

Openbare zienswijze

**Voorgenomen  
concentratie tussen de  
Stichting Oosterschelde  
ziekenhuizen en de  
Stichting Ziekenhuis  
Walcheren**



# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Voorgeschiedenis	9
1.2 Voorgenomen concentratie in 2008	9
1.3 Afwegingskader NZa	9
1.4 Leeswijzer	10
<b>2. Gevolgen van de voorgenomen fusie op de marktstructuur</b>	<b>12</b>
2.1 Inleiding	12
2.2 Relevante productmarkt	12
2.3 Relevante geografische markt	13
2.4 Toetreding	13
2.4.1 Toetreding van nieuwe ziekenhuizen	14
2.4.2 Uitbreiding van bestaande ziekenhuizen	15
2.4.3 Zelfstandige Behandelcentra	15
2.5 Verdeling van de onderhandelingsmacht	16
2.6 Conclusie	17
<b>3. Gevolgen van de concentratie op de kwaliteit</b>	<b>18</b>
3.1 Inleiding	18
3.2 Door partijen geclaimde kwaliteitsvoordelen	18
3.2.1 Intensive Care	19
3.2.2 Moeder- en kindzorg	19
3.2.3 Minder vergaande samenwerkingsvormen	20
3.3 Advies IGZ	20
3.3.1 Afwegingskader	20
3.3.2 Oordeel IGZ	21
3.4 Opvattingen CZ	21
3.5 Oordeel NZa	22
3.6 Conclusie	23
<b>4. Gevolgen van de concentratie op de toegankelijkheid</b>	<b>24</b>
4.1 Inleiding	24
4.2 Bereikbaarheid	24
4.2.1 Acute zorg	25
4.2.2 Electieve zorg	26
4.2.3 Chronische zorg	26
4.2.4 Wachttijden	27
4.3 Conclusie	27
<b>5. Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid</b>	<b>28</b>
5.1 Inleiding	28
5.2 Gehanteerde prijzen B-segment 2005-2008	28
5.3 Verwachte stijging van de prijzen B-segment	28
5.4 Doorberekening in de premie	30
5.5 Conclusie	31
<b>6. Afweging en conclusie</b>	<b>32</b>
6.1 Afweging van de belangen	32
6.2 Voorwaarden bij de fusie	33
6.2.1 Voorwaarden bij het fusiebesluit	33
6.2.2 Intensief toezicht IGZ	36
6.3 Conclusie	36
<b>Bijlage I. Kaart Midden-Zeeland</b>	<b>38</b>

**Bijlage II. Advies IGZ**

**39**

## Managementsamenvatting

Op 25 juni 2008 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen van de Stichting Oosterschelde Ziekenhuizen (hierna: SOZ) en Stichting Ziekenhuis Walcheren (hierna: SZW) van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) geeft voorliggende zienswijze af aan de NMa ten behoeve van de beoordeling van de vergunningsaanvraag. De NZa gaat hierbij in op de verwachte gevolgen van de voorgenomen fusie op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) heeft de NZa daarbij geadviseerd ten aanzien van de gevolgen voor de kwaliteit van de voorgenomen concentratie. Dit advies is opgenomen in bijlage 2.

### *Marktmacht met nadelige gevolgen voor de publieke belangen*

De NZa concludeert dat de voorgenomen fusie leidt tot het ontstaan van een monopoliepositie van het gefuseerde ziekenhuis in Midden-Zeeland. Patiënten zullen in de betreffende regio geconfronteerd worden met een verminderde keuzevrijheid: er zullen buiten het gefuseerde ziekenhuis geen alternatieven zijn om te voorzien in vraag naar algemene ziekenhuiszorg. Door het wegvallen van directe concurrentiedruk op de relevante product- en geografische markt, de afwezigheid van potentiële concurrentiedruk door toetreding en het ontstaan van een grotere onderhandelingsmacht voor de gefuseerde partijen ten nadele van de zorgverzekeraars, vindt de NZa het waarschijnlijk dat de voorgenomen concentratie negatieve effecten heeft op de publieke belangen betaalbaarheid en toegankelijkheid.<sup>1</sup> In beginsel zou het wegvallen van directe concurrentiedruk ook negatieve gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg die het gefuseerde ziekenhuis zou bieden. Echter, partijen stellen juist dat de voorgenomen concentratie kwaliteitsvoordelen oplevert die opwegen tegen de mededingingsbeperkende effecten van de fusie.

### *Kwaliteitsvoordelen*

– Door partijen geclaimde kwaliteitsvoordelen  
De partijen geven aan dat met de voorgenomen concentratie de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd en dat door het samenvoegen van het personeel een breder zorgaanbod aangeboden kan worden. Wanneer de concentratie niet wordt toegestaan, zullen de partijen naar eigen zeggen niet meer in staat zijn om ieder voor zich de basiszorg op verantwoorde wijze te kunnen verlenen. De kwaliteitsvoordelen van een fusie doen zich volgens partijen met name voor bij de intensive care en de moeder- en kindzorg (gynaecologie en kindergeneeskunde). De partijen geven daarbij aan dat samenwerking op deze punten ertoe leidt dat ook tussen andere disciplines en maatschappen moet worden samengewerkt.

---

<sup>1</sup> Toegankelijkheid wordt in deze zienswijze geoperationaliseerd met bereikbaarheid.

– Oordeel IGZ ten aanzien van de geclaimde kwaliteitsvoordelen

– Outputinformatie ontbreekt

De IGZ geeft aan dat valide en betrouwbare informatie over de daadwerkelijk geleverde zorg (zorguitkomsten-indicatoren) vrijwel nog niet beschikbaar is in Nederland. Om deze reden kan de IGZ geen uitspraken doen over de huidige kwaliteit van de geleverde zorg binnen de twee ziekenhuizen. Aangezien het huidige kwaliteitsniveau van beide ziekenhuizen niet inzichtelijk is, kan de IGZ niet vaststellen welk kwaliteitsniveau naar verwachting behaald wordt ná effectuering van de fusie. Wel stelt de IGZ dat zij zich in toenemende mate bezorgd maakt over het algemene kwaliteitsniveau in beide ziekenhuizen.

– Fusie noodzakelijk voor de minimumkwaliteit en continuïteit

Uit het rapport van de IGZ en gesprekken met de IGZ is naar voren gekomen dat de IGZ een fusie tussen de twee ziekenhuizen noodzakelijk acht om in Midden-Zeeland de continuïteit van de basisziekenhuiszorg te borgen die voldoet aan de minimumeisen van de kwaliteit. De IGZ geeft zelfs aan dat zij verwacht dat, indien de fusie geen doorgang krijgt, binnen afzienbare tijd door de toenemende problematiek één van de twee ziekenhuizen niet meer zijn basiszorgfuncties verantwoord kan aanbieden. Hierdoor zal in de regio eveneens één ziekenhuis blijven voorbestaan, maar zal de kwaliteit in de tussenliggende periode sterk worden bedreigd.

De IGZ is zich bewust van de nadelige gevolgen van de voorgenomen fusie voor de bereikbaarheid van zorg, maar stelt zich op het standpunt dat de borging van voorwaarden voor kwaliteit (feitelijk: de continuïteit) prioriteit heeft boven de bereikbaarheid van zorg. Buiten acute zorg, waarvoor wettelijke bereikbaarheidsnormen gelden, geeft de IGZ in haar advies geen normatief oordeel over de bereikbaarheid van de zorg in het kader van de fusie.

– Zienswijze NZa ten aanzien van de kwaliteitsvoordelen

Uit het IGZ-advies en uit de gesprekken met de IGZ komt naar voren dat, de IGZ de stellige verwachting heeft dat, zonder een fusie tussen de partijen het kwaliteitsniveau van de geleverde zorg onder het noodzakelijke minimumniveau zakt, waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. Dit komt met name door de unieke geografische ligging van beide ziekenhuizen, waarbij er op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is. De kwaliteitsvoordelen bij deze fusie bestaan dus naar de mening van de NZa uit het voorkomen van een onaanvaardbaar kwaliteitsverlies van de zorg. De borging van de minimum-kwaliteit acht de NZa van groot belang. Voor de NZa kan de conclusie niet anders zijn dan dat zij vanwege dit kwalitatieve oordeel van de IGZ de NMa in beginsel positief adviseert ten aanzien van de voorliggende vergunningsaanvraag. Naast het voordeel van deze fusie voor de consument in de zin van de borging van de minimum-kwaliteit, ziet de NZa echter ook duidelijke nadelen van deze fusie voor de consument. De nadelen dienen naar de mening van de NZa te worden gecompenseerd door passende maatregelen. Hierop wordt later nader ingegaan.

De NZa onderschrijft hiermee het IGZ-advies voor een belangrijk deel. Echter, de NZa heeft ook een aantal kritische kanttekeningen bij het IGZ-advies. Allereerst stelt de IGZ in haar advies voorwaarden die verder gaan dan wettelijk vastgestelde normen. Ten tweede is het ten algemene onduidelijk welke inputvoorwaarden wenselijk zijn en welke minimaal noodzakelijk voor het borgen van de minimumkwaliteit. De IGZ vermeldt dat deze randvoorwaarden van essentieel belang zijn, maar

deze voorwaarden zijn niet in wet en/of regelgeving (inclusief beleidsregels) vastgelegd noch inhoudelijk voldoende onderbouwd naar de mening van de NZa. Ten derde is in het advies van de IGZ de rol van de zorgverzekeraar en zijn zorgplicht onderbelicht, terwijl die juist een sturende rol kan hebben om zorgaanbod tot stand te brengen (bovenop de minimumeisen en wettelijke normen voor acute zorg waar de overheid op toeziet).

#### *Samenvattend*

De NZa concludeert dat de voorgenomen fusie leidt tot het ontstaan van een monopoliepositie van het gefuseerde ziekenhuis in Midden-Zeeland. De keuzevrijheid van de consument wordt na fusie in sterke mate beperkt. Hierdoor verwacht de NZa negatieve gevolgen voor de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en in beginsel ook kwaliteit boven het minimumniveau. Indien de fusie echter geen doorgang krijgt, leidt dit volgens de stellingname van de IGZ, tot een daling van het kwaliteitsniveau onder het noodzakelijke minimumniveau, waardoor de continuïteit van de ziekenhuiszorg in gevaar komt. Op grond van deze door de IGZ ingebrachte noodzakelijkheid voor het borgen van de minimumkwaliteit en daarmee het continueren van de basisziekenhuiszorg in de regio Midden-Zeeland, acht de NZa de realisatie van de fusie van groot belang ter voorkoming van een onaanvaardbaar verlies van de kwaliteit tot beneden het minimumniveau.

De NZa erkent daarbij wel dat door deze fusie een gefuseerd ziekenhuis zou ontstaan dat een monopoliepositie heeft in de regio Midden-Zeeland. Een groot risico van deze machtspositie is dat de gefuseerde partij monopolistisch gedrag gaat vertonen. Dit gedrag kan leiden tot uitsluiting van andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het hanteren van buitensporige hoge prijzen en het beperken van investeringen in kwaliteit en innovatie, hetgeen eveneens negatieve gevolgen heeft voor de publieke belangen. De NZa acht het daarom noodzakelijk dat deze fusie hand in hand gaat met voorwaarden ter compensatie van de grote mededingingsbeperkende nadelen. Aangezien de nadelen voor de mededinging een direct gevolg zijn van het toestaan van de fusie, is het naar de mening van de NZa het meest effectief om die nadelen direct met het fusiebesluit te compenseren. De nadelen van de fusie voor de mededinging moeten naar de mening van de NZa gecompenseerd worden door voorwaarden én gedragsvoorschriften die de NMa aan de partijen oplegt in haar fusiebesluit. Hierbij tekent de NZa het volgende aan. De NZa kan niet vooruitlopen op het proces dat zou moeten leiden tot de vaststelling van een zinvol pakket aan maatregelen waarmee de fusie in haar ogen gepaard zou moeten gaan. De NZa beseft dat de beide ziekenhuizen zelf hierbij een grote verantwoordelijkheid hebben. Indien de partijen niet of onvoldoende bereid zouden zijn om medewerking te verlenen aan de totstandkoming van maatregelen ter borging van de publieke belangen voor de consument, adviseert de NZa om de vergunningsaanvraag af te wijzen.

De NZa sluit niet uit dat zij met haar instrumentarium op het gebied van aanmerkelijke marktmacht (hierna: AMM) zal optreden indien dat naast de voorwaarden in het belang van de consument nog noodzakelijk zou zijn. In dit stadium kan de NZa daar niet op vooruitlopen, mede omdat de inhoud van het fusiebesluit van de NMa nog niet bekend is en daarmee de ruimte voor en de noodzaak van eventuele AMM-verplichtingen.

Voorts is de NZa van mening dat de IGZ intensief toezicht zal moeten houden op het gefuseerde ziekenhuis om te borgen dat de kwaliteit van zorg niet onder het minimumniveau zakt. Bij dit intensieve toezicht

monitort de IGZ de ontwikkeling van de kwaliteit bij het ziekenhuis en zal de IGZ ingrijpen indien dat vanuit de borging van de minimumkwaliteit noodzakelijk is. Ook de Minister VWS heeft in zijn brief richting de Tweede Kamer aangegeven dat de IGZ, om de kwaliteit van zorg gedurende een fusietraject goed in de gaten te kunnen houden, structureel binnen de methodiek 'Gefaseerd toezicht' toezicht gaat houden bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren.<sup>2</sup> De NZa stelt daarnaast voor dat de IGZ in ieder geval drie jaar na de effectuering van de fusie de kwaliteitssituatie bij het gefuseerde ziekenhuis evalueert.

Gegeven de specifieke omstandigheden in Midden-Zeeland levert naar de mening van de NZa de realisatie van deze fusie vanuit het belang van de borging van de minimum-kwaliteit van zorg nadrukkelijk mét inbegrip van de voorwaarden die daar naar haar mening noodzakelijk aan verbonden moeten zijn, uiteindelijk het beste resultaat voor de zorgconsument in Midden-Zeeland.

