afzonderlijk aanbieden van een aanvullende verzekering terwijl de verzekeraar dat voorheen niet deed in substantiële mate is voorgekomen. Het enkel aanbieden van aanvullende verzekeringen is naar alle waarschijnlijkheid geen effectieve strategie. Dit omdat

³ NZa, Openbare zienswijze Concentratie Vereniging Achmea en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Agis U.A. en Stichting Agis, Juli 2007

verzekerden in grote meerderheid gewend zijn naast een aanvullende verzekering ook een basisverzekering bij dezelfde verzekeraar te nemen.⁴ Ziektekostenverzekeraars versterken dit effect door in de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen aan te sturen op gekoppelde koop.

1.4 Toetredingsdrempels

De NZa heeft bij de start van het stelsel de verwachting uitgesproken dat zij de meeste drempelrisico's ziet bij toetreding tot regionale markten. De NZa concludeerde dat zorgverzekeraars met een historisch sterke positie op de zorginkoopmarkten schaalvoordelen hebben bij het aanbieden van polissen met gecontracteerde zorg en afspraken met zorgaanbieders over zorginnovatie.⁵ Deze conclusie wordt gestaafd door het grotendeels ontbreken van regionale toetreding, ook daar waar de marktconcentratie op gebrekkige concurrentie wijst.

Verder is van belang dat zorgverzekeraars moeten voldoen aan de eisen van de Zvw. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa achtte deze eisen proportioneel gezien de publieke randvoorwaarden van het stelsel.⁵ Bovendien is er geen sprake van substantiële sunk costs hoewel toetreding investeringen in uitvoeringstechnische expertise vergt. Het is wel zo dat de eisen in de Zvw aanmerkelijke aanpassingen van 'traditionele', commerciële schadeverzekeraars vragen. Commerciële verzekeraars zijn het gewend juist wel verzekerden te selecteren met het oog op het verzekeringsrisico. Ook is premiedifferentiatie een geaccepteerde manier voor schadeverzekeraars om een positief financieel resultaat te behalen en om zo de aandeelhouders te belonen.

Verder geven de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt aanleiding te veronderstellen dat toetreding belemmerd wordt door de lage winstmarges op de zorgverzekeringsmarkt en de grootte van de vereiste schaal voor het aanbieden van polissen. De ervaring met uittredende zorgverzekeraars en concentraties leert dat een minimale schaal nodig is om een concurrerend polisaanbod te kunnen doen. Een te kleine schaal met een te gering efficiencyvoordeel leidt tot een te hoge premie die het resultaat op de zorgverzekeringsmarkt onder druk zet.

Ten slotte nodigt de winstmarge op de zorgverzekeringsmarkt niet uit tot toetreding. Zorgverzekeraars boeken sinds de start van het nieuwe stelsel negatieve resultaten. Het jaar 2009 laat mogelijk een gemiddeld positief resultaat op de basisverzekering zien. De zorgverzekeringsmarkt wijkt hiermee in belangrijke mate af van andere schademarkten met gemiddeld een veel positiever resultaat.⁶ De vraag is of dit gezien de structuur van de zorgverzekeringsmarkt zal veranderen. Het overgrote deel van de zorgverzekeraars is niet-commercieel, heeft geen verantwoording af te leggen aan aandeelhouders en kan dus met een lage premie en voldoende kwaliteit een rol spelen op de zorgverzekeringsmarkt. Voor commerciële verzekeraars vormt toetreding tot een dergelijke markt een weinig aantrekkelijke optie.⁷

⁴ Zie NZa, Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008

⁵ NZa, Visie zorgverzekeringsmarkt, 2006

⁶ Zo wordt berekend dat schadeverzekeraars in 2007 een positief resultaat hadden van iets minder dan 12%, in: H.J.R. Klein Teselink. Schadeverzekeraars: winstgevend kernbedrijf, in: Het Verzekerings-Archief 4, 2008, p. 189-192

⁷ Jurriaan Eggelte en Paul Schilp, Risico en rendement op de zorgverzekeringsmarkt, in: ESB, 3 oktober 2008, p. 589-590

1.5 Conclusie

De zorgverzekeringsmarkt wordt gekenmerkt door het ontbreken van toetreding van nieuwe aanbieders. Deze conclusie geldt voor zowel de landelijke en, in mindere mate, voor de regionale markten. In de laatste is de dreiging van toetreding wel aanwezig en deze laat zich ook – kwalitatief – vaststellen. Het ontbreken van toetreding op de landelijke markt kan in theorie wijzen op sterke concurrentie. Afgaande op de informatie die bijzonder schaars is, is er echter nauwelijks sprake van geïnteresseerde toetreders. Te beredeneren valt dat dit komt door de specifieke structuur van de markt voor zorgverzekeringen en de minimale schaalgrootte. Bijzonder typerend zijn de lage winstmarges en de manier waarop de zittende zorgverzekeraars met elkaar (moeten) concurreren. Deze structuur vormt voor commerciële schadeverzekeraars geen prikkel om toe te treden.

2. Verticale integratie zorgverzekeraar-zorgaanbieders

2.1 Inleiding

Sinds de stelselwijziging in 2006 hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte gekregen om nieuwe samenwerkingsvormen in te richten. Er wordt in het publieke debat wisselend gedacht over de diverse nieuwe vormen van samenwerking en over de gevolgen die ze hebben voor de publieke belangen. Er daarom ook nagedacht of de huidige inrichting van het toezicht op verticale integratie in de zorg voldoende is om deze publieke belangen te waarborgen.⁸ Naar aanleiding van toezeggingen van de minister aan de Tweede Kamer heeft het ministerie aan de NZa gevraagd te inventariseren in hoeverre verticale integratie voorkomt en wat de gevolgen zijn voor de concurrentie en keuzevrijheid voor de consument (zie bijlage).

2.2 Het voorkomen van verticale integratie en mogelijke effecten

2.2.1 Het voorkomen van verticale integratie

Hoewel verticale integratie veel publieke belangstelling krijgt, is er opmerkelijk weinig bekend over de mate waarin zij voorkomt. Ook de eerder genoemde Commissie Verticale Integratie publiceerde geen overzicht dat volledig pretendeerde te zijn, ook omdat de tijd voor uitputtend onderzoek ontbrak.

