

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

Besluit van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van de Mededingingswet.

Nummer 5052 / 32

Betreft zaak: 5052/ CZ - OZ

I. MELDING

1. Op 6 juni 2005 heeft de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Stichting CZ groep Zorgverzekeringen Beheer voornemens is zeggenschap te verkrijgen, in de zin van artikel 27, onder b, van de Mededingingswet, over OZ Zorgverzekeringen N.V. en O.W.M. aanvullingsfonds OZ zorgverzekeringen U.A. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 110 van 10 juni 2005.

2. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen. Tevens is een gezamenlijke zienswijze van het College Tarieven Gezondheidszorg (hierna: CTG) en de Zorg Autoriteit in oprichting (hierna: ZAio) ontvangen (hierna CTG/ ZAio).

II. PARTIJEN

3. Stichting CZ groep Zorgverzekeringen Beheer (hierna: CZ) is een stichting naar Nederlands recht. Stichting CZ groep Zorgverzekeringen Beheer voert de leiding over de activiteiten van de CZ groep. De belangrijkste bedrijven van de CZ groep zijn Stichting CZ groep Ziekenfonds (hierna: CZ Ziekenfonds), O.W.M. CZ groep Ziektekosten u.a. (hierna: CZ Particulier) en O.W.M. CZ groep Aanvullende Verzekering Ziekenfonds u.a. (hierna CZ Aanvullend). Deze bedrijven zijn via een personele unie en statutaire bepalingen met elkaar verbonden.

4. CZ Particulier is actief op het gebied van het aanbieden van particuliere ziektekostenverzekeringen, en CZ Aanvullend is actief op het gebied van het aanbieden van aanvullende ziektekostenverzekeringen. CZ Ziekenfonds is actief op het gebied van het aanbieden van ziekenfondsverzekeringen.

5. O.W.M. aanvullingsfonds OZ zorgverzekeringen U.A. (hierna: OZ Aanvullend) is een onderlinge waarborgmaatschappij met uitsluiting van aansprakelijkheid naar Nederlands recht. OZ Zorgverzekeringen N.V. (hierna: OZ Particulier) is een 100% dochteronderneming van OZ

Aanvullend. OZ Aanvullend is via een personele unie verbonden met O.W.M. OZ zorgverzekeringen U.A. (hierna: OZ Ziekenfonds) en Stichting OZ Beheer (hierna: OZ Beheer) (hierna tezamen: OZ).

6. OZ Aanvullend is actief op het gebied van het aanbieden van aanvullende verzekeringen voor ziekenfondsverzekerden. OZ Particulier is actief op het gebied van het aanbieden van particuliere ziektekostenverzekeringen. OZ Ziekenfonds is actief op het gebied van het aanbieden van ziekenfondsverzekeringen. OZ Beheer is belast met het vermogensbeheer ten behoeve van OZ Aanvullend, OZ Particulier en OZ Ziekenfonds.

III. DE GEMELDE OPERATIE

7. De gemelde operatie is beschreven in de "Overeenkomst tot het samengaan van CZ en OZ" d.d. 26 mei 2005 tussen CZ, OZ Ziekenfonds, OZ Aanvullend en OZ Beheer. De in de overeenkomst beschreven transactie voorziet in de oprichting van de Stichting Overkoepelend COZ Beheer (hierna: COZ Beheer). COZ Beheer zal CZ, OZ Ziekenfonds, OZ Aanvullend (en daarmee ook OZ Particulier) en OZ Beheer tot op het moment van de volledige samensmelting, uiterlijk 1 januari 2008, strategisch, beleidsmatig en administratief-operationeel aansturen. CZ heeft uitsluitende zeggenschap over COZ beheer.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT

8. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, onder b, van de Mededingingswet. CZ Aanvullend en CZ Particulier zijn, net als OZ Aanvullend ondernemingen in de zin van artikel 1 van de Mededingingswet (hierna: Mw). Ziekenfondsen worden echter niet aangemerkt als ondernemingen in de zin van artikel 1 van de Mw (zie navolgend punt 31). In het onderhavige geval zal derhalve voor de vaststelling of de voorgenomen transactie onder het concentratietoezicht valt, worden uitgegaan van de omzet van CZ Aanvullend, CZ Particulier en OZ Aanvullend.

9. De hierboven, onder punt 7, omschreven transactie leidt er toe dat CZ uitsluitende zeggenschap verkrijgt over OZ Particulier en OZ Aanvullend en OZ Beheer.

10. Betrokken ondernemingen zijn CZ Particulier, CZ Aanvullend en OZ Aanvullend.

11. Uit de bij de melding ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.

V. BEOORDELING

12. In het navolgende worden achtereenvolgens de volgende punten besproken: (A) de invoering van de nieuwe Zvw (waarschijnlijk) per 1 januari 2006 (B) de consequenties die dit voor de reikwijdte voor de materiële beoordeling van de NMa heeft, waarna (C) de relevante productmarkten en geografische markten en (D) de gevolgen van de onderhavige concentratie op deze markten worden besproken.

A. De nieuwe zorgverzekeringswet

Inleiding

13. Nederland kent op dit moment een gemengd stelsel van ziektekostenverzekeringen voor geneeskundige zorg. Voor een aanzienlijk deel van de bevolking bestaat een verplichte ziekenfondsverzekering.¹ Een ander deel van de bevolking is particulier verzekerd, waarbij voor sommige risicogroepen de mogelijkheid bestaat een wettelijk vastgestelde standaardpolis af te sluiten. Voorts bestaan er voor bepaalde groepen ambtenaren specifieke, verplichte publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen.²

14. Op 14 juni jl. zijn de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag (hierna gezamenlijk: de Zvw) aangenomen in de Eerste Kamer.³ Daarmee treedt naar alle waarschijnlijkheid per 1 januari 2006 de Zvw in werking en vervangt deze de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ).

15. In art. 120 van de Zvw, worden ziekenfondsen als ondernemingen in de zin van de Mw aangemerkt.

16. Doelstellingen van het nieuwe ziektekostenstelsel zijn het stimuleren van meer doelmatigheid, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid binnen de gezondheidszorg. De met de Zvw door te voeren wijziging in het stelsel van ziektekostenverzekeringen staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een breder georiënteerde herziening van de sturing en

¹ Het ziekenfonds is een basisvoorziening voor de verzekering tegen ziektekosten voor diegenen met een inkomen beneden een bepaalde grens (de zgn. ziekenfondsgrens). Ongeveer 65% van de bevolking is middels het ziekenfonds verzekerd (zie ook punt 43).

² Zie Memorie van Toelichting bij de Zvw, p. 2.

³ De voorstellen voor de Zvw zijn reeds door de Tweede Kamer aangenomen op 21 december 2004.

verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg, waarbij (gereguleerde) marktwerking in de zorg gestimuleerd wordt.⁴

17. Als gevolg van deze Zvw zal het huidige stelsel voor ziektekosten ingrijpend veranderen. In het hiernavolgende zullen de wijzigingen voor zorgverzekeraars en verzekerden op hoofdlijnen uiteengezet worden.

18. Met het in werking treden van de Zvw komt er één zorgverzekering voor alle Nederlanders (hierna: basiszorgverzekering), waardoor mensen niet langer particulier of ziekenfonds verzekerd zijn en dit onderscheid dientengevolge vervalft.⁵ De dekking van de nieuwe basiszorgverzekering komt grotendeels overeen met het huidige ziekenfondspakket en wordt door de overheid bepaald. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren voor behandelingen die buiten de basiszorgverzekering vallen.

19. Alle Nederlandse ingezetenen zullen verplicht zijn zich te verzekeren bij een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket, de basiszorgverzekering.⁶ Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen die zich voor de basiszorgverzekering aanmeldt, te accepteren. Zij mogen daarbij geen premiedifferentiatie hanteren ten opzichte van de verzekerden.

De rol van de zorgverzekeraars

20. De nieuwe Zvw heeft tevens aanzienlijke gevolgen voor de zorgverzekeraars. Zo krijgt iedere ingezetene de mogelijkheid een verzekeringsovereenkomst te sluiten met de zorgverzekeraar van zijn keuze en hebben zorgverzekeraars, zoals hiervoor reeds aangehaald, de plicht om iedereen, ongeacht persoonlijke kenmerken, tegen gelijke condities een basiszorgverzekering aan te bieden. Een systeem van risicoverevening⁷, met vooraf kenbare en voor iedereen gelijke criteria, dient ervoor om te voorkomen dat er voor de zorgverzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenwichtige verdeling van verzekeringsrisico's als gevolg van de acceptatieplicht.

⁴ Zie Memorie van Toelichting bij de Zvw., p. 2.

⁵ Ook de publiekrechtelijke regeling voor ambtenaren vervalft.

⁶ Zie art. 2 Zvw. In de huidige situatie zijn alleen werknemers, uitkeringsgerechtigden en ondernemers met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens verplicht verzekerd volgens de Ziekenfondswet.

⁷ Risicoverevening houdt in dat verzekeraars met relatief veel hoge risico's financieel gecompenseerd worden. Risicoverevening verkleint de prikkels voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen, dat wil zeggen om minder aantrekkelijke verzekerden te weren. Wanneer de baten van risicoselectie voor de verzekeraar klein zijn, zal hij zich vooral richten op het contracteren van een doelmatige zorgverlening. Voor een succesvolle invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is goede risicoverevening een belangrijke voorwaarde.

21. Zorgverzekeraars kunnen concurreren om verzekerden door middel van de wijze van vergoeding, service-elementen en de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Een verzekeraar mag zelf de nominale premie vaststellen, maar dient iedereen voor hetzelfde verzekeringsarrangement dezelfde premie in rekening te brengen.

22. Zorgverzekeraars treden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders wat betreft prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Ze kunnen afspraken maken met bepaalde zorgaanbieders en een verzekerde keuzes laten maken binnen het gecontracteerde zorgaanbod (zogenaamde “zorg in natura” verzekering).^{8,9} Daarnaast kunnen zorgverzekeraars een verzekerde geheel zelf laten bepalen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden en de verzekerde de kosten van die zorg (grotendeels) vergoeden (zogenaamde “restitutie zorgverzekering”).¹⁰

23. Deze twee vormen van zorgverzekeringen kunnen vanaf de invoering van de Zvw leiden tot verschillende polissen. Enerzijds de pure “zorg in natura polis” (waarbij de verzekerde aldus kan kiezen voor zorg in natura bij aanbieders waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft afgesloten), en anderzijds de pure “restitutiepolis” (waarbij de verzekerde kiest voor een kostenvergoeding bij zelf gekozen aanbieders). Daarnaast biedt de Zvw verzekeraars de mogelijkheid om een combinatie van beide typen aan te bieden.¹¹

24. Volgens de Zvw moet een zorgverzekeraar landelijk werken, tenzij een zorgverzekeraar minder dan 850.000 verzekerden heeft. In dat geval mag de zorgverzekeraar het werkgebied beperken tot tenminste één hele provincie.¹² Een verzekeraar mag per provincie zijn premie differentiëren.

Collectieve contracten

25. In het huidige ziektekostenstelsel is het afsluiten door werkgevers van collectieve contracten gebruikelijk voor verzekerden boven de ziekenfondsgrens. In het nieuwe zorgverzekeringsstelsel zullen er mogelijkheden blijven bestaan voor het afsluiten van collectieve contracten. De mogelijkheden voor collectieve contracten worden onder de nieuwe Zvw echter enigszins gewijzigd.

26. Zorgverzekeraars mogen naast collectieve contracten met werkgevers ook collectieve contracten met andere rechtspersonen afsluiten, waarbij ze een korting op de polissen kunnen

⁸ Voor een verzekerde komt dit grotendeels overeen met het huidige ziekenfondssysteem.

