

### Fusies tussen ziekenhuis en verzekeraar: risico voor concurrentie?<sup>a</sup>

Afgelopen tijd zijn er verschillende berichten verschenen over plannen voor fusies in de zorg. Zo kondigde zorgverzekeraar DSW aan een belang van 40% te willen nemen in het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam. En Rivas Zorggroep (bestaande uit het Beatrixziekenhuis in Gorinchem en enkele verpleeg- en verzorginstellingen) is met zorgverzekeraar Unive in gesprek over een fusie. In het laatste geval gaat het over een fusie tussen een relatief grote zorgaanbieder en een zeer grote zorgverzekeraar. Maar ook DSW en het Vlietland Ziekenhuis hebben binnen de Rotterdamse regio beiden een groot marktaandeel.

De zorgverzekeringwet uit 2006 heeft tot nieuwe vormen van samenwerking geleid tussen Nederlandse zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Volgens de nieuwe wet mogen verzekeraars zorgaanbieders selectief contracteren. In juli 2008 schreef de minister van VWS ook open te staan voor verticale fusies. Voorwaarden zijn wel dat de gefuseerde instelling aan verzekerden van concurrerende verzekeraars zorg blijven verlenen en dat de fusie niet tot ongewenste marktmacht leidt. Zijn fusies tussen verzekeraars en ziekenhuizen gewenst of zou men zich beter kunnen beperken tot samenwerkingscontracten?

Mogelijke voordelen van een verticale fusie zijn eventuele efficiëntiewinsten die kunnen ontstaan door een betere coördinatie van investeringsbeslissingen van de verzekeraar en het ziekenhuis. Verticale integratie geeft de partijen onder andere meer zekerheid over de toekomstige winsten uit investeringen. Dit voordeel is echter ook deels te behalen door middel van selectieve contracten. Als een verzekeraar en een ziekenhuis min of meer op elkaar zijn aangewezen en daarom regelmatig met elkaar moeten onderhandelen over een contract, hoeft het ziekenhuis niet bang te zijn dat de verzekeraar snel wegloopt na een relatiespecifieke investering te hebben gedaan. Later moet er immers opnieuw onderhandeld worden over een nieuw contract. Omdat dit contract tijdelijk is, blijft toch de mogelijkheid bestaan om een nieuwe selectieve relatie aan te gaan met een andere verzekeraar en blijft er dus sprake van concurrentie.

Het belangrijkste potentiële nadeel van een fusie tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder is dat deze de concurrentie kan belemmeren als één of beide partijen marktmacht heeft. Een dergelijke fusie kan er dan toe leiden dat de kosten van de concurrerende verzekeraars of zorgaanbieders omhoog gaan, zodat hun concurrentiepositie verslechtert. Dit is bijvoorbeeld het geval als een ziekenhuis met een lokaal monopolie na de fusie aan andere verzekeraars hogere tarieven gaat vragen of een lagere kwaliteit gaat aanbieden. Daardoor neemt de concurrentiekracht van de andere verzekeraars af. Ook kan een fusie de concurrentie verzwakken tussen zorgaanbieders. Dit komt voor als er schaalvoordelen in het zorgaanbod bestaan en een lokaal dominante verzekeraar zijn eigen ziekenhuis als voorkeursaanbieder aanwijst, waardoor de concurrerende ziekenhuizen minder klanten krijgen. Het risico van concurrentievervalsing blijft beperkt zolang er geen lokaal dominante partijen bij de fusie betrokken zijn. Zo is bij overnames van kleine behandelcentra het risico van concurrentie-inperking veel kleiner. Als hetzij het ziekenhuis hetzij de verzekeraar lokaal een monopoliepositie heeft is het voor de marktwerking beter dat men niet fuseert, maar gewoon een samenwerkingscontract sluit. Contracten zijn namelijk tijdelijk, fusies niet.

De mogelijke beperking van concurrentie is een groot nadeel van fusies. Concurrentie is immers een 'bouwsteen' van het nieuwe zorgstelsel. Concurrentie creëert de doelmatigheidsprikkel en met minder concurrentie neemt deze prikkel af. Met contracten bestaat de blijvende mogelijkheid om een nieuwe selectieve relatie aan te gaan met een andere verzekeraar. Toezichthouders zouden vooral daarom fusies kritisch tegen het licht moeten houden.

<sup>a</sup> M.J. Bijlsma, A.G. Meijer en V. Shestalova, Vertical relationships between health insurers and healthcare providers, CPB Document 167, augustus 2008.