Er zijn verschillende vormen van verticale samenwerking denkbaar. De meest vergaande vorm van verticale samenwerking is wanneer een zorgverzekeraar zelf zorg verleent of financieel dan wel bestuurlijk deelneemt in een zorgaanbieder. Er zijn nog andere, lossere vormen van verticale samenwerking mogelijk zoals bijvoorbeeld het maken van contractuele afspraken over onderlinge afname en levering van zorg.⁹

De Commissie verticale integratie onderscheidt de volgende vormen van verticale integratie:

- het zelf verlenen van zorg, al dan niet via een juridische fusie;
- rechtstreekse of middellijke (dat wil zeggen via een andere rechtspersoon) bestuurlijke deelname in een zorgaanbieder;
- rechtstreekse of middellijke financiële deelname. Financiële deelname kan de vorm krijgen van financiering van de totstandkoming of het in stand houden van een zorgaanbieder of bijvoorbeeld beleggen met het oog op financieel rendement.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa een inventarisatie gemaakt van de vormen van verticale integratie in de zorg die momenteel al bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De

⁸ Zie de motie Schippers c.s. (TK 2008-2009, 29689, nr 236), de rapportage van de Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars (zie www.seo.nl) en zorgaanbieders en de reactie daarop van de Minister (Brief aan de Tweede Kamer dd 9 juli 2009. 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning').

⁹ Te denken valt ook aan het gebruik van de beleidsregel Geïntegreerde eerstelijnszorg waarmee zorgverzekeraars gezondheidscentra kunnen financieren.

NZa heeft hiervoor alle zorgverzekeraars benaderd met de vraag in welke vormen van verticale integratie zij momenteel al deelnemen. De NZa heeft zich daarbij beperkt tot de door de Commissie Verticale Integratie genoemde vormen.¹⁰

Het resultaat van de inventarisatie onder zorgverzekeraars staat in de volgende tabel weergegeven.

Zorgverzekeraar	Zorgaanbieder	Soort zorg
Menzis	2 gezondheidscentra	Eerstelijnszorg
	Apotheek	Geneesmiddelenverstrekking
Agis	Gezondheidscentra	Eerstelijnszorg
	Diagnostisch centrum	Medisch specialistische zorg/ZBC
	Geneticom	Laboratoriumonderzoek
Achmea	Achmea services	Gezondheidsbevordering
	Medinova/Medifera	Arbo-dienstverlening
Salland	Regizorg	Ondersteuning van regionale ketenzorg
DSW	Apothekers	Geneesmiddelenverstrekking
	Gezondheidscentra	Eerstelijnszorg
	Polikliniek ziekenhuis	Medisch specialistische zorg
UVIT	Huisarts	Huisartsenzorg
	Regionaal Instituut Dyslexie	Dyslexiezorg

Op basis van de door de zorgverzekeraars aangeleverde informatie is de conclusie dat in ieder geval 3 van de 4 grote groepen van zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale integratie ontplooiën.

Een tweede conclusie is dat zorgverzekeraars zich met name richten op de eerstelijnszorg, in de vorm van gezondheidscentra (DSW, Menzis, Agis). Ook deelname in apothekers komt bij twee zorgverzekeraars voor: Menzis (via Azivo) en DSW. Ziekenhuiszorg is tot op dit moment nauwelijks betrokken bij verticale integratie.

Zorgverzekeraars is ook gevraagd naar de looptijd van de verschillende vormen van samenwerking. Het blijkt dat verschillende vormen van samenwerking al langere tijd lopen. Verschillende activiteiten van Menzis, DSW, Agis en UVIT zijn al begonnen nog voor de invoering van de Wmg in 2006. Daarnaast is ook een aantal vormen van verticale integratie weer stopgezet, bijvoorbeeld omdat het doel van de samenwerking was bereikt. Dit was het geval bij de deelname van CZ in in het Orthopedisch Centrum Maxima.

Uit de informatie van zorgverzekeraars is ook af te leiden dat het zelf zorg verlenen niet de meest voorkomende vorm van verticale integratie is. Twee zorgverzekeraars geven aan samen te werken met een zorgaanbieder middels een bestuurlijke deelname, maar de vorm van verticale integratie die het meest wordt gebruikt is die van een rechtstreekse of middellijke financiële deelname van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder. Alle zes in de tabel genoemde zorgverzekeraars geven aan op deze manier een verticale relatie aangegaan te zijn met een zorgaanbieder.

Het type zorgaanbieder waarmee een vorm van verticale integratie wordt aangegaan verschilt per zorgverzekeraar. In zijn algemeenheid kan

¹⁰ Hieronder valt niet de subsidiëring van zorg door verzekeraars door aanwending van de daarvoor beschikbare beleidsregels. Beleidsregel Menzis noemen!!

gesteld worden dat meer samenwerking wordt gezocht met de eerste- dan met de tweede lijn.

De redenen voor verticale integratie hangen in zeer sterke mate af van de specifieke vorm van verticale integratie. Zo investeert Achmea via Residex in enkele instituten die arbo-dienstverlening geven met het oog op financieel rendement en het tot stand brengen van innovatie. Enkele zorgverzekeraars nemen deel in gezondheidscentra om eerstelijnszorg voor hun cliënten te waarborgen. Zo heeft Menzis in Groningen in het verleden geïnvesteerd in een gezondheidscentrum omdat op dat moment een tekort aan huisartsenzorg dreigde.

Uit informatie van zorgverzekeraars komt het beeld naar voren dat enkele verzekeraars het voornemen hebben om in de nabije toekomst samen te werken met zorgaanbieders. Het gaat daarbij om zorgverzekeraar DSW (ziekenhuis Vlietland, zie Box 1), UVIT (apothek, fysiotherapie en huisartsenzorg), Agis (ZBC) en Salland (zorg-ondersteunende activiteiten).

Voor verschillende verzekeraars vormt verticale integratie geen aantrekkelijke strategie. Zij noemen deelname in zorg of het zelf aanbieden van zorg een laatste redmiddel om hun zorgplicht in te kunnen vullen.