⁹ Onder de huidige Zfw zijn de verzekeraars verplicht zorg in te kopen. Onder de Zvw zijn verzekeraars niet meer verplicht zorg in te kopen. Wel hebben verzekeraars een zorgplicht (zie art. 11 Zvw).

¹⁰ Voor een verzekerde komt dit grotendeels overeen met een huidige particuliere verzekering.

¹¹ Zie art. 11 Zvw.

¹² Zie art. 29 Zvw.

geven. De korting op collectieve contracten mag echter maximaal 10% van de nominale premie van de betreffende polis zijn, en mag slechts gekoppeld zijn aan het aantal deelnemers van de collectiviteit en niet aan andere kenmerken zoals bijvoorbeeld het risicoprofiel van de deelnemers. Derhalve geldt voor collectieve contracten van vergelijkbare omvang dezelfde premie(korting).

Passend aanbod

27. Er zal sprake zijn van een overgangsperiode, waarbij is afgesproken dat alle zorgverzekeraars, ter voorkoming van de mogelijkheid dat mensen onverzekerd raken als gevolg van de stelselwijziging, iedere verzekerde een zogenaamd “passend aanbod” doen. Dit houdt in dat iedere verzekerde voor 16 december 2005 een aanbod krijgt van zijn ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeraar of publiekrechtelijke regeling tot het sluiten van een zorgverzekering bij een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar en per 1 januari 2006 verzekerd is volgens dat aanbod, tenzij de verzekerde laat weten dat aanbod te verwerpen.¹³.

28. Hiermee is het redelijk om te veronderstellen dat iedere verzekerde een basiszorgverzekering krijgt aangeboden bij zijn huidige verzekeraar, waarbij ziekenfondsverzekerden een polis krijgen aangeboden die zoveel mogelijk lijkt op een naturapolis en particulier verzekerden een polis krijgen aangeboden die zoveel mogelijk lijkt op een restitutiepolis.

B. Reikwijdte materiële beoordeling

Opvatting partijen

29. Partijen menen dat het verkrijgen van zeggenschap over een entiteit die geen onderneming is in de zin van de Mw, niet meldingsplichtig is, en derhalve geen deel uitmaakt van de concentratie. De NMa kan dan ook, in de onderhavige zaak, de gevolgen van de overname van OZ Ziekenfonds door CZ niet toetsen, aldus partijen.

30. Partijen voeren hiertoe aan dat de NMa bij de beoordeling van concentraties weliswaar gebruik maakt van een prospectieve analyse, maar dit niet betekent dat zij buiten het toepassingsgebied van de wet kan treden. Onder de Mw kan de NMa uitsluitend bepalen dat er voor een concentratie een vergunning is vereist indien er redenen zijn om aan te nemen dat er als gevolg van de concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt, aldus partijen. Nu het verkrijgen van zeggenschap over OZ Ziekenfonds niet als (onderdeel van

¹³ Zie de nota van wijziging van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, artikel 2.5.1 (http://www.minwv.nl/images/nota-van-wijziging_tcm10-66677.pdf).

de) concentratie kan worden beschouwd, vallen de gevolgen van de verkrijging van zeggenschap over OZ Ziekenfonds buiten de toetsing van de NMa.

Beoordeling

31. Allereerst zij opgemerkt dat het Europese Hof van Justitie in haar AOK arrest¹⁴ van 16 maart 2004 heeft geoordeeld dat Duitse ziekenfondsen geen ondernemingen zijn in de zin van het Europese mededingingsrecht. De NMa heeft recentelijk, gezien het feit dat de verschillen niet dermate groot zijn om een andere opvatting te rechtvaardigen, het standpunt ingenomen dat Nederlandse ziekenfondsen geen ondernemingen zijn in de zin van de Mw.¹⁵ In de onderhavige zaak beschouwt de NMa de huidige ziekenfondsen dan ook niet als (betrokken) ondernemingen; zij zijn derhalve niet meldingsplichtig.

32. Voorts zij opgemerkt dat de NMa, net als de Europese Commissie, bij het beoordelen van concentraties een prospectieve analyse hanteert om de positie van partijen op de relevante markt na een voorgenomen concentratie te kunnen beoordelen.¹⁶ De NMa dient in deze prospectieve analyse veranderingen in de nabije toekomst, welke van invloed zijn op de toekomstige positie van partijen, mee te nemen in haar beoordeling om tot een zo adequaat mogelijke afspiegeling van de *duurzame, structurele effecten* van de concentratie te kunnen komen.

33. In het onderhavige geval betekent dit dat de NMa de gevolgen van de waarschijnlijke invoering van de Zvw, welke zoals gezegd ingaat per 1 januari 2006, mee dient te nemen in haar beoordeling.¹⁷ Zoals omschreven in punt 18 is in de Zvw voorzien dat particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsverzekeringen in hun huidige vorm verdwijnen en vervangen worden door een nieuwe, algemene basiszorgverzekering.¹⁸ Een belangrijk gegeven bij het bepalen van de toekomstige positie van partijen op het gebied van (basis)zorgverzekeringen is hun huidige positie op de markten voor particuliere ziektekostenverzekeringen en

¹⁴ Gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01

¹⁵ Na advies van de diensten van de Europese Commissie hieromtrent. Zie Nieuwsbericht 29-04-05, "NMa ziet ziekenfondsen niet als ondernemingen" www.nmanet.nl, en zie ook besluiten van 26 mei 2005 in zaak 3473 e.a., "Klachten van zorgaanbieders m.b.t. misbruik inkoopmacht zorgverzekeraars".

¹⁶ Zie de zaak C-12/03P *Europese Commissie v Tetra Laval*, van het Europese Hof van Justitie van 15 februari 2005, paragraaf 42.

¹⁷ Zie Nieuwsbericht 29-04-05, "NMa ziet ziekenfondsen niet als ondernemingen" www.nmanet.nl. Zie ook besluiten van 26 mei 2005 in zaak 3473 e.a., "Klachten van zorgaanbieders m.b.t. misbruik inkoopmacht zorgverzekeraars".

¹⁸ Onder de nieuwe Zvw worden de zorgverzekeraars voor de toepassing van de Mededingingswet aangemerkt als onderneming in de zin van artikel 1 van de Mededingingswet Artikel 120 Zvw. Zie ook Beschikking van de Europese Commissie inzake Steunmaatregelen N541/2004 en N 542/2004 – Nederland van 3 mei 2005,

http://europa.eu.int/comm/competition/state_aid/decisions/additional_docs.html

ziekenfondsverzekeringen tezamen (zie hierna punt 84). Het zou daarom in tegenspraak met de economische realiteit en daarmee onjuist zijn om voor de bepaling van de positie van partijen op de toekomstige markt voor basiszorgverzekeringen in de zin van de Zvw slechts uit te gaan van hun huidige activiteiten op het gebied van particuliere ziektekostenverzekeringen en de ziekenfondsactiviteiten buiten de beoordeling te laten.

34. Om de dezelfde reden zou het onjuist zijn om, zoals partijen hebben gesuggereerd, een benadering te volgen waarin de overname van OZ Ziekenfonds door CZ op zichzelf niet zou worden getoetst maar wel als gegeven zou worden beschouwd bij het beoordelen van de overname van OZ Aanvullend door CZ. Ook een dergelijke benadering zou immers tot gevolg hebben dat de gevolgen van de samenvoeging van de activiteiten die onderhavige concentratie met zich meebrengt voor een wezenlijk deel buiten de beoordeling zou blijven, waardoor een belangrijk deel van de duurzame, structurele effecten die de concentratie voor de mededinging kan hebben, buiten beschouwing zou blijven.

35. Ten behoeve van de beoordeling van de toekomstige posities van partijen op genoemd gebied, zullen derhalve in het onderhavige besluit naast de huidige posities van partijen op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen tevens de huidige posities ter zake van ziekenfondsverzekeringen in de materiële beoordeling worden meegenomen.

36. Zoals hierna in punten 73 t/m 74 nader is uitgewerkt, is het aannemelijk dat de huidige positie van partijen een goede afspiegeling vormt van de toekomstige marktverhoudingen na de invoering van de Zvw, aangezien vanwege onder meer het “passende aanbod”¹⁹ aan verzekerden het een redelijke verwachting is dat (vooralsnog) een aanzienlijk aantal verzekerden bij hun huidige verzekeraar zal blijven. Daarnaast komt uit onderzoek uitgevoerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het beeld naar voren (zie ook punten 76 t/m 80) dat tot nu toe slechts een beperkt aantal verzekerden (circa 3%) van zorgverzekeraar wisselt.

37. Zelfs indien het overstappedrag onder de Zvw hoger zal zijn dan onder het huidige zorgstelsel, kan dit leiden tot enerzijds mogelijk een minder sterke marktpositie van partijen, maar anderzijds evenzeer tot een versterking van de marktpositie van partijen.

38. Daarnaast is redelijk te veronderstellen dat zelfs indien het overstappedrag van verzekerden (enigszins) zou toenemen bij de invoering van de Zvw, de huidige positie van partijen op het gebied van particuliere en ziektekostenverzekeringen, een goede inschatting is van de positie na de invoering van de Zvw. Partijen beschikken immers over een organisatie, naamsbekendheid en bijvoorbeeld kennis van de zorgverzekeringsmarkt en contacten met zorgaanbieders.

¹⁹ Zie hiervoor punt 27.

C. Relevante Markten

Relevante productmarkten

39. In het hiernavolgende zullen achtereenvolgens de relevante productmarkten en geografische markten uiteengezet worden voor respectievelijk (i) de markt voor (het aanbieden van) zorgverzekeringen en (ii) markt voor inkoop van zorg.

(i) *Markt voor zorgverzekeringen*

Situatie voor invoering van de Zvw

40. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van het aanbieden van ziektekostenverzekeringen. In eerdere besluiten²⁰ heeft de NMa geconcludeerd dat er, gezien de grote verschillen met betrekking tot de verzekerde risico's, aparte markten bestaan voor verschillende typen verzekeringen, zoals levensverzekeringen, schadeverzekeringen en ziektekostenverzekeringen. Ook heeft de NMa eerder geoordeeld dat de markt voor ziektekostenverzekeringen nader kan worden onderverdeeld in de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen en de markt voor ziekenfondsverzekeringen.²¹

41. De NMa heeft in eerdere besluiten²² in het midden gelaten of binnen de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen een nader onderscheid gemaakt dient te worden naar individuele dan wel collectieve zorgverzekeringen. Verder is in de besluiten²³ van de NMa in het midden gelaten of nader onderscheid dient te worden gemaakt naar de verschillende wijze van

²⁰ Zie onder meer het besluit van 24 januari 2005 in zaak 4667/ Achmea – OZF – OZB, punt 14, het besluit van 5 november 2004 in zaak 4243/ Achmea – AXA, punt 10, het besluit van 24 juni 2004 in zaak 4093/ ONVZ – Zwolsche Algemeene, punt 12 en het besluit van 11 mei 2004 in zaak 4007/ DAS Rechtsbijstand – LAR Rechtsbijstand, punt 13.

²¹ Zie onder meer het in zaak 4667/ Achmea – OZF – OZB, reeds aangehaald, punt 14, het besluit in zaak 4243/ Achmea – AXA, reeds aangehaald, punt 10, het besluit in zaak 4093/ ONVZ – Zwolsche Algemeene, reeds aangehaald, punt 12 en het besluit van 5 maart 2001 in zaak 2324/ Amicon Groep – Het Anker, punt 13

²² Zie onder meer het in zaak 4667/ Achmea – OZF – OZB, reeds aangehaald, punt 15, het besluit in zaak 4243/ Achmea – AXA, reeds aangehaald, punt 11, het besluit in zaak 4093/ ONVZ – Zwolsche Algemeene, reeds aangehaald, punt 13 en het besluit van 5 maart 2001 in zaak 2324/ Amicon Groep – Het Anker, punt 14.