---

<sup>2</sup> VWS, Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, MC-U-2860925, 27 juni 2008



# 1. Inleiding

## 1.1 Voorgeschiedenis

Op 21 september 2005 hebben de Stichting Ziekenhuis Walcheren (hierna: SZW) en de Stichting Oosterschelde Ziekenhuizen (hierna: SOZ; tezamen ook aangeduid met 'partijen') hun voorgenomen concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet gemeld bij de NMa. Op 18 november 2005 heeft de NMa besloten dat voor deze fusie een vergunning vereist was. De reden hiervoor is dat de NMa concludeerde dat als gevolg van deze concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd. In december 2005 is de aanvraag voor een vergunning door partijen bij de NMa ingediend. Partijen hebben op 16 augustus 2006 de vergunningsaanvraag ingetrokken, waardoor er nooit een formeel besluit van de NMa is gekomen. De NZa, toen nog CTG/ZAio, heeft in de meldingsfase en in de vergunningsfase een zienswijze afgegeven aan de NMa. De NZa achtte het aannemelijk dat de fusie negatieve gevolgen zou hebben voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Het was echter voor de NZa niet inzichtelijk wat de gevolgen van een fusie zouden zijn voor de kwaliteit van de zorg.

## 1.2 Voorgenomen concentratie in 2008

Op 25 juni 2008 heeft de Raad van Bestuur van de NMa wederom een melding ontvangen van SOZ en SZW van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De NMa heeft op 23 juli 2008, na een eerste onderzoek, geconcludeerd dat de concurrentie kan worden belemmerd op de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Derhalve heeft de NMa besloten dat voor het tot stand brengen van deze concentratie een vergunning is vereist. Partijen hebben op 22 augustus 2008 een vergunningaanvraag bij de NMa ingediend. De NZa heeft op grond van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa in de meldingsfase een zienswijze afgegeven over de voorgenomen concentratie. Hierin heeft de NZa de NMa geadviseerd de voorgenomen concentratie nader te onderzoeken in de vergunningsfase, daar de NZa in deze fase van de concentratieprocedure niet kan uitsluiten dat de voorgenomen concentratie nadelige gevolgen heeft voor de publieke belangen: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De NZa heeft op 22 december 2008 een vertrouwelijke zienswijze afgegeven aan de NMa ten behoeve van de beoordeling van de vergunningsaanvraag. De NZa heeft deze zienswijze openbaar gemaakt op het moment dat het besluit van de NMa gepubliceerd werd.<sup>3</sup>

## 1.3 Afwegingskader NZa

Een fusie kan in zijn algemeenheid verschillende, zowel positieve als negatieve, effecten hebben. Welke effecten uiteindelijk prevaleren, is

---

<sup>3</sup> In deze openbare versie van de zienswijze kunnen delen van de tekst vervangen of weggelaten zijn 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.

afhankelijk van de specifieke situatie op de markt, de concrete plannen van de fuserende partijen en de mate waarin de fusie in de praktijk met succes gerealiseerd kan worden.

De NMa beoordeelt of er op grond van de Mededingingswet al dan niet toestemming kan worden verleend voor een fusie. Binnen het beoordelingskader van de NMa bestaan twee gronden waarop een fusieverzoek gehonoreerd kan worden zelfs wanneer de fusie bezwaren oplevert vanuit mededingingsoptiek, namelijk: het reddingsfusieverweer en het efficiëntieverweer.<sup>4</sup> Bij de vergunningsaanvraag beroepen SOZ en SZW zich op het efficiëntieverweer. De ziekenhuizen stellen in hun aanvraag dat de voorgenomen concentratie kwaliteitsvoordelen oplevert die opwegen tegen de mogelijk mededingingsbeperkende effecten van de fusie. Wanneer kwaliteitsvoordelen verifieerbaar en groot genoeg zijn, ten goede komen aan de gebruikers, specifiek zijn voor de fusie en de negatieve effecten op de mededinging tegengaan die een fusie anders zou hebben veroorzaakt, kan een fusie toch worden toegestaan. Het is aan de NMa te oordelen of een efficiëntieverweer in dit geval dient te worden gehonoreerd.

In haar zienswijze gaat de NZa in op de verwachte effecten van de voorgenomen concentratie op de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De NZa zal een afweging maken op basis van haar inschatting van de verwachte effecten van de voorgenomen fusie op de drie publieke belangen. Een belangrijke taak van de NZa is het bewaken van goed werkende zorgmarkten, maar ook het *maken* van zorgmarkten. De publieke belangen van de consument staan daarbij centraal. De ziekenhuiszorgmarkt is een markt in transitie. Ontluikende marktwerking binnen deze markt moet een kans krijgen.

De IGZ is verantwoordelijk voor het formuleren en bewaken van de (minimum)kwaliteit van zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders in de Nederlandse zorgsector. Zij bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten.<sup>5</sup> In het kader van de voorliggende voorgenomen fusie heeft IGZ op 24 oktober 2008 aan de NZa een advies uitgebracht ten aanzien van het publieke belang kwaliteit van zorg<sup>6</sup>. De NZa volgt conform artikel 19 van de Wet marktordening gezondheidszorg het oordeel van IGZ over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. Ten behoeve van een goede samenwerking hebben de NZa en IGZ een samenwerkingsprotocol afgesloten. De relevante punten van het IGZ-advies voor de zienswijze van de NZa zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van deze zienswijze. In Bijlage 2 is het integrale IGZ-advies terug te vinden.

## 1.4 Leeswijzer

De indeling van de zienswijze is als volgt: hoofdstuk 2 beschrijft de gevolgen van de voorgenomen fusie op de marktstructuur. Daarbij komen de relevante product- en geografische markt, de toetreding tot en de afnemersmacht op de ziekenhuiszorgmarkt aan de orde. Hoofdstuk 3 tot en met hoofdstuk 5 schetsen, voor zover bekend, de feitelijke en

---

<sup>4</sup> Hoofdstuk 3 gaat hier nader op in.

<sup>5</sup> Zie ook de missie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de website: [www.igz.nl](http://www.igz.nl). De inspectie houdt toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (zie artikel 2 kwaliteitswet zorginstellingen).

<sup>6</sup> Met een aanvulling (bijlage 3 bij het IGZ-advies) op 27 november 2008.

verwachte ontwikkelingen van de voorgenomen concentratie ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De afweging tussen de verschillende publieke belangen en de conclusie die de NZa hieruit trekt, is weergegeven in het laatste hoofdstuk.

## 2. Gevolgen van de voorgenomen fusie op de marktstructuur

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de gevolgen voor de marktstructuur van de voorgenomen concentratie tussen de SOZ en de SZW. Voor de beoordeling van de effecten van de voorgenomen fusie is de afbakening van de relevante product- en geografische markt, waarin beide partijen zich bevinden, van belang. Daarom neemt de NZa de relevante markt als uitgangspunt. Naast de relevante markten wordt ook stil gestaan bij (potentiële) toetreding op de markt en de verdeling van de onderhandelingsmacht, aangezien deze voor de beoordeling van de verhoudingen op de markt eveneens van belang zijn.

Allereerst het volgende over de marktstructuur van de Nederlandse ziekenhuiszorg. In een recente RVZ-studie naar schaal en zorg wordt internationaal vergelijkend onderzoek (OECD) aangehaald waaruit blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen relatief groot zijn.<sup>7</sup> In Nederland hebben ziekenhuizen een groot aantal bedden per ziekenhuis, namelijk gemiddeld 478 bedden per ziekenhuis. Ter vergelijking: in de Verenigde Staten was in 2005 maar 5% van de ziekenhuizen groter dan 500 bedden en had 4% 400 tot 499 bedden. Het aantal artsen/ziekenhuizen per inwoner zijn gemiddeld in Nederland ten opzichte van andere westerse landen. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat de Nederlandse ziekenhuiszorgmarkt reeds sterk geconcentreerd is. In Nederland is namelijk geen tekort aan ziekenhuisbedden, maar er zijn wel relatief weinig en relatief grote ziekenhuizen. De ziekenhuizen SOZ en SZW hebben respectievelijk 346 bedden en 345 bedden. Indien de twee partijen zouden fuseren (met behoud van huidige bedden capaciteit), zou het gefuseerde ziekenhuis een totale bedden capaciteit hebben van 709 bedden, wat ruim boven het Nederlandse gemiddelde ligt.<sup>8</sup>

### 2.2 Relevante productmarkt

Beide ziekenhuizen zijn op dit moment actief op een productmarkt voor algemene ziekenhuiszorg.<sup>9</sup> Net als in eerdere besluiten onderscheidt de NMa ook in deze zaak hierbinnen aparte relevante productmarkten voor klinische zorg enerzijds en niet-klinische zorg (polikliniekbezoeken en dagopnamen) anderzijds.<sup>10</sup> De NMa heeft in haar eerste fase besluit in deze zaak aangegeven dat bij de beoordeling, indien nodig, rekening wordt gehouden met eventuele afwijkende omstandigheden voor bepaalde specialismen.<sup>11</sup> Ten aanzien van de afbakening van de

---

<sup>7</sup> Raad voor de Volksgezondheid en zorg, achtergrondstudie Schaal en Zorg, Den Haag 2008

<sup>8</sup> De aantallen bedden is op basis van FB gegeven van het jaar 2007.

<sup>9</sup> In de zienswijze wordt de term ziekenhuis gebruikt, omdat deze in de praktijk gangbaar is. Juridisch gezien is sprake van een instelling voor medisch specialistische zorg.

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de NMa in zaak 3897 Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord, 15 juli 2004 en 8 juni 2005, en zaak 3524 Juliana Kinderziekenhuis/ Rode Kruis Ziekenhuis – Leyenburg Ziekenhuis, 28 januari 2004.

<sup>11</sup> NMa, besluit zaak 6424 Oosterschelde ziekenhuizen – Walcheren ziekenhuis, 23 juli 2008

productmarkt volgt de NZa in deze zienswijze de NMa. Waar relevant gaat de NZa in op specifieke informatie op specialismenniveau.

### 2.3 Relevante geografische markt

Uit de beoordeling van de NMa ten aanzien van het fusievoornemen van deze twee partijen in het verleden, komt naar voren dat de relevante geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg Midden-Zeeland (Noord- en Zuid-Beveland, Walcheren en Schouwen-Duiveland) omvat.<sup>12</sup> De NMa hanteert bij de beoordeling van het huidige fusievoornemen nog steeds deze relevante geografische markt. Partijen geven aan zich hierbij aan te sluiten.

Uit een Elzinga-Hogarty analyse uitgevoerd door de NZa ten behoeve van deze zienswijze komt naar voren dat de geografische markt inderdaad Midden-Zeeland is. Door de fusie zal in Midden-Zeeland (bijna) een monopolie ontstaan met ongeveer een marktaandeel van [90-100]<sup>13</sup> procent. Andere marktafbakeningmethoden, zoals de Option demand methode en de Logit Competition Index methode (LOCI) ondersteunen deze uitkomsten. De NZa volgt de NMa daarom ook in haar conclusies ten aanzien van de geografische marktafbakening.

De NZa heeft tevens DIS-gegevens<sup>14</sup> geanalyseerd ten aanzien van de omvang van de huidige uitstroom in Midden-Zeeland. De uitstroom lijkt beperkt te zijn, [90-100] procent van de inwoners gaan naar SOZ of SZW. Ongeveer [0-10] procent stroomt naar de universitaire medische centra (hierna: UMC's) en van het overige stroomt [0-10] procent uit naar allerlei andere ziekenhuizen.<sup>15</sup> Bij de analyses is geen onderscheid gemaakt tussen vermijdbare en onvermijdbare uitstroom. Onvermijdbare uitstroom van patiënten betreft namelijk uitstroom omdat het zorgaanbod in Midden-Zeeland niet voldoet aan de zorgvraag. Dit geldt vooral bij zeer hoogwaardige complexe zorg (WBMV) die voornamelijk binnen UMC's en topklinische ziekenhuizen wordt geleverd.

### 2.4 Toetreding

Binnen de relevante geografische markt Midden-Zeeland zijn momenteel twee algemene ziekenhuizen actief, te weten SOZ en SZW.<sup>16</sup> Wanneer SOZ en SZW fuseren, zou binnen de relevante geografische markt één ziekenhuis actief zijn. Hierdoor valt de directe concurrentiedruk binnen de regio Midden-Zeeland weg.

Het gefuseerde ziekenhuis kan potentiële concurrentiedruk ondervinden wanneer toetreding van andere zorgaanbieders *waarschijnlijk is, tijdig* zal plaats vinden en in *voldoende mate* zal voorkomen.<sup>17</sup> Toetreding tot

<sup>12</sup> Zie bijlage 1 voor kaart

<sup>13</sup> In deze openbare versie van de zienswijze 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.

<sup>14</sup> DIS staat voor DBC Informatie Systeem

<sup>15</sup> Deze analyse is uitgevoerd op de DBC gegevens van 2006.

<sup>16</sup> Een algemeen ziekenhuis biedt de meest voorkomende specialismen van zorg aan zoals cardiologie, neurologie, verloskunde en interne geneeskunde. Een algemeen ziekenhuis heeft veelal een regionaal karakter. Naast algemene ziekenhuizen zijn er in Nederland specialistische en academische ziekenhuizen. Deze richten zich naast veel voorkomende zorg op complexe zorg.

<sup>17</sup> Zie: "Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale concentraties op grond van de Verordening van de Raad inzake controle op concentraties van ondernemingen" Pb. C 31 5/2/2004, punt 68.

de markt is *waarschijnlijk* en *tijdig* wanneer de bestaande toetredingsdrempels beperkt zijn. In een eerdere zienswijze heeft de NZa geconstateerd dat door de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) toetreding op de ziekenhuiszorgmarkt gemakkelijker is geworden ten aanzien van de wettelijke toetredingsdrempels.<sup>18</sup> Naast wettelijke toetredingsdrempels kunnen ook andere toetredingsdrempels aanwezig zijn, zoals de initiële investeringskosten voor het opzetten van een zorginstelling en het aantrekken van voldoende medisch specialisten.