2.3 Effecten van verticale integratie

Verticale integratie kan zowel positieve als negatieve gevolgen voor consumenten hebben. Welke overheersen hangt van de specifieke omstandigheden af. De NZa noemt in een van haar researchpapers als voordeel van verticale integratie van zorginstellingen dat het productieproces kan worden geharmoniseerd. Een voorbeeld is dat een ziekenhuis en verpleegtehuis de bezetting van bedden beter op elkaar af kunnen stemmen bij een fusie. Vanuit de patiënt gezien bieden twee zorgaanbieders opeenvolgende stappen aan, terwijl zij niet op dezelfde markt actief zijn. Voordelen zijn dan te behalen doordat de patiënt maar één keer als klant hoeft te worden binnengehaald en dat de overdracht van informatie gemakkelijker verloopt.¹¹ Het Centraal Planbureau (CPB) gaat meer specifiek in op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het CPB ziet de vergroting van de prikkel om te investeren als belangrijkste potentiële efficiëntievoordeel.¹² Brandenburg noemt de vermindering van de transactiekosten een belangrijk voordeel. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder hoeven immers geen tijdrovende onderhandelingen over de financiering meer te voeren.¹³

Verticale samenwerking kan, naast de genoemde positieve effecten, ook negatieve gevolgen hebben. Zo kan in het geval van verticale samenwerking tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld ketenzorg door middel van doorcontractering) sprake zijn van het risico van uitsluiting. Een mogelijke nadeel van fusies is dat ze tot (vergroting van) ongewenste marktmacht kunnen leiden. Verticale integratie van een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar kan in dat geval leiden tot een situatie waarin de prijs, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in het gedrang kunnen komen. Het belangrijkste risico is verticale uitsluiting. Dit houdt in dat concurrerende ziekenhuizen en/of zorgverzekeraars van de markt wordt buitengesloten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als

¹¹ NZa, Efficiency Gains from Mergers in the Health Care Sector, 2009

¹² CPB "Vertical relations between health insurers and healthcare providers", 2009 www.cpb.nl.

¹³ C. Brandenburg, A transaction costs analysis of Dutch hospital care, Rotterdam, 2008

grote regionale zorgverzekeraars op meer continue basis lagere prijzen kunnen afdwingen dan hun concurrenten.¹⁴

2.4 Beoordeling door de NZA

Voor de beoordeling van vormen van verticale integratie door de NZa is allereerst het wettelijk toezichtskader van belang. Welke toezichtshouder doet wat? En hoe beoordeelt de NZa verticale integratie?

2.4.1 Toezicht door de NZa

De NZa heeft, voor situaties waarin er mogelijk sprake is van marktmacht van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar, het Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) instrument tot haar beschikking. Het AMM instrument geeft de NZa de mogelijkheid een onderzoek te starten naar een zorgaanbieder of zorgverzekeraar.¹⁵ Indien uit dat onderzoek blijkt dat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar beschikt over AMM kan de NZa de desbetreffende partij verplichtingen opleggen welke staan beschreven in artikel 48 van de Wmg. Het AMM instrument biedt de NZa dus de mogelijkheid om mogelijke negatieve effecten van verticale integratie achteraf ongedaan te maken.

Naast het AMM instrument heeft de NZa ook de mogelijkheid om een zienswijze af te geven aan de NMa wanneer zij toetst of voorgenomen fusies of overnames in de zorg doorgang mogen vinden. In een dergelijke zienswijze geeft de NZa haar analyse van de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Voor wat betreft de beoordeling over de verwachte gevolgen voor de kwaliteit van zorg vraagt de NZa de zienswijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Door het geven van een zienswijze kan de NZa de NMa wijzen op mogelijke positieve en/of negatieve gevolgen van een voorgenomen concentratie op de publieke belangen.

Om haar toezicht zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te richten maakt de NZa gebruik van het RisicoAnalyseModel (RAM)¹⁶. Hierin worden risico's benoemd en wordt nagegaan op welke wijze de risico's worden gemitigeerd door bestaande "checks" en "balances". De NZa zal haar toezicht richten op die risico's die niet voldoende worden gemitigeerd door de markt. Het risico "verticale integratie" wordt op dit moment volgens het RAM niet in voldoende mate gemitigeerd. Dit betekent dat de NZa actief toezicht houdt op situaties waarbij het risico 'verticale integratie' een rol speelt. Zo heeft de NZa verslag gedaan van haar beoordeling van enkele casussen van verticale samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.¹⁷

Belangrijk is dat de NZa in haar activiteiten bij zowel het afgeven van een zienswijze als het toepassen van AMM casuïstisch te werk gaat. Dat betekent dat zij verticale integratie per geval beoordeelt. In dat kader is de uitkomst van de werkzaamheden van de Commissie Verticale Integratie van belang. Aan de Commissie Verticale Integratie heeft de Minister gevraagd te onderzoeken in hoeverre een (algemeen) wettelijk verbod op (een drietal vormen van) verticale integratie noodzakelijk en proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg. De Commissie is in het

¹⁴ Michiel Bijlsma en Victoria Shestalova, Fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, in: ESB, 94, 20 maart 2009, p. 284-187

¹⁵ Zie de beleidsregel AMM en de toelichting daarom voor meer informatie. Deze documenten zijn te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl.

¹⁶ Zie www.nza.nl voor meer informatie over het RisicoAnalyseModel (RAM).

¹⁷ NZa, Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008

kort tot de conclusie gekomen dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk is en niet proportioneel voor het borgen van de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg.¹⁸

In de brief "Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning" van 9 juli 2009 gaat de Minister van VWS in op de conclusies van de Commissie en betreft daarbij het advies van de Raad van State (RvS) over het aanscherpen van de fusietoets door de NMa.¹⁹ De minister laat in de brief weten dat hij zich in grote lijnen in het oordeel van de Commissie verticale integratie kan vinden en dat naar zijn oordeel op voldoende wijze beargumenteerd is dat een verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het waarborgen van de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg en dat Europese regels een dergelijk verbod (zo goed als) onhaalbaar maken.

De NZa heeft inmiddels laten weten de conclusie te delen dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel lijkt voor het borgen van de publieke belangen. Hierbij merkt zij op dat dit geldt voor zowel verticale - als horizontale fusies en dat elk fusievoornemen individueel moet worden getoetst.²⁰

De gevallen van verticale integratie in tabel 1 heeft de NZa niet onderzocht. Niet elke samenwerkingsrelatie vergt een beoordeling door de NMa waardoor de NZa geen zienswijze afgeeft. Ook heeft de NZa in het kader van de vermelde gevallen geen signalen ontvangen die wijzen op negatieve effecten voor de consument of de concurrentie. De NZa bereidt momenteel een oordeel voor over de voorgenomen concentratie waarbij zorgverzekeraar DSW en ziekenhuis Vlietland betrokken zijn.