²³ Zie onder meer het in zaak 4667/ Achmea – OZF – OZB, reeds aangehaald, punt 16, het besluit in zaak 4243/ Achmea – AXA, reeds aangehaald, punt 12, het besluit in zaak 4093/ ONVZ – Zwolsche Algemeene, reeds aangehaald, punt 14 en het besluit van 5 maart 2001 in zaak 2324/ Amicon Groep – Het Anker, punt 15.

aanbieding van de particuliere ziektekostenverzekeringen, zoals het aanbieden van verzekeringen via een tussenpersoon en het direct aanbieden van verzekeringen aan de klant (zgn. *direct writing*).

Situatie na invoering van de Zvw

42. De bovengenoemde marktafbakening tussen particuliere en ziekenfondsverzekeringen verliest haar relevantie vanaf het moment dat de Zvw in werking treedt.

43. Na de invoering van de Zvw mogen verzekeraars naturapolissen of restitutiepolissen aanbieden of een combinatie van beide. Onduidelijk is op dit moment nog welke typen van basiszorgverzekeringen zullen gaan ontstaan. Enerzijds is aannemelijk dat de huidige ziekenfondsverzekerden, circa 65% van de bevolking, door hun huidige verzekeraar een naturapolis zullen krijgen aangeboden (zie punten 27 en 28). Tevens is het een uitdrukkelijk doel van de wetgever om naturapolissen te bevorderen om zo tot doelmatige inkoop te komen (zie punt 134). Anderzijds hebben verzekerden op basis van een naturapolis recht op een marktconforme restitutie indien zij zorg afnemen van een niet door hun verzekeraar gecontracteerde aanbieder.²⁴ Hierdoor zal mogelijk het onderscheid tussen natura- en restitutiepolissen verminderen. Daarnaast is nog onduidelijk of en in welke mate verschillende combinaties van natura- en restitutieverzekeringen worden aangeboden onder de Zvw.

44. Onder de Zvw mag iedere verzekerde een aanvullende verzekering afsluiten. Op dit moment heeft circa 90% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering. Hieruit kan afgeleid worden dat een aanzienlijk deel van de verzekerden onder de Zvw een aanvullende verzekering zal afsluiten. Verzekerden zijn daarbij niet gebonden aan dezelfde verzekeraar als waarmee de basiszorgverzekering is afgesloten.²⁵ Met andere woorden, een verzekerde kan bij een verzekeraar een zorgbasisverzekering afsluiten, terwijl hij bij een andere verzekeraar een aanvullende verzekering kan afsluiten.

Zienswijze CTG/ZAio

45. Onder de Zvw verdwijnt het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere ziektekostenverzekeringen en heeft de consument keuze uit een divers aanbod van verzekeringsmodellen dat door de verzekeraar wordt aangeboden. De zorgverzekeraar kan kiezen of hij zijn zorgplicht vorm wil geven door zorg te contracteren (natura) of door

²⁴ Zie p. 31, MvT "[de verzekeraar] geen hogere kosten hoeft te restitueren dan een tarief dat in redelijkheid past in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden."

²⁵ Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarin een verzekerde een aanvullende verzekering niet kan afsluiten bij een verzekeraar als daar niet tevens de basis ziekenfondsverzekering afgesloten is.

het aan de verzekerde over te laten zelf de nodige zorg te gaan zoeken (restitutie) dan wel te kiezen voor een combinatie van deze mogelijkheden. Derhalve gaat de CTG/ ZAio uit van de markt voor zorgverzekeringen als relevante productmarkt.

Conclusie ten aanzien van de relevante productmarkten

46. In het onderhavige geval gaat de NMa uit van een markt voor zorgverzekeringen. Niet kan worden uitgesloten dat toekomstige gevallen een of meer van onderstaande onderscheidingen relevant kunnen worden, te weten (i) basiszorgverzekering en aanvullende verzekering (ii) naturapolis en restitutiepolis (iii) individueel en collectief en (iv) distributiekanaal (*direct writing* en tussenpersonen). In het navolgende zal op deze afzonderlijke mogelijke onderscheiden niet nader worden ingegaan omdat de ontwikkelingen terzake onvoldoende voorspeld kunnen worden en omdat in onderhavige zaak de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed.

(ii) Markt voor inkoop van zorg

Situatie voor invoering van Zvw

47. Partijen zijn actief als vrager op verschillende inkoopmarkten van zorg. Uitgangspunt bij de ziekenfondsverzekering is namelijk het natura-stelsel, op grond waarvan ziekenfondsverzekerden aanspraak hebben op zorg in natura. Voor particuliere zorgverzekeraars wordt (over het algemeen) geen zorg ingekocht. De te leveren verzekeringsprestaties aan de zijde van de ziekenfondsen bestaan dus niet uit een vergoeding van de gemaakte kosten, maar uit de zorg als zodanig. Dit leidt ertoe dat ten aanzien van ziekenfondsen een aparte inkoopmarkt van zorg kan worden onderscheiden.²⁶

48. Het is denkbaar dat de markt voor de inkoop van zorg door ziekenfondsen nader gesegmenteerd dient te worden (bijvoorbeeld naar het type beroepsgroep, type instelling of type hulpmiddel).

Situatie na invoering van Zvw

49. Onder de Zvw zal zorg ingekocht worden voor die polissen waar zorg in natura (deels) aangeboden wordt. Voor restitutiepolissen zal gelden dat over het algemeen geen zorg ingekocht wordt. Evenals bij de huidige inkoopmarkt voor ziekenfondsen is het denkbaar dat de markt voor de inkoop van zorg door ziekenfondsen nader gesegmenteerd dient te worden (bijvoorbeeld naar het type beroepsgroep, type instelling of type hulpmiddel). Een exacte afbakening van de markt voor de inkoop van zorg naar type zorg kan voor de beoordeling van de onderhavige zaak echter

²⁶ Zie ook het besluit van 30 maart 2004 in zaak 3892/ *Amicon - DKV*, punten 17 en 18.

in het midden worden gelaten, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie de punten 131 tot en met 139).

Relevante geografische markten

(i) Markt voor zorgverzekeringen

50. Aangezien naar alle waarschijnlijkheid per 1 januari 2006 de nieuwe Zvw wordt ingevoerd, zal in het hiernavolgende alleen worden ingegaan op de te ontstane situatie vanaf die datum. Het is nog onduidelijk wat de precieze geografische dimensie zal zijn van de relevante markt. Hieronder worden aanwijzingen voor een mogelijke landelijke markt voor basiszorgverzekeringen en aanwijzingen voor mogelijke regionale markten uiteengezet.

Landelijke markt

51. Uit de Zvw kan afgeleid worden dat de wetgever beoogt om te komen tot een concurrerende en landelijke zorgverzekeringsmarkt.²⁷ Een verzekeraar is door de wetgever verplicht landelijk te werken tenzij hij minder dan 850.000 verzekerden heeft (zie punt 24). De verzekerde kan zich onder de nieuwe Zvw aanmelden bij elke verzekeraar van zijn keuze voor een basiszorgverzekering. Dit is een mogelijkheid die overigens op dit moment eveneens voor ziekenfondsverzekerden geldt, die zich bij elk ziekenfonds kunnen aanmelden.

52. Tot op heden stapten verzekerden in beperkte mate (bewust) over van verzekeraar (zie hierna punten 74 t/m 83). Mogelijkerwijs zal de transparantie in de markt voor zorgverzekeringen toenemen. Hiertoe neemt de overheid initiatieven²⁸ en kunnen bijvoorbeeld websites²⁹ waarop vergelijkingen gemaakt kunnen worden bijdragen. Meerdere verzekeraars lijken te streven naar een landelijke dekking wat afgeleid kan worden uit hun wervingscampagnes.

53. Daarnaast hebben concurrenten, mocht er al sprake zijn van regionaal sterke posities op de basiszorgverzekeringsmarkt, wellicht de mogelijkheid om middels collectieve contracten een positie van betekenis in de desbetreffende regio te verwerven.

²⁷ de Memorie van Toelichting bij de Zvw, pg. 2 tot en met 4.

²⁸ O.a. via de website www.kiesbeter.nl.

²⁹ Bijvoorbeeld een website als www.independ.nl.

54. VNO-NCW heeft aangegeven³⁰ dat krachtens de Zvw de collectieve ziektekostencontracten weliswaar mogelijk blijven, zij het in zeer beperkte mate. VNO-NCW geeft aan dat er slechts twee mogelijkheden zijn: een korting bedingen voor het nominale deel van de premie van de werknemers, of een aanvullende regeling maken bovenop de standaardverzekering. Aangezien de verplichte werkgeversbijdrage niet minder wordt, betwijfelt VNO-NCW of de werkgever zich deze moeite gaat getroosten. Het afsluiten van collectieve contracten lijkt geen rechtstreeks voordeel voor de werkgever te bieden, en wordt daardoor onvoldoende interessant voor hem. Uit gesprekken met marktpartijen blijkt ook dat verzekeraars moeilijk kunnen voorspellen in hoeverre collectiviteiten een rol gaan spelen onder de nieuwe Zvw.

55. De NMa kan op grond van het voorgaande vooralsnog niet voorspellen hoe de ontwikkeling met betrekking tot de collectiviteiten zijn, en welke invloed deze zal gaan hebben op de geografische marktafbakening.

Regionale markt(en)

56. Er zijn echter ook aanwijzingen die erop kunnen duiden op het reeds bestaan of in de toekomst ontstaan of versterken van mogelijke regionale markten.

57. Zoals al aangegeven in punt 16 is het de expliciete doelstelling van de wetgever dat door doelmatige inkoop en sturing de kosten van het ziektekostenstelsel beheersbaar blijven. De rol van inkoop van zorg is van groot belang voor verzekeraars. Een belangrijke manier waarop zij hun winst kunnen beïnvloeden is via de zorginkoop. Verzekeraars kunnen concurreren op prijs, service en kwaliteit. Voor wat inkoop van zorg betreft, is de inkoop van zorg bij ziekenhuizen een belangrijk element.

58. Sinds begin dit jaar mogen ziekenhuizen met zorgaanbieders onderhandelen over prijzen ten aanzien van een bepaald deel van de DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties). Deze DBC's zijn opgedeeld in twee segmenten; het A-segment en het B-segment. Het A-segment bedraagt ongeveer 90% van de totale ziekenhuisproductie, het B-segment is goed voor ongeveer 10% van de ziekenhuisproductie. Voor het A-segment zijn landelijke prijzen vastgesteld, welke dus voor elk ziekenhuis hetzelfde zijn. De prijzen van de DBC's in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar en komen tot stand door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze prijzen kunnen dus per ziekenhuis en tussen verzekeraars verschillen. De DBC's in het B-segment betreffen goed in te plannen, niet spoedeisende behandelingen, zoals knie-operaties, heupoperaties en behandelingen voor spataderen. Het ligt in de lijn der verwachting dat het B-segment in de loop der jaren wordt uitgebreid, maar vooralsnog is nog onduidelijk in welk tempo.

³⁰ *Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag*, brief VNO-NCW aan de vaste kamercommissie VWS van 23 november 2004

59. Om gunstigere prijzen te kunnen bedingen, en wellicht (in de toekomst) tot betere afspraken met betrekking tot kwaliteit en service, is het aannemelijk dat een verzekeraar een aanzienlijk volume aan verzekerden moet hebben in de regio waarin de zorgaanbieder is gevestigd. Dit beeld is ook naar voren gekomen in gesprekken met marktpartijen. De verzekeraars die nu en naar verwachting ook onder de Zvw over voldoende massa bezitten, zijn met name de (voormalige) ziekenfondsen in hun traditionele kernwerkgebieden.

