

# Samenvatting CPB Document 167

## *Vertical relationships between health insurers and healthcare providers*

### **Inleiding**

De recente hervorming van de curatieve zorg in Nederland biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen en huisartsenpraktijken) de mogelijkheid om selectieve contracten met elkaar aan te gaan. Selectieve contracten beogen de concurrentie tussen zorgaanbieders te stimuleren waardoor de prikkels toenemen om doelmatige en kwalitatief goede zorg te leveren. Meer ingrijpende vormen van verticale relaties zijn ook mogelijk, zoals exclusieve contracten of fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een belangrijke vraag is wat deze ontwikkelingen betekenen voor de concurrentie en voor de welvaart.

### **Verticale relaties: voor- en nadelen**

Verticale relaties in de vorm van exclusieve contracten of fusies tussen verzekeraars en aanbieders kunnen enerzijds de efficiëntie in de zorgsector verhogen. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om selectieve contracten af te sluiten vergroot de concurrentie tussen zorgaanbieders. Dit stimuleert hen om de efficiëntie en kwaliteit van hun diensten te verbeteren. Daarnaast kunnen verticale relaties de efficiëntie verhogen door een betere coördinatie of organisatie van diensten.

Verticale relaties kunnen de concurrentie ook beperken. De concurrentie neemt af als verticale relaties de toegang van concurrenten tot de markt beperken. Deze zogenaamde verticale uitsluiting van concurrenten leidt tot hogere kosten voor concurrenten of, in een extreme situatie, zelfs tot uittreding in het geval van grote kostenverschillen. Het resultaat is in beide gevallen hogere prijzen voor consumenten en verminderde prikkels om efficiënt te werken.

De mogelijke negatieve gevolgen van verticale relaties kunnen soms zwaarder wegen dan de potentiële positieve invloed op de efficiëntie en de welvaart. Dit risico is afwezig wanneer zorgverzekeraars en -aanbieders geen marktmacht hebben. Het gevaar van concurrentiebeperking en de dominantie van de negatieve gevolgen van een verticale relatie is wel aanwezig als een verzekeraar, een zorgaanbieder, of beide over marktmacht beschikken.

## Mechanismen van verticale uitsluiting

In dit CPB-Document onderscheiden wij drie mogelijke mechanismen van verticale uitsluiting in de zorg: ‘exclusiviteit’, het ‘waterbed effect’ en ‘sabotage’. Wij bespreken onder welke voorwaarden deze mechanismen door middel van verticale relaties in werking kunnen treden, wat voor effecten ze kunnen hebben en welke beleidsmaatregelen ze kunnen voorkomen.

### ‘Exclusiviteit’

In Nederland kunnen zorgverzekeraars polissen aanbieden waarin zij bepaalde zorgaanbieders aanwijzen als voorkeursaanbieders. Als een verzekeraar met een zorgaanbieder een contract sluit waarin alleen zijn diensten worden vergoed (met uitzondering van speciale gevallen zoals spoedgevallen) dan is er sprake van exclusiviteit. Exclusiviteit kan ook mildere vormen aannemen, zoals ‘*tiering*’, een prijsdiscriminerende strategie van de verzekeraar waarbij hij verschillende eigen bijdragen van verzekerden vraagt voor het gebruik van zorg van verschillende groepen van aanbieders.

Diverse theorieën over verticale uitsluiting richten zich op de redenen van exclusief gedrag van marktpartijen. Wij schetsen twee situaties die relevant kunnen zijn in de Nederlandse zorgsector. Ten eerste, als er sprake van schaalvoordelen is bij het aanbieden van zorg, kan een verticale relatie tussen een zorgverzekeraar en een -aanbieder, zoals een fusie, een exclusief contract, of een selectief contract met *tiering*, concurrerende *zorgaanbieders* buiten de markt sluiten. Wanneer dit welvaartsverlagende effect groter is dan het welvaartsverhogende effect van de benutting van schaalvoordelen, kan als beleidsoptie worden overwogen om de mogelijkheden van *tiering* te verkleinen. Ten tweede, in een geliberaliseerde zorgmarkt waar toetreding van zorgaanbieders beperkt is, kan een exclusief contract of een fusie met een zorgverzekeraar een zorgaanbieder met marktmacht helpen om de concurrentie tussen *verzekeraars* te beperken. Dit is aantrekkelijk omdat minder concurrentie tussen verzekeraars een zorgaanbieder met marktmacht in staat stelt om hogere prijzen te vragen. Deze manier van uitsluiting is relevant waar de tarieven van ziekenhuiszorg vrij onderhandelbaar zijn en speelt vooral bij fusies, maar minder bij exclusieve contracten. Exclusieve contracten kunnen dit effect alleen realiseren door concurrerende verzekeraars expliciet uit te sluiten. Volledige exclusie is gemakkelijk aan te tonen. De huidige wetgeving geeft de toezichthouder de mogelijkheid om volledige uitsluiting tegen te gaan. Een met een verzekeraar gefuseerd ziekenhuis kan dit effect echter realiseren door hogere prijzen te rekenen aan concurrerende zorgverzekeraars, dus zonder expliciete uitsluiting van verzekeraars. Het is lastig vast te stellen of er sprake is van te hoge prijzen, waardoor dit gedrag na een fusie moeilijk is tegen te gaan. Toezichthouders moeten daarom vooral fusies kritisch tegen het licht houden.