¹⁸ De voornaamste argumenten van de Commissie verticale integratie bij deze conclusie zijn de volgende:

- Er is geen reden om aan te nemen dat het huidige toezichtkader niet toereikend is of niet adequaat wordt toegepast om de effecten van verticale integratie, waaronder de effecten op kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg, af te wegen
- Het staat thans niet vast dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en/of de concurrentie op de zorgverleningsmarkt dermate ineffectief is dat alle verticale integratie in zijn algemeenheid per saldo nadelig is voor consumenten (verzekerden en patiënten). Een verbod op verbod op verticale integratie in de zorg is dan ook niet doelmatig en snijdt de weg af naar verticale integratie die per saldo goed kan uitpakken voor de consument
- Het is niet waarschijnlijk of aannemelijk dat verticale integratie de keuzevrijheid van consumenten onacceptabel beperkt. Bovendien zijn er verschillende wettelijke waarborgen die dat kunnen voorkomen.
- Een algemeen integratieverbod is niet effectief omdat het op verschillende manieren is te ontwijken en omdat het de werkelijke problemen op de zorgmarkten niet aanpakt. Een verbod op verticale integratie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wegens strijd met communautaire verdragsverplichtingen, in het bijzonder de bepalingen ten aanzien van vrij verkeer van kapitaal en diensten, vrijheid van vestiging en schade verzekeringsrichtlijnen."

¹⁹ De conclusie van het advies van de RvS inzake de voorlichting omtrent het fusietoezicht in de zorg luidt dat "...lijkt er onvoldoende grond om een toets in te voeren op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, die specifiek is gekoppeld aan fusies tussen zorgverleners (additionele fusietoets)...". Het volledige advies van de RvS is te vinden op de website: www.raadvanstate.nl.

²⁰ NZa, "Augustusbrief" van 26 augustus 2009

2.4.2 Andere toezichthouders

Als twee of meer ondernemingen in de zorg willen integreren hebben zij naast de Wmg en de NZa te maken met de Mededingingswet (Mw), en de Wet Financieel Toezicht (Wft). Op deze wetten wordt toegezien door respectievelijk de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en De Nederlandse Bank (DNB). Hieronder zal kort worden ingegaan op de relatie van deze wetten met verticale integratie en de rol en bevoegdheden van de genoemde toezichthouders.

De NMa is de toezichthouder die toeziet op naleving van de Mededingingswet (Mw). Onder voorwaarden moeten bepaalde (verticale) concentraties tevoren aan de NMa worden gemeld. Gemeenschappelijke activiteiten op specifieke gebieden, bijvoorbeeld ten behoeve van verkoop of onderzoek en ontwikkeling, vallen buiten het concentratietoezicht.²¹ De NMa onderzoekt bij haar concentratietoezicht of er geen economische machtspositie ontstaat of wordt versterkt wanneer ondernemingen (horizontaal dan wel verticaal) willen concentreren. Als dat niet het geval is mag de fusie plaatsvinden. Bij het beoordelen van een overname of een fusie binnen de zorg kan de NZa haar zienswijze geven op de voorgenomen concentratie aan de NMa (zie ook boven). De NMa neemt deze zienswijze mee in haar besluit maar beslist uiteindelijk zelf of een fusie of overname doorgang mag vinden.

De NMa heeft dus de mogelijkheid om een fusie die zij in strijd met de Mw acht, tegen te houden door partijen geen vergunning te verlenen. Echter wanneer de vergunning eenmaal is afgegeven en de omstandigheden nadien zo wijzigen dat er toch een onwenselijke situatie ontstaat heeft de NMa geen mogelijkheden om de concentratie ongedaan te maken. De NZa heeft hiertoe wel mogelijkheden op basis van haar AMM-instrumentarium.

Op basis van de Wet op het Financieel Toezicht (Wft) is DNB is belast met het prudentieel toezicht op de Wft.²² Prudentieel toezicht richt zich op de soliditeit van financiële ondernemingen en draagt bij aan de stabiliteit van de financiële sector. Omdat een fusie (horizontaal of verticaal) invloed kan hebben op de solvabiliteit van zorgverzekeraars is DNB ook een toezichthouder waarmee partijen in de zorg die willen fuseren met een zorgverzekeraar rekening moeten houden.

DNB stelt in haar toezicht het belang van de polishouders voorop. De focus van DNB bij de beoordeling van verticale relaties in de zorg is gericht op de beheersing van de financiële risico's. Hierbij is een onderscheid te maken tussen een *deelneming* van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder en een *overname* van een zorgaanbieder door een zorgverzekeraar. Deelnemingen van een verzekeraar in een zorginstelling worden door DNB benaderd als een belegging. Hiervoor gelden dus ook dezelfde eisen met betrekking tot de beheersing en wettelijke voorschriften (o.a. spreidingsregels)²³. Indien een zorgverzekeraar zelf overgaat tot het aanbieden van zorg in natura, bijvoorbeeld doordat de zorgverzekeraar een eigenaar wordt van een zorgaanbieder, dan is het aanbieden van die zorg in principe alleen toegestaan aan haar eigen verzekerden. Indien een zorgverzekeraar ook aan verzekerden van andere verzekeraars zorg in natura wil aanbieden dan zal deze onderneming in een aparte juridische entiteit moeten

²¹ Overgenomen van de website van de NMa: www.nmanet.nl

²² Naast DNB houdt ook de AFM toezicht op de Wft. De taken van DNB (het prudentieel toezicht) en die van de AFM (het gedragstoezicht) zijn zodanig gescheiden dat er geen sprake is van overlap. Voor meer informatie zie de website van het ministerie van Financiën: www.minfin.nl.

²³ Zie voor meer informatie over de wettelijke eisen van de DNB www.dnb.nl.

worden ondergebracht. Hierbij is voor DNB voornamelijk van belang dat de solvabiliteit van de zorgverzekeraar niet in gevaar komt.

2.5 Conclusie

Uit de door zorgverzekeraars verstrekte informatie komt naar voren dat verticale integratie in Nederland in verschillende vormen voorkomt. Ook is gebleken dat enkele verzekeraars het voornemen hebben in de nabije toekomst samen te gaan werken met zorgaanbieders.