60. Om actief te kunnen zijn/worden in een bepaald regionaal gebied met een basiszorgverzekering met een aantrekkelijke prijs, service en/ of kwaliteit zal zo'n speler een behoorlijke massa verzekerden aan zich moeten binden. Hiervoor is een aantrekkelijke polis nodig. Om deze aantrekkelijke polis te kunnen aanbieden zijn afspraken met regionale zorgaanbieders nodig. Uit gesprekken met marktpartijen komt het beeld naar voren dat de mogelijkheid om deze afspraken te maken vooral afhankelijk is van de grootte van de verzekeraar is (zie ook punten 107 t/ m 108). Kortom, (zeer) sterke regionale posities zouden kunnen leiden tot een cruciale voorsprong in de onderhandelingen met zorgaanbieders, ten opzichte van verzekeraars die klein zijn in de desbetreffende regio. De verzekeraars met dergelijke sterke posities zouden daarmee dermate aantrekkelijke polissen voor verzekerden in die regio kunnen vormen, dat het voor verzekerden niet of nauwelijks aantrekkelijk is om over te stappen naar een andere verzekeraar. Bovendien kan het voor een andere zorgverzekeraar moeilijk worden om toe te treden tot die regio.

61. Wanneer is vastgesteld dat er een gerede kans bestaat dat sprake zal kunnen zijn van een regionale markt, dan is vervolgens de vraag welke omvang de mogelijke regionale markt precies zou hebben. Een mogelijke regionale omvang zou die van (delen van) de traditionele kernwerkgebieden van de (voormalige) ziekenfondsen kunnen zijn. Dit zou met name het geval kunnen zijn omdat de vaak nauwe relaties tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de voormalig kernwerkgebieden van de desbetreffende verzekeraar van oudsher belangrijk zijn voor de positie van deze verzekeraar. Anderzijds is een mogelijke regionale omvang die van een provincie, aangezien dit aansluit bij de mogelijkheid in de wet dat verzekeraars provinciale polissen kunnen gaan aanbieden. In het onderhavige geval kan een exacte regionale afbakening voor de markt van basiszorgverzekeringen in het midden blijven, aangezien dit de materiële beoordeling niet beïnvloed (zie punten 117 t/ m 128).

Zienswijze CTG/ZAio

62. CTG/ZAio sluit niet uit dat de geografische markten voor het aanbieden van zorgverzekeringen als regionaal moeten worden aangemerkt. De wetgever beoogt in het nieuwe stelsel de zorgverzekeraar een sturende rol te geven. Met een "zorg in natura" polis is het voor de zorgverzekeraar eenvoudiger om sturing te geven aan (een massa van) verzekerden dan bij een restitutiepolis. Het kan daarom niet *a priori* worden uitgesloten

dat zorgverzekeraars zich vooral zullen richten op het aanbieden van “zorg in natura” polissen.

63. Verzekerden hebben een voorkeur voor regionale zorgaanbieders.³¹ Naar verwachting zal ook onder de nieuwe Zvw de zorgverzekeringsmarkt een regionaal georiënteerde markt blijven. De nieuwe wet bevordert dat zorgverzekeraars zich regionaal gaan/blijven manifesteren. De grote verzekeraars (meer dan 850.000 verzekerden) blijven verplicht om landelijk te werken en moeten elke verzekeringsplichtige in Nederland accepteren, ongeacht zijn woonplaats. Echter, dat neemt niet weg dat zij zich op bepaalde regio's kunnen toespitsen. Het is hen namelijk wel toegestaan de polissen op inhoud (en daarmee premie) te differentiëren naar provincies. Een zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om in een bepaald geografisch gebied een aantrekkelijkere polis aan te bieden. Bovendien zijn de zorgverzekeraars met het vervallen van de contracteerplicht ook niet meer verplicht om met alle zorgaanbieders een contract af te sluiten. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor bijvoorbeeld in bepaalde regio's een zeer beperkt aanbod contracteren en zich zo onaantrekkelijk maken voor verzekerden in andere dan hun kernregio. Hierdoor kan de verzekeraar zijn werkgebied min of meer beperken tot bepaalde regio's.

64. Omgekeerd geldt hetzelfde: een zorginstelling kan verschillende afspraken maken met verschillende verzekeraars. Een instelling kan de niet dominante verzekeraars hierdoor bijvoorbeeld minder voordelen gunnen dan de dominante verzekeraar, waardoor de machtspositie van beide partijen verder kan worden versterkt. Consequentie van het ingezette beleid zou kunnen zijn dat er regionale markten voor verzekeraars ontstaan, aldus CTG/ZAio.

Conclusie t.a.v. de geografische marktafbakening

65. Hoewel een aantal argumenten zou kunnen wijzen op een landelijke zorgverzekeringsmarkt, bestaat er een gerede kans dat de zorgverzekeringsmarkt regionale markten kunnen worden, met name in die regio's waarin hoge marktaandelen bestaan of ontstaan. Hierbij kan sprake zijn van verschillende mogelijke regionale markten.

66. In het onderhavige geval zijn naast een mogelijk landelijke markt, mogelijk de volgende regionale geografische markten relevant: (i) provinciale markt (ii) voormalige kernwerkgebieden van partijen (iii) aaneengesloten deel binnen de voormalige kernwerkgebieden van partijen en (iv) West-Brabant³². De omvang van de mogelijke

³¹ Richtsnoeren voor de zorgsector, NMa, 2002, overweging 85, pagina 22.

³² In punt 89 wordt nader toegelicht waarom dit in het onderhavige geval mogelijk relevante geografische markten zijn.

regionale markten kan vooralsnog in het midden worden gelaten omdat de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punten 117 t/m 128).

(ii) *Markt voor inkoop van zorg*

67. Op dit moment zijn de huidige ziekenfondsen bij de contractering van zorg afhankelijk van de woonplaats van hun verzekerden. Het betreft immers de inkoop van dienstverlening die naar haar aard niet door de ziekenfondsen zelf verspreid kan worden. Om de relevante geografische markt voor de inkoop van zorg af te bakenen dient derhalve te worden bekeken hoe groot de afstand is die de consument/patiënt bereid is of geacht kan worden af te leggen voor het bezoek aan de zorgaanbieder. Hoe groot deze afstand is, hangt onder andere af van de soort zorg en de gemiddelde bezoekfrequentie. Vanuit een patiënt gezien is de behoefte aan bijvoorbeeld huisartsenzorg in het algemeen lokaal/regionaal, omdat de fysieke afstand tussen de huisarts en de patiënt zeer belangrijk is bij de keuze voor een bepaalde huisarts. De NMa is er derhalve toe van uitgegaan dat de relevante geografische markt voor de inkoop van huisartsenzorg lokaal dan wel regionaal is.³³

68. Er zijn ook vormen van zorg waarvoor de geografische markt waarschijnlijk groter is. Zo zijn er vormen van zorg waarvoor de inkoopmarkt als regionaal of zelfs nationaal kan worden gekenschetst. Daarbij kan gedacht worden aan de inkoop van zorg bij bepaalde instellingen (vooral regionaal) of de inkoop van bepaalde hulpmiddelen (landelijk).

69. Derhalve is ten aanzien van de markt voor de inkoop van zorg door ziekenfondsverzekeraars is in eerdere besluiten³⁴ ervan uitgegaan dat de geografische markt afhankelijk is van de soort zorg en de gemiddelde bezoekfrequentie. In het midden is gelaten of sprake is van nationale, regionale of lokale markten.

70. Na de invoering van de Zvw blijft de bovenstaande analyse eveneens relevant voor zorgverzekeringen waarin (een deel) van de zorg in natura wordt aangeboden. Voor de beoordeling van onderhavig geval is een nader onderscheid gemaakt naar de inkoop van zorg die lokaal, regionaal of landelijk kan zijn, afhankelijk van het type zorg dat wordt ingekocht (zie punten 131 tot en met 139).

D. Gevolgen van de concentratie

³³ Zie het besluit van 11 april 2001 in zaak 537/ *Landelijke Huisartsen Vereniging*, punt 85-87. Zie ook Richtsnoeren voor de zorgsector, te vinden op www.nmanet.nl.

³⁴ Zie bijvoorbeeld het besluit in zaak 3892/ *Amicon – DKV*, reeds aangehaald, punten 28 en 29 en het besluit in zaak 2324/ *Amicon Groep – Het Anker*, reeds aangehaald, punt 19.

71. In het hiernavolgende wordt achtereenvolgens de gevolgen van de voorgenomen concentratie op (i) de markt voor zorgverzekeringen en (ii) de markt voor inkoop van zorg besproken. Bij de markt voor zorgverzekeringen wordt allereerst aangegeven wat naar waarschijnlijkheid de uitgangspositie van partijen is na de invoering van de Zvw. Daarbij wordt op grond van een aantal onderzoeken aangegeven dat onder het huidige ziektekostenstelsel het overstapgedrag van verzekerden nog beperkt lijkt te zijn. Hierbij is onzeker hoe dit zich gaat ontwikkelen na invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel onder de Zvw.

72. Vervolgens komen in punten 85 t/m 101 de marktposities aan de orde, waarbij achtereenvolgens de landelijke zorgverzekeringsmarkt en de diverse mogelijke regionale markten aan bod komen. Daarna wordt in punten 102 t/m 116 de opvatting van partijen weergegeven, evenals de gevoerde gesprekken met marktpartijen en de zienswijze van CTG/ZAio. Tenslotte volgt de beoordeling van de NMa die wordt afgesloten met de conclusie.

(i) *Markt voor zorgverzekeringen*

a. *Uitgangspositie partijen na invoering Zvw*

73. Zoals onder punten 31 t/m 38 is aangegeven, is de NMa van oordeel dat bij de materiële beoordeling de (omvang van de) activiteiten van CZ en OZ op het gebied van zowel particuliere als ziekenfondsverzekeringen, mee dient te worden genomen. Tevens is in punt 27 al aangegeven dat het de verwachting is dat iedere verzekerde een passend aanbod van zijn verzekeraar krijgt aangeboden voor invoering van de Zvw, waardoor het aannemelijk is dat de huidige omvang van de activiteiten van partijen op het gebied van zorgverzekeringen een goede inschatting is van hun marktpositie in (in ieder geval) de eerste periode na de invoering van de Zvw. In het hiernavolgende (punten 74 t/m 83) zal onderbouwd worden dat dit argument nog eens versterkt wordt door het geringe overstapgedrag van verzekerden.

Overstapgedrag consumenten van zorgverzekeringen

74. Door de mate van bereidheid te onderzoeken van consumenten om over te stappen van zorgverzekeraar kan iets worden gezegd over de concurrentiedruk die zorgverzekeraars op elkaar uitoefenen. Aangezien de nieuwe Zvw pas per 1 januari 2006 vorm zal krijgen, is enkel empirisch overstapgedrag voorhanden op basis van data onder het huidige zorgverzekeringssysteem.

75. De veranderingen die als gevolg van de nieuwe situatie in 2006 zullen optreden, vertonen enige overeenkomsten met de veranderingen die plaatshebben gevonden sinds 1992. Tot 1992 mochten ziekenfondsen alleen op lokaal niveau werken. Ieder ziekenfonds

had zijn eigen werkgebied, met derhalve een marktaandeel van 100% in dat werkgebied. Om de concurrentie tussen fondsen te bevorderen, mochten ziekenfondsen vanaf 1992 landelijk werken. Vanaf 1996 werd het voor verzekerden mogelijk om eenmaal per jaar (in plaats van eenmaal per twee jaar) van verzekeraar over te stappen. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft het overstapgedrag van consumenten (van ziekenfondsverzekeringen) onderzocht in 1995 en 2000, en vond op basis van marktaandelen van de individuele ziekenfondsen slechts een kleine verandering.³⁵

76. In opdracht van het Ministerie van VWS zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar de het monitoren/meten van de mobiliteit van verzekerden³⁶. Eén onderzoek is (over de maanden januari tot en met april 2005) uitgevoerd door Vektis³⁷, en richtte zich met name op de premieontwikkelingen en verzekerdenmutaties bij verzekeraars en de koppeling tussen de premieverschillen van verzekeraars en de verzekerdenmutaties. Het tweede onderzoek van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) is in mei 2005 afgerond en geeft een overzicht van de ontwikkeling van de mobiliteit van verzekerden en de beweegredenen van verzekerden om wel of niet van verzekeraar te wisselen op zowel de ziekenfondsmarkt als de particuliere markt gedurende de periode 2001-2005.