De NZa constateert dat drie vormen van toetreding kunnen plaatsvinden op de ziekenhuiszorgmarkt, te weten: toetreding van nieuwe ziekenhuizen, uitbreiding van het zorgaanbod door bestaande ziekenhuizen en toetreding van Zelfstandige Behandelcentra (hierna: ZBC's).<sup>19</sup> Deze verschillende vormen van toetreding worden achtereenvolgens besproken.

#### **2.4.1 Toetreding van nieuwe ziekenhuizen**

De initiële investeringskosten van startende zorginstellingen zijn hoog. Een deel van de investeringen kent een lage alternatieve inzetbaarheid (zogenaamde verzonken kosten, denk aan specialistische apparatuur). Bovendien kent de ziekenhuiszorg een verbod op het uitkeren van winst. Dit verbod bemoeilijkt het aantrekken van kapitaal en vermindert daardoor de aantrekkelijkheid van zowel het investeren in een bestaand ziekenhuis als het toetreden tot de ziekenhuiszorgmarkt. De NZa heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) geadviseerd akkoord te gaan met een experiment waarbij een aantal ziekenhuizen de mogelijkheid krijgt om winst uit te keren.<sup>20</sup> De besluitvorming betreffende dit advies heeft nog niet plaatsgevonden.

Het aantrekken van medisch specialisten kan bemoeilijkt worden door de algemene schaarste aan specialisten. Het aantal specialisten is onder andere beperkt door de numerus fixus in de opleidingstrajecten. De beschikbare opleidingscapaciteit wordt door meerdere veldpartijen bepaald.<sup>21</sup> Door de lange duur van de opleiding tot medisch specialist, zal het vergroten van de hoeveelheid medisch specialisten bovendien pas over een langere periode bewerkstelligd kunnen worden. Het aantrekken van medisch specialisten die reeds werkzaam zijn in een ziekenhuis, kan bemoeilijkt worden door de zogenaamde medische toelatingsovereenkomst (MTO). In de MTO is namelijk bepaald dat medisch specialisten schriftelijke toestemming nodig hebben van het ziekenhuisbestuur voor het verrichten van werkzaamheden buiten het ziekenhuis. Het tijdig verkrijgen van gekwalificeerd personeel is door bovenstaande factoren een probleem en het is onwaarschijnlijk dat een toetredend ziekenhuis direct een complete medische staf samen kan stellen.

Tegen deze achtergrond is het onwaarschijnlijk dat op korte dan wel middenlange termijn een nieuw ziekenhuis zal toetreden in Midden-Zeeland. Toetreding van een nieuw ziekenhuis heeft in de laatste twee

<sup>18</sup> NZa, Zienswijze inzake de voorgenomen concentratie Stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond en Stichting voor Medische en Verpleegkundige Zorgverlening St. Jans Gasthuis, februari 2007

<sup>19</sup> Het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's is vervallen. Alle zorgaanbieders gelden als instellingen voor medisch-specialistische zorg (IMSZ). De gelijkstelling van zorgaanbieders moet ervoor zorgen dat de concurrentie op de zorgmarkt verbetert. De naam 'ZBC' wordt in de praktijk nog wel gebruikt. In deze zienswijze wordt daarom nog wel gebruik gemaakt van de term 'ZBC'.

<sup>20</sup> NZa, Advies Experiment met winsttoogmerk in de ziekenhuiszorg, juni 2008.

<sup>21</sup> ECRI, Naar een meer transparante opleidingsmarkt, december 2006

decennia niet plaats gevonden in Nederland. Bij de NZa zijn geen concrete plannen bekend over de oprichting van een nieuw ziekenhuis in Midden-Zeeland.

#### 2.4.2 Uitbreiding van bestaande ziekenhuizen

Een andere vorm van toetreding is de toetreding van een bestaand ziekenhuis tot een andere regio. Hierbij breidt een bestaand ziekenhuis haar aanbod uit. Het bestaande ziekenhuis heeft ten opzichte van een nieuw toetredend ziekenhuis mogelijk een voordeel bij het aantrekken van medisch specialistische kennis, omdat medisch specialisten al werkzaam zijn bij het bestaande ziekenhuis.

Toetreding in de vorm van uitbreiding door een nabij gelegen ziekenhuis lijkt in theorie meer waarschijnlijk dan de oprichting van een nieuw ziekenhuis. Een praktijkvoorbeeld hiervan is het Antonius Ziekenhuis uit Sneek dat investeert in een volwaardig basisziekenhuis in Emmeloord waarmee zij de concurrentie aan wil gaan met de IJsselmeerziekenhuizen.<sup>22</sup> Dit initiatief toont aan dat toetreding door uitbreiding van het zorgaanbod in andere regionale gebieden een mogelijkheid is.

De ziekenhuizen die hiervoor mogelijk in aanmerking kunnen komen voor de regio Midden-Zeeland, zijn Ziekenhuis Zorgsaam (Terneuzen), Ziekenhuis Lievensberg (Bergen op Zoom) en Stichting het Van Weel-Bethesda (Dirksland/Hellevoetsluis). Op dit moment zijn bij de NZa geen plannen bekend van deze (of andere) ziekenhuizen om een vestiging in Midden-Zeeland te openen.

#### 2.4.3 Zelfstandige Behandelcentra

In de ziekenhuiszorgmarkt zijn de laatste jaren ZBC's toegetreden. ZBC's leveren voornamelijk zorg in het B-segment.<sup>23</sup> ZBC's oefenen op slechts een deel van het zorgaanbod van ziekenhuizen concurrentiedruk uit, omdat ze zich specialiseren op één of twee specialismen. Hiermee voldoen zij vaak niet aan het hierboven genoemde derde criterium voor potentiële concurrentiedruk, namelijk dat toetreding *in voldoende mate* plaats vindt. Daarnaast is het volgende van belang: ZBC's kunnen gelieerd zijn aan een ziekenhuis. Vanuit mededingingsoogpunt is dit relevant, omdat het dan niet gaat om nieuwe toetreders.<sup>24</sup> De mate waarin ZBC's gelieerd zijn aan een ziekenhuis is voor de NZa meestal niet inzichtelijk.<sup>25</sup>

Binnen de geografische markt Midden-Zeeland zijn momenteel twee ZBC's actief, te weten:

- Medisch Wellness Centrum Zeeland (hierna: MWCZ) in Goes en;
- Cardio Centrum in Goes.

Het MWCZ is 1 januari 2007 opgericht en levert verschillende planbare klinische en niet-klinische zorg op het gebied van esthetische chirurgie en mondzorg. Een aantal medisch specialisten van het MWCZ werken tevens in SOZ en SZW. Voor de behandelingen wordt gebruik gemaakt van de faciliteiten van de ziekenhuizen SOZ, SZW en Ziekenhuis Zorgsaam.<sup>26</sup> Het MWCZ heeft dus relaties met drie ziekenhuizen in de

<sup>22</sup> De slag om Emmeloord, Elsevier, 16 augustus 2008

<sup>23</sup> NZa, Monitorspecial 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorgmarkt', januari 2007

<sup>24</sup> De Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen (RJZ) schrijft een consolidatieplicht voor bij het bestaan van een groepsrelatie.

<sup>25</sup> NZa, Monitorspecial 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', januari 2007

<sup>26</sup> NMa, besluit zaak 6424 Oosterschelde ziekenhuizen – Walcheren ziekenhuis, 23 juli 2008

provincie Zeeland. Vanwege de bestuurlijke en personele samenhang kan deze ZBC dan ook worden aangemerkt als een gelieerde onderneming.

Cardio Centrum is een ZBC voor planbare vaatchirurgie die is opgestart in april 2008. Deze ZBC levert met name cardiologische diagnostiek op indicatie van huisartsen.<sup>27</sup> De vier cardiologen die bij Cardio Centrum werken zijn ook werkzaam in de SOZ. Cardio Centrum is enkel actief op het gebied van vaatchirurgie. Daarmee oefent deze zorgaanbieder geen potentiële concurrentiedruk uit op de volle breedte van het zorgaanbod van SOZ of SZW, maar mogelijk wel op specialismeniveau.

## 2.5 Verdeling van de onderhandelingsmacht

Naast de potentiële toetreding tot de markt is het ook van belang te kijken naar de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het algemeen en specifiek in de regio Midden-Zeeland. Onderhandelingsmacht is van invloed op de uitkomsten van onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Sinds februari 2005 onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de prijs, de kwaliteit en het volume zorg in het 'vrije' B-segment. Per 1 januari 2009 is het B-segment verder uitgebreid naar circa 34 procent van de totale omzet van de medisch specialistische zorg. In haar eerdere monitorrapporten met betrekking tot de ontwikkelingen in het B-segment concludeerde de NZa dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. Eerste inzichten op basis van de afgeronde en nog lopende onderhandelingen voor het jaar 2008 over het B-segment duiden niet op indicaties dat er een substantiële wijziging is opgetreden in de machtsbalans tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De wederzijdse afhankelijkheid tussen zorgaanbieders, met name ziekenhuizen, en zorgverzekeraars is echter groot, zo blijkt uit de Monitor B-segment 2008.<sup>28</sup> Ziekenhuizen en zorgverzekeraars geven aan een gedeeld belang te hebben om uiteindelijk contractprijzen overeen te komen.

Transparantie van relevante parameters van de zorg, zoals bijvoorbeeld kwaliteit, kan de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen vergroten. Immers, meer transparantie vergemakkelijkt het voor zorgverzekeraars om hun inkoopbeleid uit te leggen richting hun verzekerden en verzekerden eventueel te sturen richting preferente zorgaanbieders.<sup>29</sup> Op dit moment is de kwaliteit van de geleverde zorg over het algemeen nog niet voldoende transparant en vergelijkbaar tussen zorgaanbieders. De NZa acht het van groot belang dat daar verdere vorderingen op worden geboekt. Ook kan onderlinge samenwerking tussen zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg bijdragen aan een vergroting van de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars.<sup>30</sup>

Veranderingen in de marktstructuur ten gevolge van een concentratie aan de kant van zorgaanbieders heeft ceteris paribus gevolgen voor de

---

<sup>27</sup> NMa, besluit zaak 6424 Oosterschelde ziekenhuizen – Walcheren ziekenhuis, 23 juli 2008

<sup>28</sup> NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2008, juli 2008

<sup>29</sup> Dit blijkt ook uit ervaringen in de Verenigde Staten, zie het onderzoek van Sorensen, A.T. (2003) 'Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in postderegulation Connecticut', *Journal of Industrial Economics*, 51(4), 469-490.

<sup>30</sup> Het samenwerken van zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg moet wel binnen de kaders van de Mededingingswet passen.



verdeling van de onderhandelingsmacht tussen de vraag en het aanbod van zorg. Indien de twee ziekenhuizen SOZ en SZW zouden fuseren zijn er geen alternatieven voor algemene ziekenhuiszorg aanwezig in de regio Midden-Zeeland waarnaar de zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen geleiden. Volgens de NZa kan de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars hierdoor verslechteren in de regio Midden-Zeeland. Zorgverzekeraar CZ (hierna: CZ), de grootste verzekeraar in de betreffende regio, heeft echter aangegeven voorstander te zijn van de voorliggende fusie.

## 2.6 Conclusie

Indien de partijen zouden fuseren, zal de directe concurrentiedruk op de relevante product- en geografische markt wegvallen. Volgens de verschillende marktafbakeningsmethoden zal er een monopolie ontstaan op de relevante geografische markt. Hierdoor wordt de keuzevrijheid van consumenten in hoge mate beperkt. De NZa vindt dit een ernstige situatie, zeker gezien haar taak om ontluikende marktwerking in de zorg te bevorderen in de algehele transitie naar meer marktwerking in de zorg. Daarnaast is de potentiële concurrentiedruk door toetreding afwezig, omdat toetreding in regio Midden-Zeeland niet waarschijnlijk is, niet tijdig zal plaats vinden en ook niet in voldoende mate zal voorkomen. Door de fusie zijn er géén alternatieven aanwezig in de regio Midden-Zeeland waarnaar zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen geleiden voor algemene ziekenhuiszorg. Volgens de NZa kan de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars hierdoor verslechteren in de regio Midden-Zeeland. Zorgverzekeraar CZ gaat er echter vanuit dat bij een fusie een betere prijs/kwaliteitverhouding zal ontstaan, waardoor er minder noodzaak is om uit te wijken naar andere zorgaanbieders.

Alles overwegende vindt de NZa het waarschijnlijk dat de voorgenomen concentratie negatieve effecten heeft op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.<sup>31</sup> Daarbij merkt de NZa op dat zij een onderscheid maakt in het borgen van de minimumkwaliteit en het verhogen of verbeteren van de kwaliteit van zorg boven het minimaal aanvaardbare kwaliteitsniveau. Door de fusie worden de stimulansen voor het verbeteren van de kwaliteit boven het minimumniveau teniet gedaan. Of de fusie de minimumkwaliteit beter kan borgen, wordt nader besproken in het volgende hoofdstuk. Partijen claimen namelijk dat de fusie positieve effecten heeft ten aanzien van de kwaliteit. Wanneer de gevolgen van de fusie op de publieke belangen per saldo positief zijn, kan dit een reden zijn om deze fusie alsnog toe te staan. In hoofdstuk 3 tot en met 5 zullen voor wat betreft de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid de verwachte effecten van de fusie op de publieke belangen in kaart worden gebracht.

---

<sup>31</sup> Toegankelijkheid wordt in deze zienswijze geoperationaliseerd met bereikbaarheid.