Verticale integratie komt vooral voor in de eerstelijnszorg en bij apothekers, en nauwelijks bij medisch-specialistische zorg. Tevens zijn zorgverzekeraars actief aan de 'randen' van de zorg (ondersteuning, arbo-zorg et cetera).

Gebleken is dat verschillende gevallen van verticale samenwerking een langere levensduur hebben; er is geen sprake van een hausse van initiatieven op dat terrein sinds de invoering van de Wmg.

De NZa houdt toezicht op verticale integratie op basis van haar AMM-instrumentarium en geeft zienswijzen aan de NMa. Voor haar activiteiten op deze terreinen hanteert de NZa risicoanalysemodellen. Bij de uitvoering van haar activiteiten heeft de NZa oog voor de zowel de positieve als de negatieve potentiële effecten van verticale integratie. Deze effecten verschillen per geval. De in deze inventarisatie naar voren gekomen gevallen van verticale integratie heeft de NZa niet onderzocht. De NZa kan daarover dan ook geen oordeel uitspreken. De NZa beoordeelt op dit moment het voornemen van zorgverzekeraar DSW om samen te gaan met ziekenhuis Vlietland.

3. De gekoppelde verkoop van aanvullende verzekeringen en basisverzekeringen

3.1 Inleiding

Verschillende ziektekostenverzekeraars koppelen de verkoop van aanvullende verzekeringen aan de verkoop van een basisverzekering. Dat kan op verschillende manieren. Zo kan de verzekeraar de verzekerde verplichte gelijk met de aanvullende verzekering een basisverzekering te nemen. Het is ook mogelijk dat de premie voor de aanvullende verzekering hoger is als niet ook de basisverzekering wordt aangeschaft.

De NZa heeft in de fase waarin het stelsel op gang moest komen geoordeeld dat hindernissen voor de keuzevrijheid van verzekerden niet wenselijk zijn.²⁴ De Consumentenbond heeft de minister van VWS en de NMa gevraagd in te grijpen.

Naar aanleiding van toezeggingen van de minister aan de Tweede Kamer heeft het ministerie aan de NZa gevraagd te inventariseren wat de gevolgen zijn voor de consument (zie bijlage). Om tot een meer weloverwogen oordeel te kunnen komen is het naar de mening van de NZa verstandig om het groeiend inzicht in de werking van de markt van de aanvullende verzekeringen en de positie van de consument daarbij te gebruiken.

3.2 Koppelverkoop

3.2.1 Koppelverkoop algemeen

Koppelverkoop vindt plaats als de transactie van het ene goed afhankelijk is van voorwaarden voor de transactie van een ander goed. Meestal in de vorm dat iets alleen verkocht/gekocht mag worden als ook een ander product wordt gekocht/verkocht. In het mededingingsrecht geldt als definitie: het sluiten van een bepaalde transactie onder de voorwaarde dat tevens een andere transactie wordt afgesloten.²⁵

Koppelverkoop vindt op verschillende markten op ruime schaal plaats. Voorbeelden:

- computers met al voorgeïnstalleerde programmatuur;
- auto's inclusief allerlei accessoires;
- tijdschriften in een totaalpakket;
- abonnementen op televisiezenders;
- het belegde broodje bij de benzinepomp (broodje met kaas ipv een afzonderlijk broodje en een plakje kaas).

Ook op de verschillende verzekeringsmarkten is koppelverkoop een veel voorkomende praktijk in die zin dat korting wordt geboden in geval van het afsluiten van meer dan 1 verzekering. Koppelverkoop is in vele gevallen efficiënt en wordt in het mededingingsrecht dan ook niet per se als schadelijk of verboden beschouwd. Dat is pas het geval als het

²⁴ Zie het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt (2006) waarin als een risico is opgenomen dat bepalingen in de aanvullende verzekeringen de mobiliteit van verzekerden kan beperken.

²⁵ NMa, zaak 5981/6 (Consumentenbond vs Apple).

gevolgen heeft die duiden op uitsluiten van concurrenten en/of uitbuiting van consumenten. Doorgaans is dit alleen mogelijk indien sprake is van marktmacht aan de kant van de onderneming die producten gekoppeld verkoopt.

3.2.2 Koppelverkoop van zorgverzekeringen

Hoe koppelen ziektekostenverzekeraars de verkoop van de basisverzekering en de aanvullende verzekering? Het onderzoeksinstituut iBMG geeft in opdracht van de NPCF jaarlijks een overzicht van koppelingen. Het blijkt dat er twee vormen van koppelingen bestaan. Ten eerste in de vorm van een financiële sanctie op het afzonderlijk aanschaffen van een aanvullende verzekering. Ten tweede in de vorm van een absolute verplichting om ook de basisverzekering te nemen als men een aanvullende verzekering afsluit. Alleen de tweede vorm voldoet aan de bovenvermelde definitie van koppelverkoop.²⁶

Vorm van koppeling	2007	2008	2009
1. Toeslag op premie bij tussentijdse opzegging	AnderZorg, Confior, Diavitaal, IZA, Menzis, UMC	AnderZorg, IZA, FBTO, Menzis (incl. Confior), UMC	IZA, UMC, FBTO
2. Toeslag op premie als bv niet wordt afgesloten	Anderzorg, CZ, Delta Lloyd, Lancyr, Menzis, Ohra en ONVZ en OZF Achmea	AnderZorg, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, FBTO, Lancyr, Menzis (incl. Confior), Ohra en OZF.	AnderZorg, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, FBTO, Menzis, Ohra, ONVZ, OZF Achmea en Univé
3. Geen av zonder bv mogelijk	IZA, IZZ, UMC en Salland	AZVZ, DSW, IZA, IZZ, Salland, Stad Holland, UMC ²⁷	AZVZ, DSW, IZA, IZZ, Salland, Stad Holland, UMC ²⁷

Bron: iBMG in opdracht van NPCF, rapporten 2007, 2008 en 2009

De gekoppelde verkoop van de aanvullende verzekering en de basisverzekering is niet de enige manier waarop ziektekostenverzekeraars producten koppelen. Andere voorbeelden zijn (met een wisselende absolute verplichting tot een gezamenlijke aanschaf):

- in toenemende mate is sprake van doelgroepbenaderingen. Ziektekostenverzekeraars bieden bijvoorbeeld een gezinsverzekering aan waarin de aanvullende verzekering en basisverzekering zijn opgenomen. Specificaties in de aanvullende verzekeringen bepalen dan de inhoud van de verzekering;
- korting voor collectieve zorgverzekeringen is afhankelijk van de aanschaf van andere dan een zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar;
- sociale diensten bieden collectieve verzekeringen aan waarbij de verzekerde ook de bijbehorende aanvullende verzekering moet nemen. De aanvullende verzekering bevat namelijk een afkoop van het eigen risico in de basisverzekering;

²⁶ In principe is een derde vorm overtreding van artikel 120 Zvw. Dit houdt in dat de verzekeraar de aanvullende verzekering opzegt als de verzekerde voor de basisverzekering naar een andere verzekeraar overstapt. In 2009 is deze overtreding niet geconstateerd.