77. Uit het onderzoek van Vektis blijkt dat in de overstapperiode 1 januari tot en met 28 februari 2005³⁸ circa 3,4% van de ziekenfondsverzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Bij particuliere verzekerden is in de periode 1 januari tot 1 februari 2005³⁹ circa 10,0% van zorgverzekeraar overgestapt. Ongeveer tweederde van deze laatste mobiliteit, zo blijkt uit het rapport, wordt veroorzaakt door collectieve contracten. Hierbij stapte de verzekerde over van verzekeraar omdat zijn werkgever een collectief contract bij een andere verzekeraar is aangegaan.

³⁵ Zie Rudy Douven en Hakan Sahin, " *Deliberate consumer choice in health insurance*", CPB report 2003/1 (http://www.cpb.nl/nl/cpbreport/2003_1/s3_2.pdf).

³⁶ Zie de brief aan de Tweede Kamer over het onderzoek naar verzekerdenmobiliteit 2004-2005 (http://www.minwvs.nl/images/brief-minister_tcm10-66709.pdf).

³⁷ " *Onderzoek naar verzekerdenmobiliteit en oorzaken daarvan door Vektis*", Vektis, juni 2005 (http://www.minwvs.nl/images/vektis-management-samenvatting_tcm10-66710.pdf).

³⁸ Op dit moment mogen ziekenfondsverzekerden eenmaal per jaar van ziekenfonds overstappen en wel tussen 1 januari en 28 februari van een kalenderjaar.

³⁹ Op dit moment mogen particulier verzekerden eenmaal per jaar van zorgverzekeraar overstappen en wel tussen 1 januari tot 1 februari 2005.

78. Een soortgelijk beeld wat betreft overstapgedrag ontstaat uit het onderzoek uitgevoerd door iBMG⁴⁰. Ongeveer 4,2% van de ziekenfondsverzekerden is in 2005 overgestapt van ziekenfonds. Echter, 3% van de ziekenfondsverzekerden is vrijwillig (bewust) overgestapt van ziekenfondsverzekeraar.⁴¹ Het percentage particulier verzekerden dat de afgelopen 3 maanden is overgestapt is 8,7% waarvan echter 3% uit eigen initiatief.⁴²

79. De mobiliteit van de ziekenfondsverzekerden, hoewel laag, is – zo blijkt uit het onderzoek van iBMG – ten opzichte van de jaren ervoor toegenomen in 2005. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een toenemende mobiliteit op de ziekenfondsmarkt. Het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een (andere) particuliere verzekeraar is in de periode 2001-2005 nagenoeg stabiel gebleven.

80. Uit beide voornoemde onderzoeken blijkt dat van de verzekerden die overstappen, een groot deel dit gedwongen heeft gedaan, namelijk als gevolg van werk- of inkomensgerelateerde redenen. Voor diegenen die vrijwillig (bewust) van zorgverzekeraar zijn veranderd, was de hoogte van de premie voor de hoofdverzekering een belangrijke of zelfs de belangrijkste reden om over te stappen.⁴³

81. Ook uit onderzoek⁴⁴ van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in april 2005 blijkt dat door een beperkt aantal mensen van ziekenfonds wordt gewisseld. Op basis van een Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat 3,7% van de ziekenfondsverzekerden in het representatieve panel in het afgelopen jaar is overgestapt van ziekenfonds. In 2003 is door NIVEL reeds eerder op basis van een consumentenpanel onderzocht hoeveel ziekenfondsverzekerden van een vergelijkbaar panel wisselden van ziekenfonds in de 12 maanden ervoor.⁴⁵ Destijds wisselde 3,1% van ziekenfonds.

⁴⁰ Dr. T. Laske-Aldershof en Prof. Dr. F.T. Schut, "Monitor verzekerdemobiliteit", iBMG, april 2005.

⁴¹ Daarnaast is nog circa 1,3% van de ziekenfondsverzekerden (verplicht) overgestapt van een particuliere of ambtenarenverzekering.

⁴² Het overige deel is afkomstig van een ziekenfonds (als gevolg van overschrijding van loon- of inkomengrens) of is van particulier verzekeraar veranderd omdat de werkgever een collectief contract met een andere verzekeraar afsloot.

⁴³ De huidige relatieve prijsverschillen tussen ziekenfondsen onderling en particuliere verzekeraars onderling bedragen meer dan 60%. Bron: NMa-overzicht gemaakt op basis van www.independer.nl op basis van (vergelijkbare) verzekeringspremies op 1 januari 2005.

⁴⁴ E. van der Schee, R.D. Friele en D.M.J. Delnoij, "Nog steeds veranderen maar weinig mensen van ziekenfonds", NIVEL, 2005.

⁴⁵ Zie D. Delnoij en E. van der Schee, "Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003", een peiling van het consumentenpanel gezondheidszorg, NIVEL, 2003.

82. Vektis geeft expliciet aan dat de invoering van de Zvw naar verwachting invloed zal hebben op de verzekerdenmobiliteit, maar dat het moeilijk is om aan te geven of de mobiliteit per saldo groter of kleiner zal worden omdat meerdere effecten een rol spelen.⁴⁶ Enkele effecten die een rol kunnen spelen bij de toename van de mobiliteit zijn volgens Vektis (i) een (eventueel) campagneoffensief van de overheid en individuele verzekeraars waardoor bewustzijn bij verzekerden over switchen wordt vergroot, (ii) verzekerden die moeilijker kunnen switchen (collectieven, chronisch zieken en ouderen) kunnen na invoering makkelijker overstappen, (iii) toename van de transparantie van de markt (vergelijking premies, pakketten).

83. Enkele effecten die mogelijk bijdragen aan een afname in mobiliteit zijn volgens Vektis (i) geen gedwongen overstappen meer als gevolg van loongrensoverschrijdingen (ii) onzekerheid bij verzekerden ten aanzien van de toekomst en de stelselwijziging als gevolg waarvan men blijft bij de verzekeraar waar men nu verzekerd is, (iii) te grote transparantie waardoor consumenten 'door de bomen het bos niet meer zien' en (iv) collectiviteiten zijn minder interessant voor zorgaanbieders om aan te bieden.

Conclusie t.a.v. uitgangspositie van partijen na invoering Zvw

84. Gelet op de punten 73 t/m 83 is het een redelijke veronderstelling dat de huidige omvang van activiteiten van partijen een goede inschatting is van de positie van partijen in de eerste periode na de invoering van de Zvw, waarbij aangetekend dient te worden dat de exacte effecten van de invoering van de Zvw op de positie van partijen niet voorspeld kan worden.

b. Positie van partijen

Inleiding

85. Aangezien nog niet geheel duidelijk is of en in hoeverre de markt voor zorgverzekeringen zich naar afzonderlijke relevante markten voor natura- en restitutiepolissen zal ontwikkelen, zal in het navolgende ingegaan worden op de positie van partijen op twee afzonderlijke wijzen. Allereerst zal de positie op de zorgverzekeringsmarkt afgeleid worden van de huidige positie van partijen op de totale zorgverzekeringsmarkt (ziekenfonds samengevoegd met particulier), als benadering voor de positie op de zorgverzekeringsmarkt onder de Zvw.

86. Ten tweede zal de positie op de zorgverzekeringsmarkt afgeleid worden van de huidige positie van partijen op de markt voor ziekenfondsverzekeringen als benadering

⁴⁶ "Management samenvatting: onderzoek naar verzekerdenmobiliteit en oorzaken daarvan door Vektis", Vektis, juni 2005.

voor de positie van partijen op een mogelijke markt voor naturapolissen onder de Zvw. Op basis van door partijen verstrekte informatie kan afgeleid worden dat op 1 april 2005 respectievelijk [60-70]*% en [90-100]% van de verzekerden bij CZ en OZ ziekenfonds verzekerd is, waarmee de positie van CZ en OZ voor een belangrijk deel beïnvloed wordt door haar ziekenfondsactiviteiten.

87. Indien na invoering van de Zvw een dominant verzekeringstype zou ontstaan, is het het meest waarschijnlijk dat dit de naturapolis zou zijn. Met deze vorm is immers het merendeel van de Nederlandse bevolking vertrouwd (de huidige ziekenfondsverzekerden), deze vorm ondersteunt het beleid van VWS ten aanzien van het bereiken van doelmatige inkoop (zie punt 16) en waarschijnlijk wordt deze vorm goedkoper⁴⁷ Ook uit gesprekken met marktpartijen is gebleken dat het niet in de lijn der verwachting ligt dat de restitutiepolis de dominante verzekeringsvorm zal worden. Derhalve zal in het navolgende niet verder ingegaan worden op uitsluitend de huidige positie van partijen op het gebied van particuliere verzekeringen als benadering voor hun positie op het gebied van restitutieverzekeringen.

Marktaandeelen

88. Op basis van door Vektis⁴⁸ beschikbaar gestelde data⁴⁹ kan op 3-cijferig postcodeniveau het marktaandeel van partijen per medio 2004 worden afgeleid op basis van het totaal aantal verzekerden en op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden. Achtereenvolgens zal de positie van partijen beschouwd worden (i) op een landelijke markt (ii) op een provinciale markt (iii) op voormalige kernwerkgebieden van partijen (iv) op een aaneengesloten deel binnen de voormalige kernwerkgebieden van partijen en (v) in West-Brabant.

89. Provinciale markten worden beschouwd aangezien in de Zvw de mogelijkheid tot een provinciale polis is opgenomen (zie punt 24). De voormalige kernwerkgebieden van

* In deze openbare versie van het besluit zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om redenen van vertrouwelijkheid. Vervangen of weggelaten delen zijn met vierkante haken aangegeven. In het geval van getallen of percentages kan de vervanging hebben plaatsgevonden in de vorm van vermelding van bandbreedtes.

⁴⁷ Deze vorm brengt (onder andere) lagere beheerslasten met zich mee. Zo liggen de beheerskosten voor particuliere verzekeraars op circa 11% van de totale kosten en voor ziekenfondsverzekerden op 4% (bron: CPB Memorandum no. 32, *Kwalitatieve analyse zorgstelsels*, 29 maart 2002, p. 20).

⁴⁸ Vektis is het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche en richt zich zowel op de branche als op individuele verzekeraars. Het levert producten en diensten op het terrein van ICT, standaarden en statistiek & actuariaat.

⁴⁹ Hierbij dient opgemerkt te worden dat de Vektis-data compleet zijn t.a.v. ziekenfondsverzekeringen, maar dat zij t.a.v. particuliere verzekeringen kan beschikken over circa 90-95% van de gegevens.

partijen worden beschouwd, omdat dit de gebieden zijn waar zij van oudsher een sterke marktpositie hebben. Daarnaast is het van belang eveneens te kijken naar het aaneengesloten gebied van (een deel van) de kernwerkgebieden van CZ en OZ dat ontstaat als gevolg van onderhavige concentratie, omdat mogelijke concurrentiedruk van CZ in het kernwerkgebied van OZ gaat wegvallen en vice versa. Tevens is het redelijk om te veronderstellen dat de zorgaanbieders in (delen van) beide kernwerkgebieden, relaties hebben met zowel CZ als OZ. Tenslotte wordt ook de gezamenlijke positie van partijen bekeken in een deel van een provincie, namelijk West-Brabant, omdat uit gesprekken met marktpartijen is gekomen dat dit een mogelijk gebied met een hoog marktaandeel van partijen is.