## **3. Gevolgen van de concentratie op de kwaliteit**

### **3.1 Inleiding**

In hoofdstuk twee is reeds geconstateerd dat indien de partijen fuseren, de directe concurrentiedruk op de relevante product- en geografische markt wegvalt. Bovendien ontbreekt potentiële concurrentiedruk door het bestaan van toetredingsbarrières. In deze na fusie ontstane situatie ondervindt het gefuseerde ziekenhuis weinig prikkels vanuit de markt om in te spelen op de wensen van consumenten, een goede prijs-kwaliteitverhouding van zorg te leveren en te innoveren. Patiënten en verzekeraars hebben in de betreffende regio geen alternatief om in hun vraag naar ziekenhuiszorg te voorzien. Vanuit dat economische uitgangspunt bezien, biedt de fusie nadelen voor de drie publieke belangen, waaronder kwaliteit.

De ziekenhuizen voeren in hun vergunningsaanvraag een efficiëntieverweer. Zij stellen dat de voorgenomen concentratie kwaliteitsvoordelen oplevert die opwegen tegen de mededingingsbeperkende effecten van de fusie. Wanneer de kwaliteitsvoordelen verifieerbaar en groot genoeg zijn, ten goede komen aan de gebruikers, specifiek zijn voor de fusie en de negatieve effecten op de mededinging tegengaan die een fusie anders zou hebben veroorzaakt, kan de NMa een fusie toch toestaan. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in het borgen van de minimumkwaliteit en het verhogen of verbeteren boven het minimumkwaliteitsniveau. Door de fusie worden de stimulansen voor het verbeteren van de kwaliteit boven het minimumniveau teniet gedaan. Of de fusie de minimumkwaliteit beter kan borgen, wordt nader besproken bij het oordeel van de IGZ.

Dit hoofdstuk staat allereerst stil bij de geclaimde kwaliteitsvoordelen door de partijen. De IGZ heeft de NZa geadviseerd inzake deze voorgenomen concentratie vanuit het oogpunt van kwaliteit. De zienswijze van de IGZ op de voorgenomen concentratie komt aan bod in de paragrafen 3 van dit hoofdstuk. Voor het volledige advies van de IGZ wordt verwezen naar bijlage 2. Aan het slot van dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de mening van de grootste zorgverzekeraar in Midden-Zeeland aangaande de voorgenomen fusie.

### **3.2 Door partijen geclaimde kwaliteitsvoordelen**

In zijn algemeenheid geven de partijen aan dat de concentratie resulteert in een grotere schaal, waardoor er meer mogelijkheden ontstaan voor subspecialisatie, verdeling van dienstroosters, kostenbesparing, aantrekkelijker werkgeversschap en multidisciplinaire behandeling van bepaalde ziektebeelden. Wanneer de concentratie niet wordt toegestaan, zullen partijen naar eigen zeggen niet langer in staat zijn om als zelfstandige ziekenhuizen de basiszorg op verantwoorde wijze te kunnen verlenen. Het zal zonder fusie volgens partijen niet mogelijk zijn om alle subspecialismen aan te bieden. Partijen zijn van mening dat er op dat moment een keuze gemaakt moet gaan worden welke subspecialismen wel en welke subspecialismen niet aangeboden kunnen worden.

Daarnaast geven partijen aan dat de voorgenomen concentratie een aantal kwaliteitsvoordelen met zich meebrengt. Deze doen zich met name voor ten aanzien van de intensive care en de moeder- en kindzorg. Het verbeteren van de IC heeft volgens partijen positieve effecten op de specialismen chirurgie, interne geneeskunde, neurologie en cardiologie. Een concentratie van moeder- en kindzorg heeft volgens de partijen positieve effecten op de specialismen gynaecologie en kindergeneeskunde. De komende paragrafen gaan hier nader op in.

### 3.2.1 Intensive Care

Ongeveer negentig procent van de patiënten die binnenkomen op de SEH van SOZ en SZW worden ingeschreven voor de vakgroepen chirurgie, cardiologie, interne geneeskunde of neurologie. Het samenvoegen van patiëntenaantallen van de beide ziekenhuizen verantwoordt een level 2 IC. Hierdoor is de regio waarin partijen actief zijn, verzekerd van 24-uurs zorg. Door het aanbieden van IC-2 zorg op één locatie is volgens partijen een herverdeling van aandachtsgebieden mogelijk. Daarnaast biedt de concentratie de mogelijkheid om patiënten binnen de provinciegrenzen een breder spectrum aan behandelmogelijkheden te bieden. In haar toelichting geven partijen per specialisme aan welke subspecialismen zij momenteel uitvoeren en welke zij uit zullen voeren wanneer de concentratie toegestaan wordt. Aanvullend hierop kunnen meer patiënten binnen de regio worden behandeld, waardoor de paraatheid van de ambulances wordt verbeterd.

### 3.2.2 Moeder- en kindzorg

Moeder- en kindzorg bestaat uit kindergeneeskunde en gynaecologie. Partijen zijn van mening dat, om de continuïteit van 24-uurs basiszorg te waarborgen, de concentratie van de klinische kindergeneeskunde onvermijdelijk is. Daarnaast ontstaat volgens partijen door concentratie de mogelijkheid om een Expertisecentrum Kindergeneeskunde in Zeeland te realiseren. Hierdoor zouden meer patiënten hun noodzakelijke zorg in Zeeland kunnen krijgen. Bovendien neemt de aantrekkelijkheid van partijen als werkgever toe waardoor het gemakkelijker wordt kinderartsen aan te trekken, zo stellen de partijen.

Voor de tweedelijns verloskunde en acute gynaecologie claimen de partijen dat een concentratie leidt tot een verbetering van de kwaliteit en een verbreding van het zorgaanbod. Partijen stellen dat de Zeeuwse patiëntenpopulatie te klein is om grote maatschappen op twee locaties te verantwoorden. Zij willen daarom de tweedelijns verloskunde concentreren in Goes. In Middelburg willen partijen een eerstelijns verloskundige afdeling behouden van waaruit patiënten snel overgebracht kunnen worden naar de tweedelijns indien dit nodig blijkt. Een aanvullend argument van partijen om te fuseren is dat de huidige maatschappen afzonderlijk niet voldoen aan de door de Wetenschappelijke Vereniging NVOG gestelde minimumnorm voor de formatie van 5 fte.

Naast eerder genoemde argumenten claimen partijen bovendien dat de vakgebieden verloskunde en klinische kindergeneeskunde dusdanig nauw met elkaar verbonden zijn dat de concentratie zowel gynaecologie alsmede kindergeneeskunde zou moeten betreffen. Vanwege de noodzaak om moeder- en kindzorg te concentreren, hebben partijen reeds bij de IGZ kenbaar gemaakt dat zij per direct maatregelen zullen treffen om de continuïteit van deze zorg te waarborgen. De IGZ heeft hierop schriftelijk bevestigd dat de concentratie van tweedelijns verloskunde en daaraan gerelateerd de klinische kindergeneeskunde "onafwendbaar" lijkt te zijn geworden.

### 3.2.3 Minder vergaande samenwerkingsvormen

Partijen geven aan dat samenwerking van maatschappen onvoldoende is om de geschetste schaal- en scopevoordelen te behalen. De realisatie van een level 2 IC is volgens partijen enkel mogelijk wanneer beide ziekenhuizen hun krachten financieel mogen bundelen. Grotere en complexe ingrepen kunnen volgens partijen alleen worden uitgevoerd op een goed uitgeruste IC met een acuut interventieteam. Partijen impliceren hiermee dat de noodzakelijk geachte herverdeling van aandachtsgebieden niet mogelijk is door samenwerking van maatschappen zonder fysieke concentratie.

Partijen claimen verder dat de beoogde kwaliteitsvoordelen voor kindergeneeskunde enkel te behalen zijn door fysieke concentratie. Een spreiding van expertisetzorg over twee locaties is volgens partijen niet mogelijk omdat hiermee het probleem van lage volumina per afdeling onopgelost blijft en omdat expertisetzorg gepaard gaat met infrastructurele voorzieningen zoals speelkamers of onderwijsfaciliteiten.

De maatschappen gynaecologie/obstetrie streven naar concentratie op één locatie. Partijen claimen dat deze concentratie noodzakelijk is, maar zij geven niet aan of minder vergaande samenwerkingsvormen dezelfde kwaliteitsverbeteringen op kunnen leveren als een fysieke concentratie.

Partijen hebben twee alternatieve samenwerkingsvormen verkend. De ene optie betreft het maken van onderlinge afspraken over het uitwisselen van zorgvoorzieningen. De andere optie betreft het door beide ziekenhuizen aanbieden van basiszorg met gebruik van elkaars voorzieningen. Beide opties kennen volgens partijen dermate grote nadelen, dat partijen concluderen dat er geen alternatieve samenwerkingsvorm lijkt te zijn die de noodzakelijke concentratie kan realiseren met eenzelfde gezondheidswinst als een fusie.

## 3.3 Advies IGZ

### 3.3.1 Afwegingskader

De IGZ is verantwoordelijk voor het formuleren en bewaken van minimumkwaliteitsnormen van de Nederlandse zorgsector. In haar advies geeft de IGZ aan dat zij toeziet op de publieke belangen van de burger/patiënt onder het motto: "gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg". Uitgangspunt voor de IGZ is dat vanuit dit publieke belang de continuïteit van kwalitatief verantwoorde en bereikbare basisziekenhuiszorg in Zeeland gegarandeerd blijft.

De IGZ heeft inzake deze voorgenomen concentratie de NZa geadviseerd over de effecten van deze concentratie op de kwaliteit van zorg. Bij de totstandkoming van haar advies inzake deze voorgenomen concentratie maakt de IGZ gebruik van de informatie die beschikbaar is in het kader van het incidententoezicht, gefaseerd toezicht en het thematisch toezicht. Aanvullend heeft de IGZ gebruik gemaakt van de geleverde informatie door de partijen zelf en de informatie uit de fusieaanvraag zoals deze bij de NMa is ingediend. De IGZ baseert zich in haar advies op de bestaande wet- en regelgeving en maakt, indien beschikbaar, gebruik van normen die door de wetenschappelijke verenigingen zijn vastgesteld. Indien geen veldnormen beschikbaar zijn, formuleert de IGZ haar eigen toezichtnormen.

### 3.3.2 Oordeel IGZ

De IGZ geeft aan dat valide en betrouwbare informatie over de daadwerkelijk geleverde zorg (zorguitkomsten-indicatoren) nog vrijwel niet beschikbaar is. Om deze reden kan de IGZ geen uitspraken doen over de huidige kwaliteit van de geleverde zorg binnen de twee ziekenhuizen. Aangezien het huidige kwaliteitsniveau van beide ziekenhuizen niet inzichtelijk is, kan de IGZ niet vaststellen welk kwaliteitsniveau naar verwachting behaald wordt ná effectuering van de fusie. Wel stelt de IGZ dat zij zich in toenemende mate bezorgd maakt over het algemene kwaliteitsniveau in beide ziekenhuizen.

Door het gebrek aan valide en betrouwbare informatie over de geleverde kwaliteit (outputinformatie) heeft de IGZ in haar advies voornamelijk geanalyseerd of de ziekenhuizen voldoen aan de voorwaarden die volgens de IGZ noodzakelijk zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren in Midden-Zeeland. De IGZ heeft daarbij gekeken naar voorwaarden betreffende de continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg (o.a. aantallen patiënten, aantallen medisch specialisten).

In haar advies geeft de IGZ aan dat de beide ziekenhuizen met verschillende problemen kampen op het gebied van kwaliteit. Volgens de IGZ leveren beide ziekenhuizen op dit moment de vereiste basisziekenhuisfuncties met een personele formatie die uiterst kwetsbaar is. Daarnaast is de noodzakelijke aandachtsverdeling niet mogelijk binnen de basisfuncties. De werkomgeving is onvoldoende aantrekkelijk om personeel aan te trekken c.q. te behouden. De problemen rondom de personele bezetting spelen met name bij de moeder- en kindzorg, de acute zorg en chirurgie. Bij de acute zorg is de personele bezetting uiterst kwetsbaar volgens de IGZ en als gevolg hiervan moeten sommige patiënten uitwijken naar ziekenhuizen buiten de regio. Hierdoor komt volgens IGZ ook de paraatheid van de ambulances in gevaar. Door de unieke geografische ligging van de twee ziekenhuizen in Midden-Zeeland is volgens de IGZ op redelijke afstand géén topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is. Voorts geeft de IGZ aan dat het treffen van een niveau 2 IC-voorziening in Midden-Zeeland noodzakelijk is om ongewenst en/of onnodig vervoersrisico en onnodige delay te voorkomen ten aanzien van de geïndiceerde behandeling. Daarbij stelt de IGZ dat, gegeven de lage adherentie, alleen fusie dit mogelijk zou maken. Tot slot geeft de IGZ duidelijk aan dat fusie in haar ogen de enige mogelijkheid is om de noodzakelijke verbeteringen op kwaliteitsniveau te behalen.

De IGZ stelt in haar advies dat zij ten aanzien van deze casus de stellige verwachting heeft dat – indien fusie uit zou blijven – binnen afzienbare tijd één van beide ziekenhuizen zijn basisfuncties niet langer overeind kan houden. De IGZ is ervan overtuigd dat zonder een fusie de noodzakelijke minimumkwaliteit niet tot stand komt waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. De IGZ adviseert de NZa om de NMa positief te adviseren inzake de voorgenomen concentratie van de SOZ en SZW.