²⁷ Achmea geeft niet expliciet aan dat een aanvullende verzekering niet kan zonder basisverzekering maar stelt in de voorwaarden dat men een lopende verzekering kan uitbreiden met een aanvullende verzekering.

- bij collectieve verzekeringen is in veel gevallen sprake van een 'totaalpakket' waarbij de verzekeringen deel uit maken van bijvoorbeeld een aanpak op snelle reïntegratie na ziekte.

3.3 De effecten van koppelverkoop voor de consument

Koppelverkoop is niet per definitie nadelig voor consumenten. Belangrijk hierbij is dat de aanbieder van gekoppelde producten er vanuit het oogpunt van marktaandeel of satisfactie niet bij gebaat is dat de consument last heeft van een gekoppelde aanschaf. Het is ook belangrijk dat de consument voldoende alternatieven heeft. Met andere woorden, als de verzekerde merkt dat er geen voordeel is aan het kopen van beide verzekeringen bij dezelfde verzekeraar zal de preferentie van de verzekerde kunnen veranderen. Met klantenverlies als gevolg.²⁸

Consumenten hebben bij koppelverkoop over het algemeen als mogelijk nadeel dat zij iets moeten aanschaffen dat zij niet willen (omdat het in het pakket zit), of iets moeten aanschaffen met een lagere kwaliteit dan in geval van afzonderlijke aanschaf. Dit moet gecompenseerd worden door een prijsvoordeel of extra gemak om de consument tot aanschaf te bewegen. Het in paragraaf 3.2.1 genoemde broodje is heel gemakkelijk als men snel een snack wil, maar wellicht minder gewenst als men een uitgebreide, smakelijke lunch wil.²⁹ In het laatste geval stopt hij niet bij een benzinstation maar gaat hij naar een restaurant. De consument zal een per saldo-oordeel geven waarop aanbieders moeten inspelen.

Ook voor de gekoppelde verkoop van de beide verzekeringen zullen verzekerden een beoordeling maken. Een voordeel is dat de verzekerde naar één loket kan ook al wordt de zorg uit twee verzekeringen bij dezelfde verzekeraar vergoed. Een tweede voordeel is dat de verzekerde niet hoeft om te kijken naar verschillen in contractering. In geval van gescheiden verzekeringen is het in principe mogelijk dat de verzekerde met verschillende zorgaanbieders te maken krijgt. Ten derde profiteert een verzekerde van op elkaar aansluitende reglementen en van een over het algemeen soepel declaratieverkeer. Ten slotte loopt de verzekerde minder financieel risico als hij (gedwongen) een aanvullende verzekering met afkoop van het eigen risico neemt. Bij de aanschaf van beide verzekeringen in één pakket kan de verzekerde ook nog goedkoper uit zijn vooral indien de verzekeraar kostenvoordelen van bijvoorbeeld het voeren van een enkele administratie voor deze verzekerde aan de verzekerde doorgeeft. Dit hoeft echter niet het geval te zijn als er verzekeringen zijn die afzonderlijk goedkoper zijn dan het pakket met korting. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat de korting in een collectief contract betrekking heeft op een hele dure aanvullende verzekering.

Het bovenstaande is niet van toepassing als de aanbieder van gekoppelde producten een economische machtspositie heeft. Dan zal een verzekeraar zich namelijk onafhankelijk kunnen gedragen van zijn concurrenten en uiteindelijk ook van de consument. Vanuit het mededingingsrecht is vervolgens de belangrijkste vraag of sprake is van misbruik. Een onderneming kan zijn sterke marktpositie op de ene markt overhevelen naar een andere markt door uitsluiting van concurrenten. De consument kan immers de producten van de concurrenten niet

²⁸ Uitgangspunt hierbij is wel dat er sprake is van een competitieve markt, dat wil zeggen dat de aanbieder zich niet onafhankelijk van de consument kan gedragen.

²⁹ IEM, Does the tying and bundling of products harm consumers?, Economic note, march 2006

kopen. Dit schaadt de concurrentie met nadelige effecten voor de consument op langere termijn, zoals verschraling van het aanbod en prijsstijgingen.

3.4 De markt van aanvullende verzekeringen

De markt van aanvullende verzekeringen laat zich als volgt schetsen.

1. Ziektekostenverzekeraars maken op de aanvullende verzekeringen winst, en niet op de basisverzekering. Hoewel beperkt bestaat de mogelijkheid tot kruissubsidiëring van de basisverzekering. Concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars vindt plaats via de aanvullende verzekeringen, naast die via de collectieve zorgverzekeringen en via de prijs van de basisverzekering. De ontwikkeling naar gecombineerde verzekeringen waarin de basisverzekering het verlengde is van de aanvullende verzekeringen moet dan ook in dit licht begrepen worden. Verzekeraars streven niet naar uitsluiting van verzekerden.³⁰
2. Op de markt van aanvullende verzekeringen is het aantal aanbieders en het aanbod groot. In geval van een landelijke markt voor aanvullende verzekeringen ligt marktmacht van een individuele verzekeraar niet voor de hand. In geval van regionale aanvullende verzekeringen is de situatie voorstelbaar dat een sterke regionale positie verder versterkt wordt door koppelverkoop.³¹
3. Ziektekostenverzekeraars zijn in de eerste vijf jaar van het nieuwe stelsel niet in toenemende mate overgegaan op strenge selectie voor de aanvullende verzekeringen.³² Selectie ligt zeer gevoelig bij consumenten en ziektekostenverzekeraars lopen snel imagoschade op. De belangen van verzekerden lopen echter niet geheel gelijk op. Zo biedt selectie op nieuwe verzekerden financiële voordelen voor verzekerden die al bij een verzekeraar verzekerd zijn.
4. Verzekerden verzekeren zich bij voorkeur bij een en dezelfde verzekeraar, al dan niet geprikkeld door bovenstaande voordelen. Het aantal verzekerden dat een aanvullende verzekering bij een andere ziektekostenverzekeraar heeft is dan ook marginaal (enkele procenten). Dit is mogelijk ook een gevolg van de rol van de verzekeraar in plaats van de verzekering in de preferenties van verzekerden.
5. Verzekerden hebben een onvolledig beeld van de markt van aanvullende verzekeringen. Onderzoeken leveren keer op keer het beeld dat verzekerden niet op de hoogte zijn van belangrijke kenmerken van aanvullende verzekeringen.³³ Zo vreest een substantieel deel nog steeds niet geaccepteerd te worden. Uit onderzoek van de CB blijkt onlangs dat bijna tweederde van de respondenten niet op de hoogte is van de mogelijkheid om de aanvullende verzekering bij een andere ziektekostenverzekeraar af te sluiten.