90. Op een landelijke verzekeringsmarkt bedraagt het gezamenlijke marktaandeel van partijen in Nederland op basis van het totaal aantal ziekenfondsverzekerden circa [10-20]% ([10-20]% voor CZ en bijna [0-10]% voor OZ), en op basis van het totaal aantal verzekerden circa [10-20]% ([10-20]% voor CZ en bijna [0-10]% voor OZ). Op de landelijke markt is een groot aantal verzekeraars actief, zoals Achmea, Menzis, Agis en VGZ⁵⁰.

91. Op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden wordt de combinatie van CZ/ OZ de grootste marktpartij in Nederland, waarbij nog 4 andere spelers een marktaandeel hebben van meer dan 10%. Op basis van het totaal aantal verzekerden wordt de combinatie CZ/ OZ de 3^e zorgverzekeraar van Nederland.

92. Wanneer op regionaal niveau wordt gekeken naar de positie van partijen, blijkt uit de data van Vektis dat CZ en OZ onder andere actief zijn in geografisch aaneengesloten gebieden in met name het zuidwesten van Nederland. Het betreft hier de provincies Zeeland en een deel van Noord-Brabant. In Limburg is CZ eveneens sterk actief, maar aldaar is OZ zeer beperkt actief. Op deze laatste provincie zal derhalve niet nader worden ingegaan.

93. Op provincieniveau zien we een aanzienlijke concentratietoename in Zeeland en (een deel van) Noord-Brabant. In onderstaande tabel wordt het marktaandeel van partijen in deze regio weergegeven op basis van zowel het aantal ziekenfondsverzekerden als het totaal aantal verzekerden. Na de voorgenomen concentratie zijn partijen de grootste aanbieder van zorgverzekeringen in Zeeland en Noord-Brabant. Het marktaandeel van de derde speler op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden bedraagt minder dan 10% in Zeeland en [40-50]% in Noord-Brabant. Op basis van het totaal aantal verzekerden

⁵⁰ In het navolgende wordt het marktaandeel van VGZ enigszins overschat aangezien Vektis, vooruitlopend op de voorgenomen concentratie tussen VGZ-IZA – Trias, zoals gemeld d.d. 29 juni 2005 bij de directeur-generaal van de NMa, al de positie van Trias heeft meegenomen. Bij de positie van VGZ is de positie van IZA en Trias meegenomen.

bedraagt het marktaandeel van deze speler in Zeeland [10-20]% en [40-50]% in Noord-Brabant.

Tabel 1 Positie partijen op provinciaal niveau.

	Ziekenfondsverzekerden			Totaal aantal verzekerden		
	CZ	OZ	CZ + OZ	CZ	OZ	CZ+OZ
Zeeland	[50-60]%	[20-30]%	[80-90]%	[40-50]%	[10-20]%	[60-70]%
Noord-Brabant	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[40-50]%

94. Vervolgens worden kan de regionale markt mogelijk uit de voormalige kernwerkgebieden van partijen bestaan.⁵¹ Dan blijkt uit de data van Vektis dat als gevolg van de voorgenomen concentratie het gezamenlijke marktaandeel van partijen op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden in hun (nieuwe samengevoegde) voormalig kernwerkgebied [60-70]% bedraagt. In onderstaande tabel is dit nader weergegeven per kernwerkgebied. Er is naast partijen nog een sterke derde speler actief met een marktaandeel van 20% tot en 30%.

Tabel 2 Positie partijen in voormalige kernwerkgebieden

	Ziekenfondsverzekerden			Totaal aantal verzekerden		
	CZ	OZ	CZ + OZ	CZ	OZ	CZ+OZ
Kernwerkgebied CZ	[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%

⁵¹ Het voormalig kernwerkgebied van CZ omvat de gemeenten Druten, Groesbeek, Heumen, Millingen aan de Rijn, Wijchen, Onderbanken, Landgraaf, Beek, Brunssum, Haelen, Heerlen, Heythuysen, Hunsel, Kerkrade, Maasbracht, Nederweert, Nuth, Roermond, Schinnen, Simpelveld, Stein, Thorn, Vaals, Voerendaal, Weert, Valkenburg aan de Geul, Roerdalen, Roggel en Neer, Ambt Montfort, Echt-Susteren, Gulpen-Wittern, Sittard-Geleen, Asten, Best, Boekel, Boxmeer, Boxtel, Deurne, Dongen, Eersel, Eindhoven, Goirle, Grave, Haaren, Helmond, 's-Hertogenbosch, Heusden, Hilvarenbeek, Lith, Loon op Zand, Mill en Sint Hubert, Nuenen c.a., Oirschot, Oisterwijk, Oss, Schijndel, Sint-Michielsegstel, Sint-Oedenrode, Someren, Son en Breugel, Tilburg, Uden, Valkenswaard, Veghel, Veldhoven, Vught, Waalre, Waalwijk, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Laarbeek, Reusel-De Mierden, Maasdonk, Cuijk, Landerd, Sint Anthonis, Cranendonck, Bernheze, Bergelijk, Bladel, Geldrop-Mierlo, Borsele, Goes, Kapelle, Middelburg, Reimerswaal, Veere, Vlissingen, Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland.

Het voormalig kernwerkgebied van OZ omvat de gemeenten Baarle-Nassau, Bergen op Zoom, Breda, Etten-Leur, Gilze en Rijen, Oosterhout, Rucphen, Steenbergen, Woensdrecht, Zundert, Halderberge, Roosendaal, Moerdijk, Drimmelen, Alphen-Chaam, Hulst, Terneuzen, Sluis, Barendrecht, Brielle, Dirksland, Goedereede, 's-Gravendeel, Hellevoetsluis, Hendrik-Ido-Ambacht, Middelharnis, Bernisse, Oostflakkee, Oud-Beijerland, Binnenmaas, Korendijk, Fidderkerk, Rozenburg, Cromstrijen, Spijkenisse, Albrandswaard, Westvoorne, Strijen, Zwijndrecht.

Kernwerkgebied OZ	[0-10]%	[60-70]%	[60-70]%	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%
Kernwerkgebied CZ + OZ	[40-50]%	[10-20]%	[60-70]%	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%

95. Als gevolg van de overname ontstaat een groot aaneengesloten gebied (binnen een deel van de voormalige kernwerkgebieden van partijen), waarbinnen partijen als gevolg van de concentratie gezamenlijk een groot marktaandeel verkrijgen. Wanneer alle *aaneengesloten* voormalige kernwerkgebieden van partijen worden beschouwd (van Zeeland tot en met het midden van Noord-Brabant)⁵² ontstaat een gebied waarop CZ en OZ een gezamenlijk marktaandeel verkrijgen van circa [60-70]% ([20-30]% voor CZ en [40-50]% voor OZ) op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden en [50-60]% ([20-30]% voor CZ en [20-30]% voor OZ) op basis van het totaal aantal verzekerden. Naast partijen is een derde speler actief met een marktaandeel van minder dan 35%.

96. Wanneer het westen van Noord-Brabant wordt beschouwd, kunnen marktposities van partijen benaderd worden door te kijken naar het relevante COROP-gebied⁵³. In het betreffende COROP gebied (West-Brabant) verkrijgen partijen een marktaandeel van [60-70]% ([0-10]% voor CZ en [60-70]% voor OZ) op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden en [50-60]% ([0-10]% voor CZ en [40-50]% voor OZ) op basis van het totaal aantal verzekerden.

97. Zoals uit bovengenoemde punten blijkt, vindt de concentratie als gevolg van de voorgenomen concentratie met name plaats in Zeeland en (een deel van) Noord-Brabant. Wanneer de HHI-index⁵⁴ wordt beschouwd voor het analyseren van de gevolgen van deze concentratie voor de marktstructuur, is in zowel Zeeland als Noord-Brabant een forse toename van de HHI waar te nemen.

⁵² Dat wil zeggen alle voormalig kernwerkgebieden van partijen waarvan de eerste twee cijfers van de postcode beginnen met een cijfer onder de 52.

⁵³ Een COROP-gebied is een regionaal gebied binnen Nederland dat deel uitmaakt van de COROP-indeling (Coördinatie Commissie Regionaal Onderzoeksprogramma). Deze indeling wordt gebruikt voor analytische doeleinden. In totaal zijn er in Nederland 40 COROP-gebieden. Elk COROP-gebied is een samenvoeging van gemeenten.

⁵⁴ De Hirschmann-Herfindahlindex (HHI-index) kan variëren tussen 0 en 10.000 punten en is naast marktaandelen eveneens een maatstaf voor de mate van concentratie in een bepaalde markt.

98. Ook de Europese Commissie hanteert, volgens de richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale fusies⁵⁵, de hoogte en de verandering van de HHI-index als (eerste) indicatie voor het eventueel ontstaan van mededingingsbezwaren. Uit deze richtsnoeren kan worden afgeleid dat de Commissie van mening is dat er mogelijke horizontale mededingingsbezwaren kunnen ontstaan op een markt waar de HHI na de concentratie meer dan 2.000 bedraagt met een verandering van meer dan 250.

99. De HHI-index in de provincie Zeeland en de provincie Noord-Brabant is na de concentratie op basis van het aantal ziekenfondsverzekerden ruim 7.000 respectievelijk ruim 4.400, met een verandering van ruim [2000-3600] in Zeeland en bijna [600-1600] in Noord-Brabant. Op basis van het totaal aantal verzekerden is de HHI-index in Zeeland 4.800 met een verandering van bijna [800-2000] en bijna 3.500 in Noord-Brabant met een verandering van ruim [0-800].

Conclusie t.a.v. de marktpositie van partijen

100. Ongeacht de mogelijke afbakening van de geografische markt op regionaal niveau, versterken partijen hun marktpositie in met name een aaneengesloten gebied dat de provincie Zeeland en (het westelijke deel) van Noord-Brabant beslaat. Partijen worden, afhankelijk van de mogelijke omvang van de regionale geografische markt, als gevolg van de voorgenomen concentratie de grootste speler in dit gebied met een marktaandeel van meer dan [50-60]% oplopend tot [80-90]% met een significante toevoeging van OZ aan CZ (tussen de [0-10]% en [40-50]%)⁵⁶ als gevolg van deze transactie.

101. Als gevolg van de voorgenomen concentratie verwerven partijen op een mogelijke landelijke markt voor zorgverzekeringen weliswaar een sterke positie, maar zijn naast partijen nog voldoende spelers met een vergelijkbare omvang actief.

d. Opvatting partijen

102. Partijen geven aan dat er vanaf 1 januari 2006 kan worden gesproken van een nationale markt. Onder het nieuwe systeem zullen aanbieders van ziektekostenverzekeringen concurrentie ondervinden van een veel groter aantal ondernemingen dan voorheen. Bovendien zullen de ontwikkelingen dat landelijk werkende zorgverzekeraars in verschillende provincies een andere polis aan kunnen bieden tegen verschillende premies ertoe leiden dat zorgverzekeraars, ook in gebieden waar zij

⁵⁵ Zie de Mededeling van de Europese Commissie; Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, Pb. C 31 van 05/02/2004, punt 19 tot en met 21

⁵⁶ Uitzondering hierop is de toevoeging van OZ in het kernwerkgebied van CZ, dat [minder dan 10% is].

traditioneel veel verzekerden hebben, meer concurrentie zullen ondervinden. Om het onvermijdelijke verlies van verzekerden op te vangen, zullen zorgverzekeraars buiten hun traditionele gebied actief moeten worden, waardoor steeds meer verzekeraars hun activiteiten richten op heel Nederland.