### 3.4 Opvattingen CZ

CZ, de grootste zorgverzekeraar in de regio Midden-Zeeland heeft in het kader van deze voorgenomen fusie aangegeven dat bij een fusie in Midden-Zeeland een goede prijs/kwaliteitverhouding zal ontstaan.<sup>32</sup> CZ veronderstelt daarbij dat de dreiging van sturing door verzekeraars

<sup>32</sup> Verslag telefoongesprek NMa – CZ d.d. 08-07-2008

afdoende zal zijn om de ziekenhuizen in het gareel te houden met betrekking tot prijs en kwaliteit. Dit geldt volgens CZ voor alle ziekenhuizen in Nederland en niet specifiek voor Zeeland. CZ stelt dat er nu al problemen zijn bij de SOZ en SZW. Wanneer een fusie niet door zou gaan, worden de problemen naar de inschatting van CZ alleen maar groter. Het is met name moeilijk om specialisten aan te trekken. Het maakt CZ niet uit of partijen gaan fuseren of dat zij zodanig gaan samenwerken dat de effecten van een fusie worden behaald. De juridische rechtspersoon na fusie biedt volgens CZ echter wel meer mogelijkheden om de effecten te bereiken, beslissingen te nemen en jarenlange (interne) discussies te voorkomen of te verkorten. CZ gelooft niet echt in samenwerking van een beperkt aantal specialismen, aangezien een ziekenhuis één geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is. Bovendien ontstaan bij samenwerking op onderdelen problemen in verband met de verschillende afspraken over onder andere honoraria en goodwill.

### 3.5 Oordeel NZa

Uit het IGZ-advies en uit de gesprekken met de IGZ komt naar voren dat de IGZ de stellige verwachting heeft dat, zonder een fusie tussen de partijen het kwaliteitsniveau van de geleverde zorg onder het noodzakelijke minimumniveau valt, waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. Het kwaliteitsvoordeel van deze fusie is dus in feite het voorkomen van een onaanvaardbaar kwaliteitsverlies van de zorg. Daarbij stelt de IGZ dat de twee ziekenhuizen afzonderlijk niet kunnen voldoen aan een aantal essentiële inputvoorwaarden doordat, door de grotere afstanden in Midden-Zeeland, samenwerking met andere topklinische en academische ziekenhuizen wordt bemoeilijkt.

Voor de NZa kan de conclusie niet anders zijn dan dat zij vanwege dit kwalitatieve oordeel van de IGZ de NMa in beginsel positief adviseert ten aanzien van de voorliggende vergunningsaanvraag. Naast het voordeel van deze fusie voor de consument in de zin van de borging van de minimum-kwaliteit, ziet de NZa echter ook duidelijke nadelen van deze fusie voor de consument. De nadelen liggen op het vlak van de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit (boven het minimumniveau) van de zorg. De nadelen dienen naar de mening van de NZa te worden gecompenseerd door passende maatregelen. Hierop wordt in hoofdstuk 6 nader ingegaan.

De NZa onderschrijft daarmee niet de gehele inhoud van het IGZ-advies. Allereerst stelt de IGZ in haar advies voorwaarden die verder gaan dan wettelijke vastgestelde normen. De NZa kan zich niet vinden in de door de IGZ gehanteerde minimale formatienorm van 5 fte voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg, zeker als zij erbij stelt dat deze norm alleen geldt voor personeel in loondienst, aangezien vrijgevestigde specialisten bereid zijn langer te werken. Bovendien wijkt deze norm af van de praktijk in ziekenhuizen, omdat veel (kleine) ziekenhuizen hier niet aan voldoen. De norm van 5 fte berust op een rekenkundige formule en het is discutabel of deze norm zo breed, voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg, zou moeten gelden. Ten tweede is het ten algemene onduidelijk welke inputvoorwaarden wenselijk zijn en welke inputvoorwaarden minimaal noodzakelijk zijn voor het borgen van de minimumkwaliteit. De IGZ vermeldt dat deze randvoorwaarden van essentieel belang zijn, maar deze voorwaarden zijn niet in wet en/of regelgeving (inclusief beleidsregels) vastgelegd. Bovendien is het onduidelijk of de gestelde voorwaarden een resultante zijn van een

algemene beleidswijziging van de IGZ, dat zij hierop gaat toezien en daarvoor een handavingsplan heeft om adequaat toezicht te houden. De NZa mist op onderdelen concrete objectieerbare onderbouwing van uitspraken, zoals de stelling dat de adherentie in Midden-Zeeland te gering zou zijn voor twee ziekenhuizen. Ten derde is in de visie van de IGZ de rol van de zorgverzekeraar en zijn zorgplicht onderbelicht, terwijl die juist een sturende rol kan hebben om zorgaanbod tot stand te brengen (bovenop de minimumeisen en wettelijke normen voor acute zorg waar de overheid op toeziet).

Door de huidige kwetsbare positie van de twee ziekenhuizen en de verwachtingen van de IGZ ten aanzien van de kwaliteit gaat de NZa er zonder meer vanuit dat de IGZ intensief toezicht houdt op het gefuseerde ziekenhuis om te zorgen dat de noodzakelijke kwaliteit daadwerkelijk tot stand wordt gebracht.

Ten aanzien van de – in bijlage 3 van het IGZ-advies – weergegeven verwijzingen naar de rol van de NZa aangaande de uitwerking van bedrijfseconomische voordelen van fusie, geldt dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars bestuurlijke en bedrijfseconomische vrijheden hebben die noodzakelijk zijn om te opereren op de markt. Daarbij moeten de partijen zelf afwegen of het leveren van bepaalde zorg voldoende rendabel is. De NZa treedt daar in beginsel niet in en heeft geen rol in de individuele economische afwegingen van partijen zelf. Bij deze zienswijze gaat het om de effecten van de fusie op de publieke belangen te behoeve van de consument.

### 3.6 Conclusie

De ziekenhuizen stellen in hun aanvraag dat de voorgenomen concentratie kwaliteitsvoordelen oplevert die opwegen tegen de mogelijke mededingingsbeperkende effecten van de fusie. Zorgverzekeraar CZ is een voorstander van fusie en beaamt dat indien de fusie geen doorgang krijgt de problemen binnen de ziekenhuizen zullen verergeren. De IGZ adviseert de NZa om de NMa positief te adviseren inzake de voorgenomen concentratie van de SOZ en SZW. De IGZ is ervan overtuigd dat zonder een fusie de noodzakelijke minimumkwaliteit niet tot stand komt waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt.

Voor de NZa kan de conclusie niet anders zijn dan dat zij om deze reden – en geen andere – de NMa in beginsel positief adviseert om een vergunning te verlenen voor de fusie. Door de huidige kwetsbare kwaliteitspositie van de ziekenhuizen en het dringende IGZ-advies acht de NZa het van groot belang dat de IGZ na de fusie intensief toezicht houdt op het gefuseerde ziekenhuis om te zorgen dat de noodzakelijke kwaliteit daadwerkelijk tot stand wordt gebracht. Ten algemene is de NZa een voorstander van het (versneld) ontwikkelen van meer output informatie aangaande de kwaliteit, zodat beter inzicht ontstaat in de kwaliteit die daadwerkelijk aan de consument wordt geleverd. Hoewel de NZa het belang van deze fusie voor de borging van de minimum-kwaliteit in dit specifieke geval onderschrijft vanwege het IGZ-advies, ziet de NZa – zoals in het begin van dit hoofdstuk is aangegeven – grote risico's van deze fusie voor de publieke belangen. Om deze risico's te compenseren, acht de NZa een aantal maatregelen noodzakelijk. Deze worden beschreven in het hoofdstuk 6.



## **4. Gevolgen van de concentratie op de toegankelijkheid**

### **4.1 Inleiding**

De toegankelijkheid van de zorg bestaat volgens de NZa uit de volgende dimensies: de bereikbaarheid, de beschikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van de zorg. Naast de reistijd naar en vervolgens de wachttijd tot een zorgaanbieder en de beschikbaarheid van zorg is het voor een patiënt immers ook belangrijk dat hij de zorg kan betalen en/of vergoed krijgt. Dit hoofdstuk gaat alleen in op de bereikbaarheid. De beschikbaarheid (continuïteit) is aan de orde gekomen in hoofdstuk 3 aangaande kwaliteit. De financiële toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg komt in hoofdstuk 5 'Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid' aan de orde.

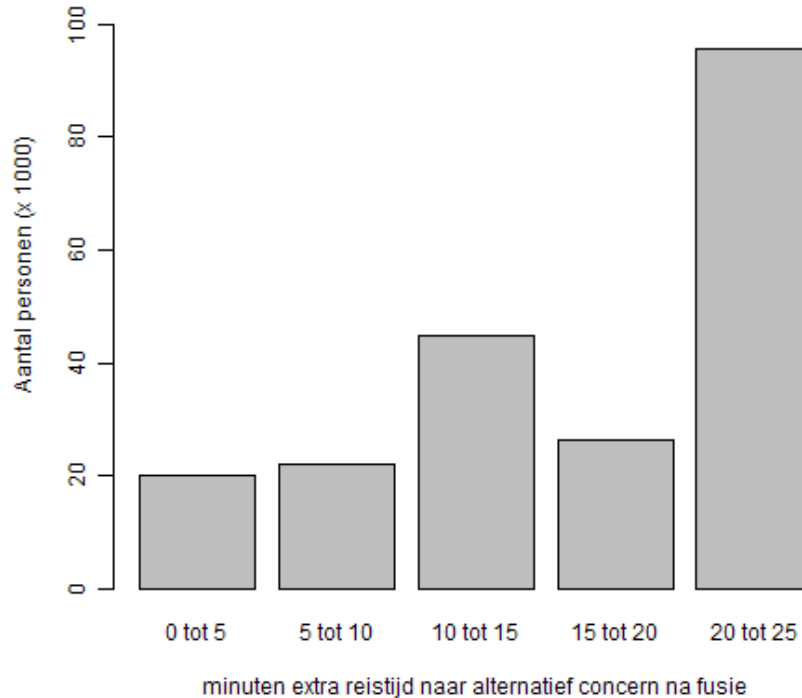
### **4.2 Bereikbaarheid**

Indien de partijen fuseren, betekent dat de bestaande ziekenhuislocaties van hetzelfde concern zijn. De fusie beperkt daarmee de keuzevrijheid van patiënten (op concernniveau). Na fusie zijn de dichtstbijzijnde alternatieven voor inwoners van Midden-Zeeland Ziekenhuis Zorgsaam in Terneuzen, Ziekenhuis Lievensberg in Bergen op Zoom en Stichting het Van Weel-Bethesda in Dirksland/Hellevoetsluis.<sup>33</sup> Door de fusie zal de gemiddelde reistijd van patiënten in Midden-Zeeland aanzienlijk toenemen indien deze patiënten zorg willen afnemen bij een alternatief ziekenhuis, zoals te zien is in figuur 1.

---

<sup>33</sup> NMa, Besluit eerste fase zaak 6424 Ziekenhuis Walcheren – Oosterschelde ziekenhuizen, 23 juli 2008



**Figuur 1. Extra reistijd naar eerste alternatief na fusie**

Bron: Reistijdanalyses door NZa op basis van Geodan Drive Time Matrix 2005 en Wijk- en buurtkaart 2006, Centraal Bureau voor de Statistiek.

Uit de reistijdenanalyse komt naar voren dat de extra reistijd substantieel stijgt, indien patiënten moeten uitwijken naar alternatieve ziekenhuizen in plaats van naar SOZ en SZW te gaan. Na de fusie kan het gefuseerde ziekenhuis bovendien besluiten bepaalde specialismen te concentreren en/of een locatie te sluiten. Volgens de fusieplannen van de partijen zal de fusie leiden tot een concentratie van de electieve zorg op één locatie, hetgeen de gemiddelde reisafstand van patiënten naar de dichtstbijzijnde locatie voor wat betreft electieve zorg vergroot.

Het belang van reistijd voor de consument verschilt bij verschillende soorten zorg. De IGZ maakt hierin onderscheid tussen acute -, electieve - en chronische zorg.<sup>34</sup> Dit wordt in de volgende paragrafen toegelicht. De IGZ is zich bewust van de nadelige gevolgen van de voorgenomen fusie voor de bereikbaarheid van zorg, maar stelt zich op het standpunt dat de borging van voorwaarden voor kwaliteit (feitelijk: de continuïteit) prioriteit heeft boven de bereikbaarheid van zorg. Buiten acute zorg, waarvoor wettelijke bereikbaarheidsnormen gelden, geeft de IGZ in haar advies geen normatief oordeel over de bereikbaarheid van de zorg in het kader van de fusie.

#### 4.2.1 Acute zorg

Voor de acute zorg (en dringende zorg) is één wettelijke norm vastgelegd door het ministerie van VWS.<sup>35</sup> Dit is de 45-minutennorm

<sup>34</sup> IGZ, Bouwstenen fusieadvies, 24 oktober 2008

<sup>35</sup> De precieze definitie is terug te vinden in de uitvoeringstoets Met Spoed! (februari 2008). In deze zienswijze omvat de term acute zorg tevens dringende zorg

voor spoedzorg.<sup>36</sup> Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een locatie voor Spoedeisende Eerste Hulp (hierna: SEH-locatie) te brengen. Deelnemers aan het regionale overleg over de acute zorgketen kunnen keuzes maken omtrent de beschikbaarheid van functies op een bepaalde locatie, mits de 45 minuten norm om een SEH-locatie te bereiken, niet in gevaar komt.<sup>37</sup>

Vanwege de reisafstanden in Midden-Zeeland is het niet mogelijk om te voldoen aan de 45-minutennorm met slechts één SEH-locatie. In hun fusieplannen geven SOZ en SZW aan voornemens te zijn de twee huidige SEH-locaties in stand te houden. De bereikbaarheid van acute zorg voor inwoners van Midden-Zeeland blijft hierdoor na fusie gelijk aan de huidige situatie. Bovendien willen de partijen voor één locatie een SEH locatie met IC level 2 creëren. Hiermee zouden patiënten die deze zorg nodig hebben niet langer hoeven uit te wijken naar een ziekenhuis buiten de regio.

#### 4.2.2 Electieve zorg

Voor de electieve zorg, ook wel planbare zorg genoemd, zijn geen wettelijke normen vastgesteld ten aanzien van de bereikbaarheid.<sup>38</sup> De electieve zorg heeft geen spoedeisend karakter, is goed te plannen en de afstand die de patiënt moet afleggen naar de zorgaanbieder is voor hem minder van belang. De patiënt heeft de mogelijkheid om zich te laten informeren ten aanzien van de behandeling en zal op basis van beschikbare informatie over onder andere kwaliteit en reisafstand een keuze maken voor een zorgaanbieder.