### **'Waterbed effect'**

Het 'waterbed effect' is gekoppeld aan de aanwezigheid van grote regionale zorgverzekeraars. De meeste zorgverzekeraars opereerden in Nederland tot 2006 op regionaal niveau. Deze verzekeraars hebben vaak een relatief groot marktaandeel en daardoor ook een relatief grote onderhandelingsmacht in hun oorspronkelijke regio's. Exclusieve contracten en fusies van deze zorgverzekeraars met zorgaanbieders in hun regio's vergroten deze onderhandelingsmacht. De lagere prijzen gaan ten koste van het marktaandeel van concurrerende zorgverzekeraars die hogere tarieven moeten betalen, wat de onderhandelingsmacht van de grote verzekeraar verder vergroot. Dit noemen wij het 'waterbed effect'. Dit effect komt alleen voor bij een bepaald type contracten (namelijk lineaire contracten) en pakt voor verzekerden goed of slecht uit: als een grote regionale verzekeraar door zijn onderhandelingsmacht goedkoop zorg inkoop, dan zal hij ook de premies van zijn verzekeringspolissen verlagen. Aan de andere kant betalen klanten van concurrerende verzekeraars hogere tarieven en kan de concurrentie tussen verzekeraars in een regio door dit effect afnemen. Dit kan dan leiden tot een segmentatie van de zorgverzekeringsmarkt in enkele regionale markten met één dominante verzekeraar die in de toekomst zijn premies kan verhogen.

In Nederland bestaat '*community rating*' op het niveau van provincies, dat wil zeggen, alle klanten uit een provincie betalen bij een zorgverzekeraar één identieke premie voor een individueel verzekerd basispakket. Een verzekeraar kan niet zomaar voor klanten in een regio binnen een provincie de premie van een verzekeringspolis verlagen of verhogen, terwijl de premie gelijk blijft voor andere verzekerden in de provincie. Deze beperking in de premiestelling gaat het 'waterbed effect' deels tegen. Verder zorgt de mogelijkheid van het aanbieden van collectieve contracten voor verzekeraars voor lagere toetredingsdrempels in andere regio's waardoor het risico op een 'waterbed effect' kleiner is. Een belangrijke voorwaarde voor het optreden van het 'waterbed effect' is de aanwezigheid van contractuele kosten voor verzekeraars, d.w.z. de kosten van het afsluiten van een nieuwe verticale relatie. Het verlagen van deze kosten, bijvoorbeeld met aanvullend beleid gericht op een beter inzicht in de kwaliteit van zorg, bevordert concurrentie.

### **'Sabotage'**

Wanneer de prijzen van zorg, zoals ziekenhuiszorg, gereguleerd zijn, kan een fusie tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar het mechanisme van 'sabotage' uitlokken. Sabotage betreft niet contracteerbare, moeilijk aantoonbare acties die een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar-aanbieder kan ondernemen om de positie van zijn concurrenten te verslechteren. Een prikkel voor sabotage is aanwezig wanneer een zorgaanbieder met marktmacht fuseert met een zorgverzekeraar. Als de tarieven zijn gereguleerd, kan een zorgaanbieder zijn marktmacht niet via de hoogte van de prijzen uitoefenen. Door een fusie met één verzekeraar en 'sabotage' van

andere verzekeraars kan marktmacht dan via de eigen verzekeraar worden uitgeoefend. Mogelijke vormen van sabotage zijn het verlagen van de prioriteit van behandeling van andere klanten (vergroten van de wachttijd voor deze klanten) of het op risico selecteren van patiënten. De professionele ethiek van artsen werkt als tegenwicht tegen de prikkels voor sabotage, waardoor sterke vormen van sabotage minder aannemelijk zijn.

Enkele institutionele aspecten in Nederland (zoals beperkingen op premiedifferentiatie en risicoverevening tussen verzekeraars) helpen sabotage tegen te gaan. Aanvullende beleidsmaatregelen zijn verdere verfijning van het risicovereveningsmodel en verbetering van de transparantie van kwaliteit van zorg.

## **Conclusies**

Verticale uitsluiting is meer waarschijnlijk in het geval van fusies dan bij het sluiten van exclusieve contracten. Ten eerste kan het mechanisme van 'sabotage' alleen bij fusies optreden en niet bij contractuele relaties, aangezien het gaat over niet-contracteerbare acties. Ten tweede lijkt het mechanisme van 'exclusiviteit' minder waarschijnlijk bij exclusieve contracten dan bij fusies.

Selectieve contracten spelen een essentiële rol in het nieuwe zorgstelsel. Ze zijn bedoeld om de onderhandelingspositie van de verzekeraar vis-à-vis de zorgaanbieder te versterken, zodat aanbieders meer met elkaar gaan concurreren. Concurrentie tussen zorgaanbieders bevordert naar verwachting de efficiëntie en de kwaliteit van dienstverlening van deze aanbieders. Na afloop van een verticale contractuele relatie concurreren alle zorgverzekeraars en -aanbieders in beginsel weer om het afsluiten van een nieuw exclusief contract. Fusies tussen verzekeraars en aanbieders zijn permanent van karakter en hebben dit voordeel van een periodieke concurrentie om de markt niet. Daarbij zijn veel mogelijke efficiëntievoordelen van fusies ook met tijdelijke exclusieve contracten te behalen. Toezichthouders moeten daarom vooral fusies tussen zorgverzekeraars en -aanbieders kritisch beoordelen. Toezichthouders dienen heel voorzichtig om te gaan met fusies waarin ten minste één van de partijen grote marktmacht heeft, tenzij fuserende partijen grote efficiëntievoordelen kunnen aantonen die slechts alleen door een fusie te realiseren zijn.

Tot op heden komen weinig verticale relaties voor in Nederland, maar naar alle verwachting zullen zij vaker afgesloten worden in de nabije toekomst. Uit het beperkte aantal bekende gevallen vinden wij op dit moment geen indicaties van verticale uitsluiting.