103. Volgens partijen zijn ziekenfondsverzekerden bereid te wisselen van ziekenfonds wanneer zij niet tevreden zijn over de prijs of kwaliteit. Partijen verwachten dat het aantal verzekerden dat overweegt over te stappen de komende tijd nog verder zal toenemen als gevolg van het feit dat de markt voor ziektekostenverzekeringen steeds transparanter wordt. Verzekeraars kunnen hun verzekeringen aanbieden buiten de regio waar zij de meeste verzekerden hebben: de mogelijke markt strekt zich derhalve uit tot heel Nederland, aldus partijen.

104. Partijen wijzen er verder op dat de Zw maatregelen invoert om de transparantie voor verzekerden te vergroten: het College van Toezicht dient een vergelijkend overzicht met kerngegevens die voor verzekerden van belang zijn bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar beschikbaar te stellen. Door de toenemende transparantie worden de verzekerden gestimuleerd om te zoeken naar de verzekeraar die de meest aantrekkelijke voorwaarden biedt, ongeacht het traditionele werkgebied van de verzekeraar.

e *Opvatting marktpartijen*

105. De NMa heeft gesproken met zowel verzekeraars die actief zijn in de kernwerkgebieden van CZ en OZ, als met grote zorgaanbieders (ziekenhuizen) waarmee partijen contracten afsluiten.

Zorgverzekeraars

106. In het kader van onderhavige zaak is contact opgenomen met een aantal zorgverzekeraars. Uit deze gesprekken bleek dat ook de plannen van de zorgverzekeraars als gevolg van de nieuwe Zw zich nog moeten uitkristalliseren. Desalniettemin is er een aantal zaken dat door meerdere zorgverzekeraars wordt genoemd.

107. Een aantal concurrenten gaf aan dat het met name de grote zorgverzekeraars zijn die in een bepaalde regio aan de onderhandelingstafel mogen aanschuiven om met de zorgaanbieder te onderhandelen over prijzen in het B-segment. De zorgverzekeraars die maar een zeer beperkt deel van de verzekerden vertegenwoordigen in een bepaalde regio van een zorgaanbieder, sluiten over het algemeen een contract af dat niet via onderhandelingen tot stand is gekomen, veelal een “administratief contract” genoemd. Sommige zorgverzekeraars reageren hierop door (“gelegenheids”) inkoopcombinaties te sluiten om toch aan een bepaald volume te komen.

108. Twee zorgverzekeraars geven, evenals een branchevereniging, aan dat de grote zorgverzekeraars in een bepaalde regio betere prijzen kunnen bedingen. Dit zijn met name de verzekeraars met wie de zorgaanbieder al intensievere contacten onderhoudt in het kader van het A-segment.

109. Een drietal zorgverzekeraars geeft aan dat het als gevolg van de overname in de regio's Zeeland en (voornamelijk het westelijke deel van) Noord-Brabant moeilijk of wellicht zelfs onmogelijk wordt om nog (een significante hoeveelheid) zorg in te kunnen kopen omdat partijen na de voorgenomen concentratie een hoog marktaandeel zouden verwerven. Meerdere zorgverzekeraars geven aan dat dit eveneens afhangt van het aantal zorgaanbieders in de betreffende regio. Sommige zorgaanbieders geven aan dat het afsluiten van contracten met Belgische ziekenhuizen een alternatief is omdat een (kleine) groep verzekerden in de grensstreek in België zorg betreft. Echter, tegelijkertijd geven deze zorgverzekeraars aan dat het geen (aantrekkelijke) optie is om, bij het ontbreken van een contract met de Nederlandse zorgaanbieder, de patiënt te moeten verwijzen naar België.

110. Twee zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het wellicht mogelijk is dat middels collectieve contracten kan worden toegetreden in een regio waar de desbetreffende zorgverzekeraar een kleine positie heeft, maar beide geven aan dat dit desalniettemin lastig zal zijn. Eén van deze zorgverzekeraars geeft aan dat als gevolg van de beperkingen die zijn gesteld aan de collectieve contracten, deze mogelijkheid kleiner wordt.

111. Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven dat consumenten niet makkelijk overstappen van zorgverzekeraar.

Zorgaanbieders

112. De NMa heeft middels gesprekken met zorgaanbieders een eerste onderzoek gedaan naar de wijze waarop onderhandelingen met zorgverzekeraars tot stand komen en of hierbij grote zorgverzekeraars met een regionaal sterke positie prijsvoordelen zouden kunnen behalen. Eveneens is, gelet op de nabijheid van België bij Zeeland en Noord-Brabant, gevraagd naar enige mogelijke disciplinerende werking van Belgische ziekenhuizen in de grensstreek.

113. Uit dit onderzoek is gebleken dat bij het merendeel van de ondervraagde zorgaanbieders alleen de grote verzekeraars in hun regio aan tafel worden uitgenodigd om te onderhandelen over het zgn. B-segment, terwijl de communicatie met de kleinere verzekeraars (van buiten de regio) telefonisch en vaak ook schriftelijk plaatsvindt. In het algemeen geven zorgaanbieders aan dat zij geen prikkel hebben om met meer dan enkele zorgverzekeraars (meestal minder dan 5) onderhandelingen "aan tafel" te voeren, omdat dit onevenredig veel kosten met zich mee zou brengen. Ook heeft het merendeel van de ondervraagde zorgaanbieders aangegeven dat de

verzekeraars die in hun regio sterk zijn bij hen de beste prijzen kunnen bedingen en dat er prijsverschillen bestaan voor de verschillende verzekeraars waarmee ze contracteren.

114. Bovendien heeft dit onderzoek uitgewezen dat enkele van de ondervraagde zorgaanbieders een verschil voorziet tussen de prijs voor zorg in natura en restitutieprijsen voor zorg vanwege verschil in beheerslasten.⁵⁷ Zo zouden de gevraagde prijzen voor naturaverzekerden lager uitvallen dan die voor restitutieverzekerden. Uit dit onderzoek is verder gebleken dat het merendeel van de ondervraagde zorgaanbieders in de onderhandelingen rekening houdt met de nabijheid van Belgische ziekenhuizen, waarbij wordt aangegeven dat het percentage van Nederlandse verzekerden dat zich in een Belgisch ziekenhuis laat behandelen lager is dan 5%. Slechts enkele ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij in hun onderhandelingen rekening houden met de beschikbaarheid van Zelfstandige Behandelcentra (hierna: ZBC's) in hun regio.

f. Zienswijze CTG/ZAio

115. Uit signalen die CTG/ZAio ontvangt vanuit de sector krijgt CTG/ZAio het beeld dat zorgverzekeraars veel intensievere onderhandelingen voeren met de ziekenhuizen in de thuisregio. Zo gaat de dominante verzekeraar vaak als eerste onderhandelingen aan met het ziekenhuis, en heeft zij tevens meer informatie over de kwaliteit en de geleverde zorgprofielen. Tevens vertoont het volume dat de verzekeraar afneemt bij het ziekenhuis een positief verband met de korting die de betreffende verzekeraar kan bedingen. Er lijkt dus ook een prijsvoordeel te behalen te zijn voor de verzekeraar. Dit zou er op kunnen duiden dat verzekeraars inderdaad voordeel ondervinden van het regionaal toespitsen van hun verzekeringen. CTG/ZAio zal dit in de monitor B-segment ziekenhuizen nader uitwerken.

116. Zoals aangegeven in punt 62 sluit CTG/ZAio het niet uit dat er een tendens bestaat tot regionalisering van de markt voor zorgverzekeringen. CTG/ZAio acht het belangrijk om op te merken dat de concentratie in de provincies Noord-Brabant en Zeeland sterk zou toenemen als gevolg van de voorgenomen concentratie tussen OZ en CZ. Uitgaande van een relevante geografische markt op provincieniveau acht CTG/ZAio het aan te bevelen deze voorgenomen concentratie niet zonder meer toe te staan, maar eerst nader onderzoek te verrichten in een vergunningsfase.

g. Beoordeling

⁵⁷ Enkele zorgaanbieders hebben aangegeven dat de restitutieprijsen en de prijzen voor zorg in natura op dit moment niet significant verschillen, maar dat in het nieuwe systeem de restitutieprijsen mogelijk hoger zullen zijn, om te zorgen voor een prikkel voor verzekeraars om een contract met de betreffende zorgaanbieder te sluiten.

117. Als gevolg van de voorgenomen concentratie zullen partijen in een aaneengesloten gebied dat Zeeland en het westelijke deel van Noord-Brabant omvat, de grootste aanbieder van basiszorgverzekeringen worden. Als gevolg van de concentratie zal met name in het aaneengesloten gebied in de voormalige kernwerkgebieden van partijen, een significante toevoeging van het marktaandeel zijn van OZ aan CZ.

118. Hoewel in dit gebied over het algemeen eveneens andere zorgverzekeraars actief zijn, zal er slechts één andere zorgverzekeraar van enige omvang overblijven. Hierdoor zullen in de praktijk zorgaanbieders in dit gebied in plaats van met drie partijen, slechts met 2 partijen onderhandelingen voeren, waarvan een partij een zeer sterke positie heeft (namelijk de gezamenlijke positie van partijen na voorgenomen concentratie). Daarbij is er als gevolg van de concentratie een significante toevoeging van OZ aan de positie aan CZ, waarmee de gezamenlijke positie van partijen ten opzichte van zorgaanbieders groter wordt.

119. Uit gesprekken met marktpartijen in de onderhavige zaak en naar aanleiding van de zienswijze van CTG/ZAio komen aanwijzingen naar voren dat verzekeraars met een regionale binding in staat lijken te zijn om betere prijzen te bedingen met zorgverzekeraars uit hun regio. Ook is het zo dat andere verzekeraars in de praktijk vrijwel nooit lagere prijzen lijken te kunnen bedingen bij deze zorgaanbieders en meestal hogere prijzen betalen. Onduidelijk is nog in hoeverre de nabijheid van Belgische ziekenhuizen of het bestaan/ontstaan van ZBC's een mogelijke disciplinerende factor kan zijn ten opzichte van de prijzen die zorgaanbieders vragen.

120. CZ geeft aan⁵⁸ dat CZ “vandaag ...liever dan morgen aan de slag [gaat] met voorkeursaanbieders...De verzekerde betaalt minder premie, de voorkeursaanbieders krijgen meer patiënten... En wij krijgen de mogelijkheid om ons van andere verzekeraars te onderscheiden door met voorkeursaanbieders afspraken te maken over bijvoorbeeld wachttijden, service en de kwaliteit van geleverde zorgen.” CZ zou als instrument om verzekerden te sturen overwegen een “refund” te geven, wat onder de Zvw toegestaan is in tegenstelling tot de huidige ziekenfondswet. Ook onderzoekt CZ de mogelijkheid om patiënten die kiezen voor door CZ geselecteerde fysiotherapeuten of apothekers geen eigen bijdrage te laten betalen.⁵⁹

121. Het Verbond van Verzekeraars(hierna: VvV)⁶⁰ geeft in een reactie op het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet⁶¹ het volgende aan “...in het toekomstige zorgstelsel kunnen verzekeraars

⁵⁸ Zie interview met de heer Leers, bestuursvoorzitter van CZ, in Zorgvisie 11, november 2004, p. 42.

⁵⁹ Zie, reeds aangehaald, Zorgvisie 11, november 2004, p. 45.

⁶⁰ Het VvV is een belangenvereniging van in Nederland werkzame particuliere verzekeraars.