In de fusieplannen van SOZ en SZW geven de partijen aan dat zij de electieve zorg gaan concentreren op één locatie.<sup>39</sup> Uiteraard kunnen partijen deze plannen later eventueel wijzigen. De mogelijke concentratie van de electieve zorg naar één locatie vergroot de gemiddelde reistijd van patiënten.

#### 4.2.3 Chronische zorg

Een chronische aandoening is een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op (volledig) herstel en vaak met een lange duur van de ziekte. Voor chronische zorg is het van belang dat deze zorg binnen 'redelijke reistijden' beschikbaar is, zo stelt de IGZ. De belangrijkste reden hiervoor is dat deze patiënten veelvuldig zorg zullen afnemen gedurende een langere periode. Ten aanzien van de bereikbaarheid voor chronische zorg zijn echter geen wettelijke normen vastgesteld. De IGZ geeft in haar advies ook geen nadere invulling aan de term 'redelijke reistijd' voor chronische zorg.

De fusieplannen van partijen geven geen duidelijk beeld voor wat betreft de chronische zorg. Patiënten met chronische zorgvraag moeten regelmatig een bezoek brengen aan een zorgaanbieder. Doordat deze

<sup>36</sup> VWS, Vaststelling beleidsregels op grond van de Wet toelating zorginstellingen, Staatscourant, 23 april 2008, nr. 9

<sup>37</sup> Aan het regionale overleg nemen basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie van GGZ-instellingen, regionale ambulance voorzieningen en huisartsenposten deel.

<sup>38</sup> Electieve basiszorg is alle planbare zorg die niet valt onder zorg in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) of topreferente zorg. Zie ook VWS, achtergrondnotitie over bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg, mei 2008

<sup>39</sup> Aorta-58 variant uit rapport Bouhuys december 2007.

patiënten veelvuldige bezoeken moeten afleggen, is een grotere reisafstand ongunstig. Indien na fusie voor wat betreft de chronische zorg concentratie op één locatie zal plaatsvinden (net als ten aanzien van de electieve zorg), heeft dit negatieve gevolgen hebben voor de reistijd van patiënten die chronische zorg afnemen. Bovendien wordt door de fusie de keuzevrijheid van de patiënten beperkt, waardoor indien zij willen uitwijken naar een ander alternatief met een hogere reistijd te maken kijken.

#### 4.2.4 Wachttijden

Naast de continuïteit van zorg, zijn wachttijden eveneens van invloed op de toegankelijkheid van zorg. Aanvaardbare wachttijden bieden patiënten de garantie dat zij tijdig geholpen worden. Alle ziekenhuizen houden wachttijden bij om inzicht te geven in de vraag hoe lang een patiënt moet wachten op een behandeling. Een nadere analyse over de aangeleverde wachttijden van SOZ en SZW laat zien dat de wachttijden voor zorg in het B-segment niet substantieel hoger liggen dan het gemiddelde in Nederland.

Tegen de achtergrond van de slechte aanlevering van deze wachttijdgegevens en de positieve signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over wachttijden in zijn algemeenheid, geuit in het kader van de Monitor B-segment 2008, ziet de NZa geen aanleiding om op grond van deze resultaten te veronderstellen dat consumenten in Nederland en daarbinnen in Midden-Zeeland *op dit moment* te lang moeten wachten op zorg in het B-segment.<sup>40</sup> Op grond van de fusieplannen van partijen is voor de NZa niet te bepalen wat het effect van een fusie op de hoogte van de wachttijden zal zijn.

### 4.3 Conclusie

Bij het bepalen van de toegankelijkheid van zorg zijn twee elementen van belang, te weten de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van zorg. In dit hoofdstuk is de bereikbaarheid aan de orde geweest. De NZa verwacht dat de concentratie per saldo negatieve effecten zal hebben op de bereikbaarheid van de basiszorg in Midden-Zeeland. Indien de partijen fuseren, betekent dat twee ziekenhuislocaties van hetzelfde concern zijn. Door de fusie zal de gemiddelde reistijd van patiënten in Midden-Zeeland aanzienlijk toenemen indien deze patiënten zorg willen afnemen bij een alternatief ziekenhuis. Na de fusie kunnen de partijen ook besluiten bepaalde specialismen te concentreren en/of een locatie te sluiten. Volgens de fusieplannen van de partijen zal de fusie leiden tot een concentratie van de electieve zorg op één locatie, hetgeen de gemiddelde reisafstand van patiënten naar de dichtstbijzijnde locatie voor electieve zorg vergroot.

Ten aanzien van de wachttijden ziet de NZa geen aanleiding om te veronderstellen dat consumenten in Midden-Zeeland *op dit moment* te lang moeten wachten op zorg in het B-segment. Op grond van de fusieplannen van partijen is voor de NZa niet te bepalen wat het effect van een fusie op de hoogte van de wachttijden zal zijn.

---

<sup>40</sup> NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2008, juli 2008

## 5. Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid

### 5.1 Inleiding

De voorgenomen concentratie tussen SOZ en SZW kan gevolgen hebben op de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland. Alleen voor het B-segment kunnen zorgverzekeraars ook onderhandelen over de prijs, voor het A-segment gelden de door de NZa vastgestelde tarieven.<sup>41</sup> Indien de onderhandelingen niet leiden tot een contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar zullen passantenprijzen in rekening gebracht worden. De passantenprijs is de prijs die een zorgaanbieder in rekening brengt aan patiënten wiens verzekeraar geen contract met het ziekenhuis heeft afgesloten. Naar schatting vindt bij ongeveer 97 procent van de productie in het B-segment de afrekening plaats aan de hand van gecontracteerde prijzen. De uitkomst van deze onderhandelingen wordt bepaald door de onderhandelingsmacht van enerzijds de verzekeraar en anderzijds de zorgaanbieder. Zoals eerder vermeld, hebben ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie dan zorgverzekeraars.<sup>42</sup>

Hoofdstuk 5 gaat in op de hoogte en de verwachte ontwikkeling van de contractprijzen in het B-segment van de twee partijen. Tot slot wordt gekeken hoe mogelijke prijsveranderingen doorwerken in de nominale premie van de zorgverzekering.

### 5.2 Gehanteerde prijzen B-segment 2005-2008

Uit een nadere analyse van de gehanteerde contractprijzen 2008 op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde informatie blijkt dat zowel SOZ als SZW contractprijzen zijn overeengekomen met de zorgverzekeraars die niet significant afwijken van het Nederlands gemiddelde. Daarnaast kan op basis van de bij de NZa aangeleverde informatie geconcludeerd worden dat de ontwikkeling van de contractprijzen van de partijen in de jaren 2005 tot en met 2008 nagenoeg gelijk is aan de gemiddelde contractprijsontwikkeling in Nederland.

### 5.3 Verwachte stijging van de prijzen B-segment

Bij de fusie van SOZ en SZW spelen drie prijsopdrijvende factoren een rol, namelijk:

- een versterking van de onderhandelingspositie van partijen ten opzichte van de zorgverzekeraars;
- de plannen voor nieuwbouw van partijen en;
- de transactiekosten die gepaard gaan met een concentratie.

*Versterking van de onderhandelingspositie*

---

<sup>41</sup> De prijzen in het A-segment zijn door de NZa vastgestelde punttarieven waar niet van afgeweken kan worden door ziekenhuizen. Voor ZBC's gelden deze prijzen als maximumtarieven.

<sup>42</sup> Zie ook hoofdstuk 2

Allereerst brengt de fusie tussen SOZ en SZW veranderingen met zich mee in de marktstructuur aan de kant van zorgaanbieders en heeft dus gevolgen voor de verdeling van de onderhandelingsmacht. Door de fusie valt de directie concurrentiedruk weg in de relevante geografische- en productmarkt. Hierdoor zal het gefuseerde ziekenhuis geen tot minder prikkels ondervinden om lagere prijzen te gaan hanteren. Van deze toegenomen machtspositie zou het gefuseerde ziekenhuis gebruik kunnen maken in de onderhandeling met zorgverzekeraars om hogere contractprijzen te bedingen.

#### *Bouwplannen van partijen*

Ten tweede geven partijen in hun fusieplannen aan te willen investeren in nieuwbouw en bepaalde bestaande bouw af te willen stoten. Per 1 januari 2008 is het bouwregime van de WTZi voor de ziekenhuizen buiten werking gesteld. Hierdoor krijgen ziekenhuizen de vrijheid om voor eigen rekening en risico die investeringen in zorgvoorzieningen te doen, die nodig zijn om in te spelen op de zorgvraag van consumenten. Dit betekent dat zorgaanbieders geen toestemming vooraf meer nodig hebben voor de financiering van investeringen in gebouwen, installaties en grond. Doordat ziekenhuizen een grotere risicodragendheid hebben op bouwplannen kan dit een prijsopdrijvend effect hebben op de vrije prijzen in het B-segment.

Voor de kapitaallasten is echter op advies van de commissie Havermans een overgangsregeling vastgesteld door de NZa die per 1 januari 2009 ingaat. Deze overgangsregeling kapitaallasten regelt voor zorgaanbieders de overgang van de huidige budgetsystematiek naar de eindsituatie van bekostiging met integrale tarieven en volledige risicodragendheid over de kapitaallasten. De regeling komt er in hoofdlijnen op neer dat de kapitaallasten, die aan het B segment worden toegerekend, gefaseerd uit het budget worden gehaald. Op de korte termijn kan deze gefaseerde invoering van risicodragendheid leiden tot lagere prijzen in het B-segment. Het tempo waarmee het vrije B-segment wordt uitgebreid, bepaalt daarmee ook het tempo waarin zorgaanbieders meer risico gaan lopen over de kapitaallasten. Dat geldt ook voor het moment waarop de (huidige) budgettering definitief wordt afgeschaft. De in de fusieplannen voorgenomen nieuwbouw en afstoting van bestaande bouw zullen in het nieuwe regime op de lange termijn een prijsopdrijvend effect hebben. Hoe groot dit effect is, kan de NZa niet aangeven. De reden hiervoor is dat de door partijen gehanteerde verrekening van de kapitaallasten in de prijzen niet vast staat. Bovendien zijn de te verwachte kapitaallasten niet exact te bepalen voor de NZa op grond van de fusieplannen.

#### *Transactiekosten bij een fusie*

Ten derde gaat een concentratie gepaard met transactiekosten. Bij fusies in het verleden is gebleken dat een fusie kan leiden tot hoge transactiekosten en een moeizame implementatie. De tijd en middelen die worden gestoken in het voorgenomen fusieproces kunnen niet worden besteed aan patiëntenzorg. Daarom heeft de Minister van VWS in zijn brief richting de Tweede Kamer aangegeven dat de IGZ om de kwaliteit van zorg gedurende een fusietraject goed in de gaten te kunnen houden structureel binnen de methodiek 'Gefaseerd toezicht', toezicht te gaan houden bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren.<sup>43</sup>

#### *Schaalvoordelen?*

Hiertegenover staat een mogelijk prijsverlagend effect, doordat de fusie kan leiden door schaalvoordelen. De synchronisatie van overkoepelende diensten, zoals administratie en ICT kunnen leiden tot kostenbesparingen en samenwerking tussen maatschappen kan leiden tot een meer

<sup>43</sup> VWS, *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*, MC-U-2860925, 27 juni 2008

efficiënte werkverdeling. Daarnaast geven partijen aan dat een concentratie fiscale voordelen oplevert. Ervan uitgaande dat schaalvoordelen zich voor zouden doen is het niet waarschijnlijk dat deze voordelen worden doorgegeven aan de consument, omdat het gefuseerde ziekenhuis geen directe concurrentiedruk ondervindt van andere nabije ziekenhuizen.

Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat schaalvoordelen zich voordoen bij overwegend kleine zorgaanbieders. Het omslagpunt ligt in de meeste studies ergens tussen de 200 en 300 bedden. Andere onderzoeken wijzen zelfs uit dat bij grotere ziekenhuizen zelfs geen schaalvoordelen gevonden worden. Indien de schaalvergroting het gevolg is van een fusie zijn de schaalvoordelen nog twijfelachtiger. Dikwijls treden daarbij hoge transactiekosten op door bijvoorbeeld het integreren van administratieve systemen en verschillende cultuurverschillen. Dit is ook vastgesteld voor Nederlandse ziekenhuizen.<sup>44</sup>

Tegen deze achtergrond vindt de NZa het waarschijnlijk dat de fusie zal leiden tot een prijsstijging in het vrije B-segment. Doordat de NZa geen inzicht heeft in de kostprijzen en de kostenmarge van de twee ziekenhuizen kan de NZa geen uitspraken doen over de precieze omvang van deze stijging.

## 5.4 Doorberekening in de premie

Ten aanzien van de verwachte prijsontwikkeling en de gehanteerde prijzen zijn naar de mening van de NZa meer prijsopdrijvende factoren aanwezig dan prijsdrukkende factoren.

In hoeverre de consument meer gaat betalen door deze prijsopdrijvende factoren is afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars de hogere prijzen doorberekenen in de premie. Of zij dit doen hangt in belangrijke mate af van de prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Momenteel is prijsconcurrentie nog aanwezig, waardoor zorgverzekeraars voorzichtig zullen zijn met de doorberekening van hogere prijzen in de premie. Een zorgverzekeraar wil haar verzekerden immers niet kwijtraken door een te hoge premie.

Vanaf 2009 kan een zorgverzekeraar er voor kiezen om voor een voorkeursziekenhuis geen eigen risico bij de verzekerde in rekening te brengen. De zorgverzekeraar kan dit bijvoorbeeld doen omdat zij weet dat een bepaald ziekenhuis een goede prijs/kwaliteitverhouding levert. Een verzekerde die zijn/haar zorg afneemt bij het voorkeursziekenhuis zal goedkoper uit zijn. Met dit beleid kan een zorgverzekeraar haar verzekerden geleiden en ziekenhuizen disciplineren. Wanneer er bij een ziekenhuis een prijsstijging plaats vindt, maar het ziekenhuis kan de zorgverzekeraar ervan overtuigen dat deze prijsstijging ten goede komt aan de prijs/kwaliteitverhouding, zal een zorgverzekeraar de hogere prijzen waarschijnlijk toch doorberekenen in haar premie. De verzekerde gaat dan meer premie betalen, maar kan hier kwalitatief betere zorg voor terug verwachten. Of er daadwerkelijk kwalitatief betere zorg geleverd wordt wanneer SOZ en SZW toestemming krijgen om te fuseren is reeds besproken in hoofdstuk 3.

---

<sup>44</sup> Een uitvoerige beschrijving van deze onderzoeken is terug te vinden in het RVZ rapport, *Schaal en zorg: achtergrondstudies*, Den Haag 2008

Zoals ook aan de orde kwam in hoofdstuk 3, heeft CZ, de grootste zorgverzekeraar in de regio Midden-Zeeland de verwachting aangegeven dat bij een fusie een betere prijs/kwaliteitverhouding zal ontstaan. CZ veronderstelt daarbij dat de dreiging van sturing door verzekeraars afdoende zal zijn om de ziekenhuizen in het gareel te houden met betrekking tot prijs en kwaliteit. Dit geldt volgens CZ voor alle ziekenhuizen in Nederland en niet specifiek voor Zeeland. In zijn algemeenheid onderzoekt CZ momenteel de mogelijkheden voor premie- en aanboddifferentiatie.<sup>45</sup>

Daarbij merkt de NZa het volgende op. Een zorgverzekeraar kan eventuele boven-competitieve prijzen voor zorg in een bepaalde regio verevenen in zijn landelijke premiestelling. Daarmee kan een mogelijke prijsstijging door de fusie vanuit het private belang van de zorgverzekeraar geen probleem opleveren. Echter, de NZa kan vanuit het publieke belang betaalbaarheid ten behoeve van de consument in hetzelfde geval dan wél problematisch achten.

## 5.5 Conclusie

De huidige contractprijzen van partijen zijn niet hoger dan de contractprijzen van andere ziekenhuizen in Nederland. Op grond van plausibiliteit acht de NZa het zeer waarschijnlijk dat de fusie zal leiden tot een bovencompetitieve prijsstelling. Daarnaast komt naar voren in het RVZ rapport dat verschillende onderzoeken erop wijzen dat grotere ziekenhuizen soms helemaal géén schaalvoordelen hebben door de grote transactiekosten die gepaard gaan met een fusie.

Door de invoering van het eigen risico per 2009 hebben zorgverzekeraars een extra instrument om verzekerden te geleiden naar voorkeursziekenhuizen. Hierdoor kan de zorgverzekeraar tegenwicht bieden richting het gefuseerde ziekenhuis indien deze té hoge prijzen gaat hanteren. Het is echter nog niet bekend vanuit dit instrument voldoende dreiging uit zal gaan, omdat dit instrument nog niet daadwerkelijk is ingevoerd. Daarnaast kunnen de door de zorgverzekeraar geaccepteerde prijsstijgingen uiteindelijk doorbelast worden in de premie van de verzekerden. Ofschoon CZ aangeeft dat zij verwacht dat de fusie tot een goede prijs/kwaliteitverhouding leidt, verwacht de NZa dat de voorgenomen concentratie leidt tot een stijging van de zorgpremie. De gevolgen van deze voorgenomen concentratie ten aanzien van kwaliteit zijn in hoofdstuk 3 aan de orde geweest.

---

<sup>45</sup> Verslag telefoongesprek NMa – CZ d.d. 08-07-2008

## 6. Afweging en conclusie

In deze zienswijze gaat de NZa in op de verwachte effecten van de voorgenomen fusie op de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Bij de beschrijving en de afweging van deze effecten dient de NZa rekening te houden met het relevante toetsingskader van de NMa.<sup>46</sup>

### 6.1 Afweging van de belangen

Een belangrijke taak van de NZa is het bewaken van goed werkende zorgmarkten, maar ook het *maken* van zorgmarkten. De publieke belangen van de consument staan daarbij centraal. De ziekenhuiszorgmarkt is een markt in transitie. Indien de partijen zouden fuseren, zal de directe concurrentiedruk op de relevante product- en geografische markt wegvallen. Volgens de verschillende marktafbakeningsmethoden zal een monopolie ontstaan op de relevante geografische markt die Midden-Zeeland omvat. Ook de partijen zelf sluiten zich aan bij deze relevante geografische markt.

#### *Negatieve gevolgen voor toegankelijkheid en betaalbaarheid*

Door het wegvallen van directe concurrentiedruk op de relevante product- en geografische markt, de afwezigheid van potentiële concurrentiedruk door toetreding en het ontstaan van een grotere onderhandelingsmacht voor de gefuseerde partijen ten nadele van de zorgverzekeraar, vindt de NZa het waarschijnlijk dat de voorgenomen concentratie negatieve effecten heeft op de publieke belangen betaalbaarheid en toegankelijkheid.<sup>47</sup> In beginsel zou het wegvallen van directe concurrentiedruk ook negatieve gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg binnen het gefuseerde ziekenhuis, waar het het niveau boven het minimale kwaliteitsniveau betreft. Monopolistisch gedrag kan namelijk ook tot uiting komen in het beperken van de geboden kwaliteit en het verminderen van investeringen in innovatie. Partijen stellen echter dat de voorgenomen concentratie kwaliteitsvoordelen oplevert die opwegen tegen de grote mededingingsbeperkende effecten van de fusie.

#### *Continuïteit van de minimumkwaliteit van basisziekenhuiszorg*

In de beoordeling van de kwaliteitsvoordelen die de fusie met zich kan meebrengen, is bekeken wat noodzakelijk is om de minimumkwaliteit van de zorg te kunnen behouden. Uit het IGZ-advies en uit overleg met de IGZ komt naar voren dat, de IGZ stellig verwacht dat zonder een fusie tussen de partijen het kwaliteitsniveau van de geleverde zorg onder het noodzakelijke minimumniveau valt, waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. De kwaliteitsvoordelen bij deze fusie bestaan dus uit het voorkomen van een onaanvaardbaar kwaliteitsverlies van de zorg. Voor de borging van de minimumkwaliteit is een fusie, zoals gesteld door de IGZ, noodzakelijk. De NZa volgt de IGZ op dat punt en acht het voorts essentieel dat deze fusie hand in hand gaat met voorwaarden ter compensatie van de grote mededingingsbeperkende nadelen. Zo noodzakelijk als de NZa deze fusie

<sup>46</sup> Zie ook het samenwerkingsprotocol tussen de NZa en de NMa en de gemaakte werkafspraken, Deze zijn terug te vinden op de website van de NZa: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>47</sup> Toegankelijkheid wordt in deze zienswijze geoperationaliseerd met bereikbaarheid.



vindt, zo noodzakelijk vindt zij dat aan de fusie een aantal voorwaarden wordt verbonden.

## 6.2 Voorwaarden bij de fusie

De NZa is van oordeel dat, indien de NMa deze fusie goedkeurt, de aanzienlijke verwachte nadelen voor de mededinging zoveel mogelijk gecompenseerd zouden moeten worden door voorwaarden die de NMa oplegt in haar fusiebesluit. Aangezien de nadelen voor de mededinging een direct gevolg zijn van het toestaan van de fusie, is het naar de mening van de NZa het effectiefst om die nadelen direct bij het fusiebesluit te compenseren.

Het is in beginsel mogelijk dat de NZa in deze casus vervolgens een AMM onderzoek start en – als het bestaan van AMM wordt vastgesteld – proportionele verplichtingen oplegt op basis van art 48 en 49 van de Wet marktordening Gezondheidszorg. De NZa kan niet vooruitlopen op de wenselijkheid en uitkomsten van een dergelijk onderzoek, mede omdat de inhoud van het fusiebesluit van de NMa nog niet bekend is en daarmee de ruimte voor en de noodzaak van eventuele AMM-verplichtingen. Om deze reden zal de NZa in deze zienswijze niet nader ingaan op AMM.

### 6.2.1 Voorwaarden bij het fusiebesluit

De NZa adviseert de NMa om een combinatie van een aantal structurele voorwaarden (het afstoten c.q. het verzelfstandigen van bedrijfsonderdelen), een tweetal daaraan ondersteunende gedragsvoorwaarden en voorwaarden op het gebied van kwaliteit op te nemen in het fusiebesluit. Het is van belang duidelijk te markeren dat structurele voorwaarden hier per definitie te verkiezen zijn boven de gedragsvoorwaarden (zoals ook mogelijk op basis van AMM zouden kunnen worden opgelegd). Hoewel structurele maatregelen verregaande maatregelen kunnen zijn met mogelijke complicaties in de uitwerking, is het voordeel van structurele voorwaarden boven het toepassen van het AMM instrumentarium (of andere gedragsmaatregelen) dat daadwerkelijke concurrentie kan worden *gestimuleerd* (op onderdelen), terwijl door het opleggen van AMM-verplichtingen concurrentiegedrag alleen wordt *gesimuleerd* (ofwel nagebootst). Het eerste is in de regel sterker dan het tweede. Daarnaast gelden AMM verplichtingen voor maximaal drie jaar, terwijl structurele voorwaarden in principe blijvende gevolgen hebben. Bovendien geldt ook hier: voorkomen is beter dan genezen.

#### *Structurele voorwaarden voor concurrentie*

De fusie zou in beginsel een monopolie scheppen op de relevante markt (Midden-Zeeland). De voorwaarden die de NMa naar het oordeel van de NZa zou moeten opleggen, betreffen dan ook de structuur van de organisatie. Met andere woorden: de NMa zou moeten overwegen te verplichten dat de partijen bedrijfsonderdelen afstoten. Deze afgestoten onderdelen moeten voldoende kritische productie opleveren om op korte termijn te kunnen leiden tot effectieve en duurzame concurrentie. Kortom, er zou sprake moeten zijn van een autonoom levensvatbaar geheel. Afstoten kan volgens de NZa niet alleen betekenen op zelfstandige basis voortbestaan, maar met name óók verkoop aan een elders gevestigde toetreder (een van de ziekenhuizen uit de periferie van Midden-Zeeland bijvoorbeeld). De WTZi maakt het daarnaast mogelijk dat een toelating wordt gevraagd voor verzelfstandigde onderdelen.

Relatief goed afscheidbare electieve zorg, zoals oogheelkunde en orthopedie zouden in een afzonderlijke locatie aangeboden kunnen worden, zoals dit bijvoorbeeld gebeurt in het Oogziekenhuis en de Sint

Maartenskliniek. Ook chronische zorg waarvoor geen OK capaciteit nodig is, bijvoorbeeld diabeteszorg kan afzonderlijk worden aangeboden in bijvoorbeeld een buitenpoli. Hiermee worden de nadelige effecten voor deze patiënten ten aanzien van een vergrootte reistijd verminderd. Naar het oordeel van de NZa dient daarom het volgende te worden overwogen (cumulatief):

- B-segment zorg: alle specialismen met meer dan 30% omzet in B-segment afstoten;
- alle maatschappen waarvoor schaalvergroting niet noodzakelijk is integratie achterwege laten (dus alles behalve SEH, IC, kindergeneeskunde, verloskunde, en diagnostische afdelingen zoals radiologie en laboratoria);
- afstoten van alle ZBC's c.q. of gelieerdheid opheffen.

Daarbij moet derhalve niet alleen worden overwogen om een van de bestaande locaties af te stoten maar ook om binnen bestaande locaties onderdelen af te stoten (carve-out). Het is aan de partijen zelf om aan te geven in hoeverre het afstoten van de bovengenoemde onderdelen eventueel buiten hun invloedssfeer liggen.

#### *Gedragsvoorwaarden: prijsvoorschrift en aanpassing MTO*

Door het opleggen van deze structurele voorwaarden zou naar het oordeel van de NZa daadwerkelijke concurrentie kunnen ontstaan op onderdelen van de relevante markt Midden Zeeland. Hiermee is het waarschijnlijk dat voor deze onderdelen het hanteren van buitensporige prijzen minder aannemelijk is.

Toch acht de NZa als aanvulling op de structurele voorwaarden (dus: tijdelijk een dubbel slot op de deur) en bovendien als remedie voor de zorgproducten die wel gezamenlijk worden geleverd het noodzakelijk dat een prijsvoorschrift voor het vrije B-segment wordt opgelegd. Door het ontstaan van een monopolie in de regio Midden-Zeeland is het risico op hoge prijzen groot. Zoals ook duidelijk werd in hoofdstuk 5 'Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid' heeft de NZa de verwachting dat het gefuseerde ziekenhuis te hoge prijzen gaat hanteren in het B-segment, doordat de prijsopdrijvende factoren veel groter zijn dan de mogelijke schaalvoordelen van de fusie. Uit verschillende empirische onderzoeken uit de Verenigde Staten blijkt dat een geconcentreerde ziekenhuiszorgmarkt leidt tot hogere prijzen.<sup>48</sup> Uit eigen onderzoek blijkt dat de concentratie van ziekenhuizen (en zorgverzekeraars) een significant positief effect heeft op de hoogte van de kostenmarge van de ziekenhuizen. Met andere woorden: in een meer geconcentreerde markt wordt het verschil tussen de gehanteerde verkoopprijs en de onderliggende kosten groter.<sup>49</sup> Doel van het prijsvoorschrift is dan ook het voorkomen dat buitensporige prijzen gehanteerd kunnen worden in het vrije B-segment, terwijl tegelijkertijd een aanvaardbaar kwaliteitsniveau wordt geboden.

Naar het oordeel van de NZa verdient het de voorkeur om als prijsvoorschrift te kiezen voor een plafond op basis van de landelijke gemiddelde contractprijzen en de landelijke gemiddelde stijging, gedurende de komende drie jaar voor alle DBC's in het B-segment. Bij het prijsplafond kan ook rekening worden gehouden met case-mix verschillen die van invloed kunnen zijn op de prijzen. Case-mix verschillen worden veroorzaakt door verschillen in de productmix en

<sup>48</sup> Voorbeelden zijn: Noether (1988), Melnick et al. (1992), Dranove et al. (1993), Lynk (1995), Connor et al., (1998), Simpson and Shin (1998), Dranove and Ludwick (1999), Keeler et al. (1999), and Lynk and Neumann (1999) en deze onderzoeken zijn terug te vinden in het NZa research paper: NZa, *Market structure and bargaining power in the Netherlands*, juni 2007

<sup>49</sup> NZa, *Market structure and bargaining power in the Netherlands*, juni 2007

zorgzwaarte. Uit recent onderzoek blijkt dat veruit het grootste gedeelte van de case-mix valt toe te schrijven aan de productmix.<sup>50</sup> Door de gemiddelde prijzen te wegen met de aantallen van de DBC's, geleverd binnen het ziekenhuis, worden prijsverschillen weggenomen die door een andere productmix binnen het gefuseerde ziekenhuis worden veroorzaakt. Het corrigeren voor zorgzwaarte (een zwaardere patiëntenpopulatie) is niet mogelijk. Het is aan de partijen zelf om te onderbouwen waarom zij zwaardere patiënten hebben dan in de rest van Nederland.

Naast bovenstaand prijsvoorschrift adviseert de NZa om de medische toelatingsovereenkomst (MTO) van de fuserende ziekenhuizen zodanig te wijzigen dat medische specialisten worden vrijgelaten om binnen de regio concurrerend te opereren, zoals in ZBC's en/of bij andere zorgaanbieders. In de MTO is namelijk opgenomen dat medische specialisten schriftelijk toestemming nodig heeft van het ziekenhuisbestuur voor het verrichten van werkzaamheden elders dan in het ziekenhuis. De aanpassingen van het MTO specifiek voor deze twee ziekenhuizen leidt ertoe dat de medisch specialisten niet beperkt worden in het leveren van hun diensten aan het gefuseerde ziekenhuis. Het leidt ertoe dat het voor medisch specialisten aantrekkelijker wordt om er te werken en voor toetreders makkelijker om medisch specialisten binnen, maar ook buiten de regio aan te trekken.<sup>51</sup> De huidige aantrekkelijkheid van de werkomgeving is volgens de IGZ een van de knelpunten. Deze remedie kan toetreding in Midden-Zeeland vergemakkelijken. Indien er daadwerkelijk toegetreden wordt, zal dit de concurrentie op deelmarkten bevorderen.

#### *Voorwaarden ten aanzien van kwaliteit*

De inzet van de bovengenoemde voorwaarden is echter niet gericht op de borging van de kwaliteit van zorg. Monopolistisch gedrag kan echter ook tot uiting komen in het beperken van de geboden kwaliteit en het verminderen van de investeringen in innovatie en daarmee de lange termijn kwaliteit. Voor de borging van de minimumkwaliteit binnen het gefuseerde ziekenhuis in Midden-Zeeland zijn voorwaarden ten aanzien van kwaliteit van groot belang. Omdat het naar de mening van de NZa geen vanzelfsprekendheid is dat de noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen na fusie daadwerkelijk worden behaald, acht zij het noodzakelijk om eisen te stellen aan het gefuseerde ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit. Idealiter zou op basis van een nulmeting ten aanzien van de kwaliteit eisen gesteld moeten worden aan de ontwikkeling van het geboden kwaliteitsniveau na fusie. De IGZ geeft echter in haar advies en in gesprekken aan tot nu toe geen zicht te hebben op de output van de geleverde kwaliteit. De NZa vindt daarom, als benadering voor de output van de kwaliteit van zorg, dat de door de IGZ gestelde inputvoorwaarden voor verantwoorde zorg opgenomen moeten worden als voorwaarden bij de fusie:

- de totstandkoming van een IC afdeling met level 2 binnen drie jaar;
- het voldoen aan de door de IGZ gestelde minimumvolume-eisen;
- het voldoen aan minimaal 5 fte formatie medisch specialisten voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg.

De IGZ en de NMa zullen samen de concrete formulering van bovenstaande voorwaarden moeten vormgeven ten behoeve van het fusiebesluit. De IGZ is de aangewezen instantie om hierop toe te zien en indien nodig te handhaven of het gefuseerde ziekenhuis aan de

<sup>50</sup> Prismant, Zorgzwaarte samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen, juli 2007

<sup>51</sup> Zie ook huidige discussie over het MTO tussen de Orde en de NVZ, *artsennet, Aanpassing toelatingsovereenkomst, 7-11-2008* en in de zaak van het Wilhelmina ziekenhuis Assen. Zie ook: *Zorgvisie, 'Nma en NZa moeten zich buigen over conflict Assen'*, 26 november 2008

bovengenoemde voorwaarden voldoet. Hiervoor zou de IGZ een handhavingplan moeten opstellen.

### 6.2.2 Intensief toezicht IGZ

Om te borgen dat deze fusie daadwerkelijk ervoor zorgt dat geen onaanvaardbaar kwaliteitsverlies optreedt, zal de IGZ naar de mening van de NZa een aantal jaren intensief toezicht moeten gaan houden op het gefuseerde ziekenhuis. Bij fusies in het verleden is gebleken dat een fusie kan leiden tot hoge transactiekosten en een moeizame implementatie. De tijd en middelen die worden gestoken in het fusietraject worden dan niet besteed aan patiëntenzorg en de kwaliteit daarvan. Een monopolist ondervindt daarnaast vanuit de markt minder stimulansen om de geboden kwaliteit van zorg te verbeteren en te investeren in innovatie. Ook de Minister VWS heeft in zijn brief richting de Tweede Kamer aangegeven dat de IGZ om de kwaliteit van zorg gedurende een fusietraject goed in de gaten te kunnen houden, structureel binnen de methodiek 'Gefaseerd toezicht', toezicht gaat houden bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren.<sup>52</sup> Bij het intensieve toezicht ten aanzien van voorliggende casus zou de IGZ de kwaliteit bij het gefuseerde ziekenhuis intensief moeten monitoren naar de mening van de NZa. Indien dat vanuit de minimum-kwaliteit van de geboden patiëntenzorg nodig is, zal de IGZ handhavend optreden. De NZa acht het tot slot noodzakelijk dat de IGZ drie jaar na de effectuering van de fusie evalueert of de schaalvergroting ook daadwerkelijk heeft geleid tot noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen.

### 6.3 Conclusie

De NZa concludeert dat de voorgenomen fusie leidt tot het ontstaan van een monopoliepositie van het gefuseerde ziekenhuis in Midden-Zeeland. Hierdoor verwacht de NZa negatieve gevolgen voor de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en in beginsel ook kwaliteit. Indien de fusie echter geen doorgang krijgt, leidt dit volgens de stellige verwachting van de IGZ, tot het een daling van het kwaliteitsniveau onder het noodzakelijke minimumniveau, waardoor de continuïteit van de ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. Op grond van enkel en alleen deze noodzakelijkheid voor het borgen van de minimumkwaliteit en daarmee het continueren van de basisziekenhuiszorg in de regio Midden-Zeeland adviseert de NZa de NMa in beginsel positief ten aanzien van de vergunningsaanvraag van deze voorgenomen fusie. De kwaliteitsvoordelen van deze fusie betreffen dus naar de mening van de NZa het voorkomen van een onaanvaardbaar verlies aan kwaliteit tot beneden het noodzakelijke minimumkwaliteitsniveau.

Echter, door deze fusie ontstaat een gefuseerd ziekenhuis dat een monopolie positie heeft in de regio Midden-Zeeland. Een groot risico van deze machtspositie is dat de gefuseerde partij monopolistisch gedrag gaat vertonen. Dit gedrag kan leiden tot uitsluiting van andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het hanteren van buitensporige hoge prijzen en het beperken van investeringen in kwaliteit en innovatie, hetgeen eveneens negatieve gevolgen heeft voor de publieke belangen. De NZa acht het daarom noodzakelijk dat deze fusie hand in hand gaat met voorwaarden ter compensatie van de grote mededingingsbeperkende nadelen. Zo noodzakelijk als de NZa de fusie acht vanuit de borging van de minimum-kwaliteit, zo noodzakelijk acht

<sup>52</sup> VWS, *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*, MC-U-2860925, 27 juni 2008

de NZa de voorwaarden om de nadelen van de fusie te compenseren. Aangezien de nadelen voor de mededinging een direct gevolg zijn van het goedkeuren van de fusie, zouden deze nadelen gecompenseerd moeten worden door de voorwaarden die de NMa aan de partijen oplegt in haar fusiebesluit. Deze voorwaarden betreffen de structuur, het gedrag en de kwaliteit van de gefuseerde instelling.

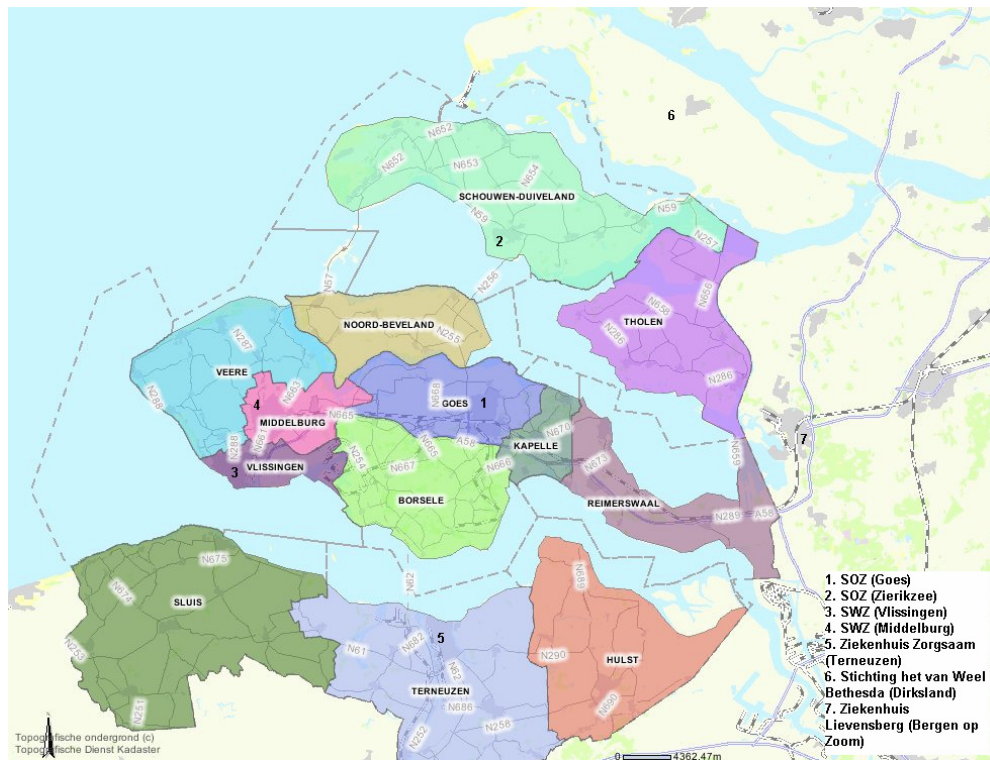
Indien het nodig blijkt te zijn, kan de NZa AMM-verplichtingen opleggen aan het gefuseerde ziekenhuis. In dit stadium, waarin de inhoud van het besluit van de NMa nog niet bekend is en daarmee de ruimte voor en de noodzaak van AMM-verplichtingen, gaat de NZa hier niet op in in deze zienswijze.

De IGZ zal intensief toezicht moeten gaan houden op het gefuseerde ziekenhuis om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorg niet onder het minimumniveau zakt. Bij dit intensieve toezicht zou de IGZ intensief moeten monitoren en indien dat noodzakelijk is, handhavend optreden. Tot slot zal er drie jaar na de realisatie van de fusie onder leiding van de IGZ een evaluatie dienen plaats te vinden aangaande de kwaliteit.

De NZa is van mening dat met de realisatie van deze fusie mét inbegrip van de voorwaarden die daar naar haar mening noodzakelijk aan verbonden moeten zijn, uiteindelijk het beste resultaat wordt bereikt voor de zorgconsument in Midden-Zeeland.

Hierbij tekent de NZa het volgende aan. De NZa kan niet vooruitlopen op het proces dat zou moeten leiden tot de vaststelling van een zinvol pakket aan maatregelen waarmee de fusie in haar ogen gepaard zou moeten gaan. De NZa beseft dat de beide ziekenhuizen zelf hierbij een grote verantwoordelijkheid hebben. Indien de partijen niet of onvoldoende bereid zouden zijn om medewerking te verlenen aan de totstandkoming van maatregelen ter borging van de publieke belangen voor de consument, adviseert de NZa om de vergunningsaanvraag af te wijzen.

## Bijlage I. Kaart Midden-Zeeland



Bron: Geografisch Informatie Systeem Provincie Zeeland

De relevante geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg bestaat uit Noord-Beveland, Zuid-Beveland (Goes, Borsele, Kapelle, Reimerswaal), Walcheren (Veere, Middelburg, Vlissingen) en Schouwen-Duiveland.

## Bijlage II. Advies IGZ

De IGZ heeft in het kader van de voorgenomen fusie op 24 oktober 2008 aan de NZa een advies uitgebracht ten aanzien van het publieke belang kwaliteit van zorg. Op 27 november 2008 is het advies aangevuld met antwoorden van de IGZ op vragen van de NMa. Het IGZ-advies omvat in zijn totaliteit de volgende documenten:

- Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake fusieverzoek stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren;
- Bouwstenen Fusieadvies betreffende de melding van de voorgenomen concentratie tussen Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (SOZ) en Ziekenhuis Walcheren (ZW);
- Antwoorden op de vragen van de NMa (brief 6424.115.B1265 en brief 6424/273.B928);
- Handhavingsbeleid bij oesofaguscardiaresectie, over aansporen en opsporen; uit de inspectie; Medisch Contact; 30 mei 2008.