³⁰ Onderzoek van iBMG in opdracht van de NPCF geeft aan dat het aantal respondenten dat in 2009 geweigerd is voor een aanvullende verzekering na het invullen van een gezondheidsverklaring heel beperkt is. A.F. Roos en F.T. Schut, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009, juni 2009. iBMG in opdracht van de NPCF

³¹ Een voorbeeld is een grote regionale ziektekostenverzekeraar die een aanvullende verzekering aanbiedt waarin alle regionale zorgaanbieders worden vergoed

³² Roos en Schut, idem

³³ Zie ook zorgkiezer.nl

6. Er is een grote kans op antiselectie. De meest populaire onderdelen van de aanvullende verzekeringen zijn brillen, tandzorg en fysiotherapie etc. Kenmerkend is dat de uitgaven voor deze soorten zorg in belangrijke mate voorspelbaar zijn. Het is dan ook voor verzekerden goed mogelijk om voorafgaand aan een 'duur' jaar een geschikte verzekering te kiezen. Al met al lijkt zich hier de informatieasymmetrie tussen verzekerde en verzekeraar te versterken. Dit temeer omdat verzekeraars maar in zeer beperkte mate op risico selecteren. Voor verzekeraars is dit een gevaarlijke situatie vanwege de oplopende kosten. Verzekerden kunnen op hun beurt met hoge premies worden geconfronteerd. Er zijn verschillende voorbeelden van portefeuilles van verzekeraars met een problematisch verloop van het financiële resultaat van de aanvullende verzekeringen. De situatie is dat het overgrote merendeel van de verzekerden weinig selectief zijn aanvullende verzekering kiest en dat er een relatief kleine groep verzekerden is die bewust een afzonderlijke aanvullende verzekering kiest. Verzekeraars met een hoge opslag op de premie voor een afzonderlijk aanvullende verzekering geven dan ook aan dat de hoge premie de hoge kosten van antiselectie van een kleine groep verzekerden tegen moet gaan. Andere Ziektekostenverzekeraars maken het onmogelijk dat een verzekerde alleen een aanvullende verzekering afsluit. In geval van hoge kosten voor zittende verzekerden heeft de verzekeraar de mogelijkheid premies te verhogen en aanspraken te verkleinen.

7. De transparantie van de aanvullende verzekeringen is in verschillende opzichten voor verbetering vatbaar. De eerder aangehaalde onderzoeken van iBMG in opdracht van NPCF laten zien dat de informatieverstrekking tekort schiet als het gaat om de relatie tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering.

8. Voor de markt van aanvullende verzekeringen ontbreken enkele procedures voor uitwisseling van informatie die de uitvoering van de basisverzekering goedkoper maken. Voor verzekerden met alleen een aanvullende verzekering kunnen de administratieve kosten voor verzekeraars relatief hoog zijn.

3.5 Beoordeling en conclusie

De NZa hanteert voor de beoordeling van de koppelverkoop de volgende uitgangspunten.

Ten eerste maakt de wetgeving het ziektekostenverzekeraars mogelijk om bepalingen in de aanvullende verzekering op te nemen die voorkomen dat de verzekerden alleen een aanvullende verzekering nemen. Dat houdt dus in dat een verzekeraar een verzekerde die een aanvullende verzekering wil nemen mag verplichten ook de basisverzekering aan te schaffen. Deze verplichting staat in zekere mate haaks op de wettelijke bescherming van de consument in artikel 120 Zvw. Dit artikel voorziet namelijk in een basisgarantie op het mogen behouden van de aanvullende verzekering bij het overstappen voor de basisverzekering naar een andere verzekeraar.

Ten tweede heeft de NZa geen specifieke interventiemogelijkheden op de markt van de aanvullende verzekeringen, anders dan het toezicht op aanmerkelijke marktmacht en de transparantie. In het kader van dat laatste past de NZa het Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten toe op de aanvullende verzekeringen. Daarbij let de NZa er op dat ziektekostenverzekeraars maximaal duidelijk zijn over de consequenties voor de verzekerde als hij geen basisverzekering maar wel een aanvullende verzekering wil afsluiten.

De NZa kan wel optreden als een verzekeraar de verbodsbepaling in artikel 120 Zvw overtreedt. Dat is in de afgelopen jaren wel incidenteel voorgekomen maar momenteel niet meer.

Ten derde is het de NMa die uitspraken doet over daadwerkelijk misbruik van een economische machtspositie. Misbruik door koppelverkoop van de aanvullende verzekering en de basisverzekering door ziektekostenverzekeraars moet dan ook beoordeeld worden door de NMa. De NZa heeft tot nu toe geen aanleiding gezien de NMa te wijzen op mogelijke risico's van koppelverkoop door een ziektekostenverzekeraar met een economische machtspositie. Evenmin heeft de NZa aanleiding gezien om zelf onderzoek te doen naar een toekomstige situatie van koppelverkoop door een ziektekostenverzekeraar met aanmerkelijke marktmacht.

De NZa kan adviseren op basis van haar monitortraak die ook betrekking heeft op de aanvullende verzekeringen. Op basis daarvan is de conclusie dat de voor- en nadelen van de gekoppelde verkoop van de aanvullende verzekering en de basisverzekering voor de consument in de bredere context van het functioneren van de markt van aanvullende verzekeringen moeten worden geplaatst. Er zijn kanttekeningen te plaatsen bij de werking van deze markt. Zo wordt de disciplinerende werking door consumentendruk in sterke mate beperkt door onvolledige en onjuiste beelden bij de consument. Er is een hoge kans op antiselectie door de typen zorg die verzekerd worden. Antiselectie leidt tot verzekeringen met alleen maar gebruikers met hoge premies als gevolg. Tegelijk lijkt antiselectie maar in beperkte mate voor te komen vanwege de weinig bewuste keuzes van consumenten en hun wens om verzekeringen bij dezelfde verzekeraar onder te brengen. Als gevolg is het risico van een daadwerkelijk negatieve effect van een gekoppelde verkoop op de keuzevrijheid van verzekerden als klein in te schatten.

Bijlage 1

Nederlandse Zorgautoriteit, 1 van 4



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

* Retouradres Postbus 25330 2500 BZ Den Haag

De voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit
mr. F.H.G de Grève
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Nederlandse Zorgautoriteit

090010276 ontvangen 17/03/2009



Directie
Zorgverzekeringen

Doosadres:
Parnassusplein 5
2515 VK Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 79 34
www.nza.nl

Zaaknummer
nr. dr. RH.2.M. Huppertz
T 070 340 5166

Ons kenmerk
Z/09-2014567

Bijlagen

Uw brief

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.

Datum 16 MRT 2009

Betreft Volgen collectiviteiten in verband met herverzekeren eigen risico en
verzoek tot uitvoering toezeggingen naar aanleiding van (V)AO Zvw.

Geachte heer De Grève,

Eind vorig jaar heeft VRZ zorgverzekeraars (VRZ) namens haar leden de minister
schriftelijk op de hoogte gesteld van verzekeringsproducten die, volgens VRZ,
mogelijk schadelijk zijn voor de werking van het zorgstelsel. Deze brief is door
VRZ in kopie aan u gezonden. Voor de volledigheid heb ik een kopie van de brief
toegevoegd. Daarnaast heeft de minister naar aanleiding van het AO Zvw van
27 november 2008 en het VAO Zvw van 16 december 2008 een drietal
toezeggingen gedaan aan de Kamer. Hieronder licht ik deze punten toe en
bevestig ik de af in eerder overleg besproken verzoeken van VWS aan de NZa.

Brief VRZ

VRZ heeft in haar brief van 16 december 2008 de minister gewezen op
verzekeringsproducten die mogelijk schadelijk zijn voor de werking van het
zorgstelsel. Het gaat hierbij in grote lijn om collectieve verzekeringen waarbij het
volledige wettelijke én vrijwillige eigen risico via de aanvullende verzekering wordt
afgekocht. Niet alleen wordt, volgens VRZ, met deze polissen de maximale
collectiviteitskorting van 10% overschreden, ook zetten ze mogelijk het verbod op
premiëdifferentiatie onder druk. Naar aanleiding van deze brief heeft er op
4 februari jl. een gesprek plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de VRZ,
de NZa en het ministerie van VWS. De VRZ heeft in dit gesprek haar bezwaren
tegen de betreffende polissen nader toegelicht.

Door alle partijen is benadrukt dat er in principe geen juridisch bezwaren zijn
tegen het herverzekeren van het volledige eigen risico via de aanvullende
verzekering. Het speelt zich buiten de werking van de Zvw af. De afkoop van het
eigen risico via de aanvullende verzekering valt dan ook buiten het toezichtkader
van de NZa. Toch is het signaal van de VRZ belangrijk genoeg om u te verzoeken
de ontwikkelingen rond deze verzekeringsproducten nauwlettend te volgen in het
kader van uw reguliere toezichtactiviteiten. Graag zie ik dat dit wordt aangevuld
met een gedachtenexperiment, zoals door de NZa is voorgesteld in het gesprek
van 4 februari jl., waarmee de mogelijke risico's en gevolgen van dit
verzekeringsproduct in kaart worden gebracht. Ik verzoek u mij te informeren
naar de termijn waarbinnen een dergelijk gedachtenexperiment kan worden
uitgevoerd.

*al separaat
p fragman*

Page 1 van 2



Toezeggingen AO Zvw

Naar aanleiding van het AO Zvw van 27 november 2008 en het VAO Zvw van 16 december 2008 heeft de minister een aantal toezeggingen gedaan aan de Kamer:

1. Naar aanleiding van vragen van het Kamerlid Schippers heeft de minister toegezegd een overzicht te maken van de in de afgelopen jaren op de zorgmarkt toetredende partijen. Ik verzoek u om een dergelijk overzicht op te nemen in de geïntegreerde monitor Cure 2009.
2. Daarnaast heeft de minister toegezegd dat hij zal laten monitoren in hoeverre verticale integratie binnen de zorg voldoende concurrentie, en daarmee voldoende keuzemogelijkheden voor de consument, in de weg staat. Ik verzoek u om in de geïntegreerde monitor Cure 2009 de bestaande samenwerkingsrelaties binnen de zorg te beschrijven en aan te geven welke gevolgen dit heeft voor de concurrentie tussen partijen en de keuzemogelijkheden voor de consument.
3. Naar aanleiding van een door het Kamerlid Smilde ingediende motie heeft de minister toegezegd dat er een analyse wordt uitgevoerd naar de wijze waarop zorgverzekers voor verzekerden de keuzevrijheid bedreigen via de koppeling van de basis- en aanvullende verzekering. De minister wil de analyse uit laten voeren vanuit de overweging dat de concurrentie tussen verzekers optimaal moet zijn en hier geen afbreuk aan gedaan mag worden. Gelat op de Europese richtlijnen schadeverzekeringen is het echter lastig om voorwaarden te stellen aan de aanvullende verzekering. Doordat er ook sprake is van het aan elkaar koppelen van een publiek en privaat deel van de zorgverzekering, bestaat er wel een aanknopingspunt om een analyse uit te voeren. Hierbij verzoek ik de NZa in 2009 de analyse uit te voeren en mij hierover te rapporteren in de geïntegreerde monitor Cure.

**Directie
Zorgverzekeringen**

**Opsluitnummer
ZVW-2008557**

Graag hoor ik of het haalbaar is over bovenstaande toezeggingen in de geïntegreerde monitor Cure 2009 te rapporteren.

Hoogachtend,

de Directeur-Generaal Curatieve Zorg,

mr. Drs. D.M.J.J. Monissen