⁶¹ Zie de reactie van directeur mr. R. Weurding namens het Verbond van Verzekeraars op het wetsvoorstel en een brief d.d. 25 oktober 2004 aan de vaste kamercommissie VWS van de tweede kamer

nagenoeg uitsluitend concurreren in de zorginkoop... Verder hebben landelijk werkende verzekeraars en nieuwe toetreders weinig kans om in die regio succesvol op zorginkoop te concurreren, omdat van oorsprong regionaal werkende verzekeraars een veel sterkere positie hebben...”

122. In een artikel in de ESB van 30 juni jl.⁶², geeft de directeur van Delta Lloyd Zorg, de heer Keuzenkamp het volgende aan: “Een risico dat zich aandient is de terugkeer van regionale dominante verzekeraars. Indien een regionale marktleider in zorgverzekeringen gemene zaak maakt met regionaal sterke zorgaanbieders (via voorkeurscontracten met kwantumkorting), dan is het moeilijk voor spelers buiten de regio om in deze markt te overleven. De vraag is of er voldoende speelruimte blijft voor landelijk opererende zorgverzekeraars. Het collectieve contract zou deze spelers helpen. Deze mogelijkheid is door de vorm van de premiestelling echter aan banden gelegd.. Het is zelfs de vraag of er een grote collectieve markt voor zorgverzekeringen blijft bestaan.”

123. NYFER geeft in een rapport⁶³ aan dat een belangrijk risico van het nieuwe zorgstelsel is dat de beoogde concurrentie niet van de grond komt vanwege concentratie van verzekeraars en zorgaanbieders. In het rapport wordt aangegeven dat het risico van een hoge concentratiegraad is dat een dominante zorgverzekeraar het zorgaanbod kan monopoliseren of inkoopkortingen kan bedingen die kleinere spelers niet kunnen evenaren, waardoor deze van de markt worden gedrukt. Dat zou er uiteindelijk in kunnen resulteren dat de Nederlandse zorgmarkt verdeeld is over een handvol regionale monopolies.

124. Ook de wetgever onderkent het risico dat als gevolg van het toestaan van beperkte werkgebieden als de provincie, het gevaar bestaat dat de concurrentie afneemt ten opzichte van de situatie met uitsluitend landelijk werkende verzekeraars. “De kans dat de – de facto - regionale posities uit de huidige situatie blijven bestaan met het risico van machtsmisbruik, is groter.. Bovendien bestaat het gevaar dat, als een verzekeraar in een bepaalde regio heel sterk is, het voor andere verzekeraars minder aantrekkelijk is om in die regio te gaan concurreren...”⁶⁴ Echter de wetgever is van mening dat de voordelen van het toestaan van deze beperkte werkgebieden op provincieniveau ook voordelen kent, zoals het eenvoudiger maken van toetreding, het mogelijk houden dat regionale actieve ziekenfondsen actief blijven en niet

(<http://www.zorgaanzet.nl/ZorgAanZet/Wetsvoorstellen/Zorgverzekeringswet/Meningen/Reactie+op+wetsvoorstel+Zorgverzekeringswet+en+Zorgtoeslag+Verbond+van+Verzekeraars.htm>)

⁶² ESB Dossier, *Tien jaar mededingings- en reguleringsbeleid*, 30 juni 2005, jaargang 90, nr. 4464, pp. 21 – 23.

⁶³ ‘*Gezondheidszorg en Welvaart*’, NYFER, oktober 2004, pag. 27.

⁶⁴ Zie de Memorie van Toelichting bij de Zww, p. 26 en 27.

landelijk hoeven te werken en de verplichting voor landelijke verzekeraars om ook voor “verre verzekerden” in ieder geval zorg op restitutiebasis aan te bieden.⁶⁵

125. Aannemelijk is dat de zogenaamde “voorkeursaanbieders” van verzekeraars in ieder geval gevestigd zijn in de regio waar het grootste deel van de verzekerden van verzekeraars wonen. In principe zou de consument voordeel kunnen hebben van het feit dat een regionaal sterke zorgaanbieder de beste prijs, kwaliteit en service zou kunnen bieden. Echter er zou ook een mededingingsprobleem kunnen ontstaan, als er naast een sterke positie, bijvoorbeeld een mechanisme zou ontstaan waarbij de regionaal sterke verzekeraar weliswaar de lagere prijzen (en wellicht ook de beste overige voorwaarden) bedingt dan de andere zorgverzekeraars, maar dat deze prijzen op een boven-competitief niveau komen te liggen. Tevens zouden andere zorgverzekeraars met een minder sterke positie minder gunstige prijzen kunnen bieden, daarmee onvoldoende aantrekkelijk kunnen zijn voor verzekerden, waardoor deze verzekeraars onvoldoende disciplinerende werking kunnen uitoefenen op de regionaal sterke zorgverzekeraar.

126. Zorgaanbieders kunnen eveneens een prikkel hebben om met name met grote verzekeraars contracten af te sluiten, (i) omdat een groot deel van hun capaciteit wordt vastgelegd wat hen zekerheid verschaft (ii) omdat dit lagere administratieve lasten met zich meebrengt en (iii) omdat deze verzekeraars meer geneigd zijn om voor wat betreft de organisatie van de zorg met de zorgaanbieder samen te werken.

127. Hoewel niet uit te sluiten valt dat de markt voor zorgverzekeringen landelijk wordt, is de Raad van Bestuur van mening dat alles overwegende voor de beoordeling van het onderhavige geval er sterke aanwijzingen zijn dat de markt voor zorgverzekeringen onder de nieuwe Zorgverzekeringswet regionaal kan worden.

h. Conclusie t.a.v. de gevolgen op de markt voor zorgverzekeringen

128. Gelet op het voorgaande is er reden om aan te nemen dat als gevolg van de onderhavige concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt op (mogelijk) regionale markten voor zorgverzekeringen die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de regionale markten voor zorgverzekeringen of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

129. In een mogelijke vergunningsfase zal nader onderzoek gedaan worden naar de vraag of de geografische omvang van de markt voor zorgverzekeringen onder de nieuwe Zorgverzekeringswet landelijk dan wel regionaal zal zijn.

⁶⁵ Zie de Memorie van Toelichting bij de Zvw, p. 26 en 27.

(ii) *Markt voor inkoop van zorg*

Opvatting partijen

130. Partijen wijzen er op dat CZ en OZ geen marktmacht hebben op de inkoop van zorg omdat zorgverzekeraars met veel verzekerden gedwongen zijn in verband met hun zorgplicht, de meeste, zo niet alle, zorgaanbieders te contracteren en sprake is van een tekort aan zorgaanbieders. Voor zover er wel sprake zou zijn van een versterking van marktmacht heeft dit geen negatieve gevolgen voor de consument, nu inkoopmacht leidt tot lagere prijzen en deze zullen worden doorgegeven aan de consument.

Beoordeling

131. Zoals aangegeven in punt 48 kan de markt voor de inkoop van zorg door ziekenfondsen mogelijk nader worden onderverdeeld naar de verschillende vormen van zorg. Er zijn vormen van zorg waarvoor de geografische omvang van de markt lokaal dan wel regionaal is, terwijl andere vormen van zorg ingekocht worden op een ruimere (regionale of landelijke) geografische markt.

132. Onder het huidige ziektekostenstelsel zijn ziekenfondsverzekeraars verplicht voor alle bij hen aangesloten verzekerden zorg in te kopen. De positie van partijen op de markten voor de inkoop van zorg is daardoor af te leiden van met hun positie op de ziekenfondsverzekeringmarkten. Wanneer een ziekenfondsverzekeraar in een bepaalde regio een groot deel van de verzekerden vertegenwoordigt, is het immers aannemelijk dat in deze regio ook een groot deel van de zorg wordt ingekocht. Derhalve wordt op de markten voor de inkoop van zorg aangesloten bij de marktaandelen van partijen op de ziekenfondsverzekeringmarkten.

133. Onder het nieuwe zorgstelsel na invoering van de Zvw valt niet uit te sluiten dat de “zorg in natura” polis de dominante polisvorm wordt. Uit punt 87 blijkt reeds dat de beheerskosten voor een zorgverzekeraar substantieel hoger zijn bij een restitutiepolis dan bij een “zorg in natura” polis. Daarnaast hebben ook verschillende marktpartijen aangegeven te verwachten dat de “zorg in natura” polis goedkoper zal worden (in ieder geval niet duurder) dan de restitutiepolis.

134. Voorts is reeds in punt 16 uiteengezet dat een van de beleidsdoelen van het nieuwe zorgstelsel doelmatige inkoop van zorg is, waaruit kan worden geconcludeerd dat – omdat met een “zorg in natura” polis doelmatige inkoop kan worden gestimuleerd – de “zorg in natura” polis vanuit de overheid de voorkeur verdient. Gelet op de bovenstaande argumenten is het derhalve een redelijke veronderstelling dat de huidige marktposities van partijen op de markt voor inkoop van zorg vergelijkbaar zullen zijn met die onder de Zvw.

135. Wanneer wordt gekeken naar de marktaandelen op lokaal niveau (gemeenten) valt op te merken dat nauwelijks sprake is van overlap tussen partijen. Partijen zijn met name actief in gemeenten die aansluitend aan elkaar zijn gelegen. Derhalve neemt de positie van partijen op lokaal niveau – behorend bij bepaalde mogelijk nader te onderscheiden product(deel)markten – niet of nauwelijks toe.

136. Op regionaal niveau kan echter op basis van de marktaandelen op de markt voor zorgverzekeringen worden aangenomen dat – onafhankelijk van de precieze omvang van de regio – het gezamenlijk marktaandeel van partijen significant toeneemt. Voor sommige zorgaanbieders verdwijnt voorts een zorgverzekeraar die in bepaalde regio's een flink aantal verzekerden vertegenwoordigt, en derhalve in de onderhandelingen een rol zou kunnen spelen.

137. Wanneer wordt gekeken naar een landelijke markt voor de inkoop van zorg (van bepaalde mogelijk te definiëren product(deel)markten kan worden vastgesteld dat, evenals op de markt voor zorgverzekeringen, de positie van CZ als gevolg van de overname van OZ toeneemt, maar dat er een groot aantal andere verzekeraars actief is op de landelijke markt voor de inkoop van zorg.

138. Gelet op de mening van de Raad van Bestuur dat in het onderhavige geval de markt voor zorgverzekeringen regionaal kan worden, kan worden aangenomen dat er een gereede kans bestaat dat partijen als gevolg van de concentratie een sterke(re) regionale positie verkrijgen op de inkoopmarkt van zorg op die typen van zorg waarvoor het aanbod regionaal is.

Conclusie t.a.v. de gevolgen op de markt voor inkoop van zorg

139. Gelet op het voorgaande is er reden om aan te nemen dat als gevolg van de onderhavige concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt ten aanzien van de inkoop van zorg die op een regionale markt wordt aangeboden, die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

140. Hier zal in een mogelijke vergunningsfase nader onderzoek naar worden gedaan.

VII. CONCLUSIE

141. Na onderzoek van deze melding is de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Hij heeft reden om aan te nemen dat als gevolg van die concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat een

daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

142. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft een vergunning is vereist.

143. Voor zover dit besluit meebrengt dat een oordeel wordt gegeven over feiten of omstandigheden die van belang zijn voor de beslissing op een aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 41 van de Mededingingswet, heeft dit oordeel naar zijn aard een voorlopig karakter en bindt dit de Raad van Bestuur niet bij zijn beslissing op die aanvraag.

Datum: 7 juli 2005

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,
namens deze:

w.g. Drs. R.J.P. Jansen
Lid Raad van Bestuur

Tegen dit besluit kan degene, wiens belang rechtstreeks bij dit besluit is betrokken, binnen zes weken na de dag van bekendmaking van dit besluit een gemotiveerd beroepschrift indienen bij de arrondissementsrechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam