

Zienswijze vergunningsaanvraag

**stichting
Interconfessioneel
Spaarne Ziekenhuis en
stichting Kennemer
Gasthuis**

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Melding concentratie	3
1.2 Vergunningaanvraag concentratie	3
1.3 Leeswijzer	4
2. Betaalbaarheid	4
2.1 Inleiding	4
2.2 De Option Demand-methode	5
2.3 De Logit Competition Index-methode	5
2.4 Samenvatting uitkomsten econometrische methoden	6
3. Kwaliteit	6
3.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg	6
4. Selectief inkopen	7
5. Aanmerkelijke marktmacht	8

1. Inleiding

1.1 Melding concentratie

Op 20 december 2011 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat stichting Interconfessioneel Spaarne ziekenhuis (hierna: Spaarne) en stichting Kennemer Gasthuis (hierna: KG) voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid onder a, van de Mededingingswet. De NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) hierover op 21 december 2011 geïnformeerd.

De NZa heeft op grond van artikel 9 van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa ten aanzien van de gemelde concentratie op 23 januari 2012 een zienswijze afgegeven. In deze zienswijze heeft de NZa op basis van een eerste toepassing van econometrische methoden – te weten de Option Demand-methode en de Logit Competition Index methode – geconstateerd dat deze fusie een mogelijke prijsverhoging ten aanzien van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg indiceert. Daarnaast heeft de NZa gewezen op mogelijke gevolgen van de voorgenomen fusie ten aanzien van verwijsrelaties.

De NMa heeft op 14 februari 2012 besloten dat voor het tot stand brengen van de concentratie een vergunning is vereist. Volgens de NMa is het aannemelijk dat als gevolg van onderhavige concentratie de mededinging op de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg significant zou kunnen worden belemmerd, aangezien (i) partijen in het adherentiegebied een marktaandeel van [60-70]% voor klinische ziekenhuiszorg en [70-85]% voor niet-klinische ziekenhuiszorg hebben; (ii) partijen op de markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg de meeste concurrentiedruk op elkaar uitoefenen; (iii) partijen voor het grootste deel van hun patiënteninstroom [90-100]% afhankelijk zijn van gemeenten die behoren tot het adherentiegebied van partijen.

De NMa concludeerde dat het niet aannemelijk is dat partijen als gevolg van de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op het gebied van topzorg zouden kunnen belemmeren door intern door te verwijzen en daardoor andere aanbieders van dergelijke zorg uit te sluiten van instroom van patiënten¹.

1.2 Vergunningaanvraag concentratie

Op 15 mei 2012 heeft de NMa een vergunningaanvraag in de zin van artikel 42 van de Mededingingswet ontvangen ten aanzien van de voorgenomen concentratie van Spaarne en KG. De NMa heeft hierover op 22 mei de NZa geïnformeerd. De NZa geeft hierbij op grond van artikel 17 van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze vergunningaanvraag voor de concentratie van Spaarne en KG (hierna: de fusie).

¹ Besluit 7332/Spaarne Ziekenhuis - Kennemer Gasthuis, randnummers 80, 92 en 93.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van deze zienswijze staan de mogelijke effecten van de fusie voor het publieke belang betaalbaarheid centraal. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de effecten van de fusie op het gebied van kwaliteit. Dit hoofdstuk bevat de visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het vierde hoofdstuk gaat in op selectieve contractering en het hoofdlijnenakkoord. Hoofdstuk 5 van deze zienswijze bevat een toelichting op de bevoegdheid van de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht.

2. Betaalbaarheid

2.1 Inleiding

De NZa heeft in de eerstefasezienswijze ten aanzien van de fusie van Spaarne en KG aangegeven dat deze fusie een mogelijke prijsverhoging ten aanzien van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg indiceert.

In de tweede fase heeft de NZa nader onderzocht wat de effecten van de fusie van Spaarne en KG kunnen zijn. In dat kader beschikt de NZa over, in samenwerking met de NMa ontwikkelde, econometrische methoden. Het gaat daarbij om de eerder genoemde Option Demand-methode (hierna: ODM) en de Logit Competition Index-methode (hierna: LOCI). De ODM vertaalt patiëntenvoorkeuren naar de bereidheid tot betalen voor het opnemen van een ziekenhuis in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars. Deze bereidheid tot betalen wordt uitgedrukt in de zogenaamde Willingness-to-Pay (hierna: WTP).

De ODM en LOCI modelleren twee uitersten wat betreft de relatie ziekenhuis-verzekeraar. De LOCI gaat uit van perfect concurrerende verzekeraars die de prijzen van het ziekenhuis als gegeven beschouwen. Het ziekenhuis zet in deze situatie de prijs. De ODM gaat uit van een monopolistische verzekeraar, die tegendruk biedt op de prijzen (i.e. niveau van de prijzen). In de ODM wordt de macht die een verzekeraar ten opzichte van een ziekenhuis heeft, meegenomen. De prijs is het resultaat van onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Met andere woorden: de uitkomsten van de ODM gaan uit van een situatie waarin de verzekeraar, gegeven zijn huidige mogelijkheden en prikkels om te sturen bij inkoop, maximale druk uitoefent op de prijzen van het ziekenhuis. Zoals elk model houden de ODM en LOCI geen rekening met toekomstige beleidswijzigingen, en/of een eventuele verandering in de mogelijkheden en prikkels van de zorgverzekeraar met betrekking tot sturing bij de inkoop. De scores van de ODM en LOCI geven het prijseffect weer, inclusief gebleken inkoopgedrag van de zorgverzekeraars.

Hierna wordt in de paragrafen 2.1.1 en 2.1.2 toegelicht wat deze methoden behelzen en wat de uitkomst is van toepassing van de modellen bij de beoordeling van de fusie van Spaarne en KG.

2.2 De Option Demand-methode

De ODM houdt rekening met het verzekeringsaspect van ziekenhuiszorg. Een zorgverzekering biedt behalve een vergoeding van de verwachte zorgkosten ook de mogelijkheid tot keuze uit verschillende zorgaanbieders, het betreft daarmee als het ware een optie op zorg. Hoe groter het gecontracteerde zorgaanbod van een zorgverzekeraar is, hoe aantrekkelijker zijn polissen voor de consumenten zijn. De ODM vertaalt zoals gezegd patiëntenvoorkeuren naar de bereidheid tot betalen voor het opnemen van een ziekenhuis in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars, de WTP. De WTP wordt gezien als een maatstaf van de onderhandelingsmacht ten aanzien van de prijzen die een ziekenhuis aan zorgverzekeraars kan vragen. Een nadere toelichting op de werking van de ODM en de WTP is opgenomen in bijlage 1 bij deze zienswijze. In bijlage 2 bij deze zienswijze wordt toegelicht hoe de NZa de ODM en de WTP inzet om te bepalen welke mogelijke effecten de fusie van Spaarne en KG voor de betaalbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg heeft. Hierna worden de uitkomsten daarvan samengevat weergegeven. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Op de markt voor *algemene klinische ziekenhuiszorg* geldt dat toepassing van de ODM indiceert dat de gefuseerde entiteit (Sparne en KG samen) een prijsstijging van 14,3% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de ODM het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 14,7% voor Spaarne en een prijsstijging van 14,0% voor KG teweeg brengen.

Op de markt voor *algemene niet-klinische ziekenhuiszorg* geldt dat toepassing van de ODM indiceert dat de gefuseerde entiteit (Sparne en KG samen) een prijsstijging van 10,0% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de ODM het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 10,8% voor Spaarne en een prijsstijging van 9,5% voor KG teweeg brengen.

Een nadere toelichting op de effectanalyse zoals die aan de hand van de ODM is verricht, is opgenomen in bijlage 2 bij deze zienswijze.

2.3 De Logit Competition Index-methode

De LOCI is een methode die ziekenhuiszorg modelleert waarbij de concurrentie tussen de zorgaanbieders wordt bepaald door de overlap van het productaanbod van de verschillende zorgaanbieders in de diverse segmenten. De concurrentiepositie van elk ziekenhuis wordt daarbij gekarakteriseerd door een index, de LOCI, die tussen de 0 (bij een monopolie) en 1 (bij perfecte concurrentie) ligt. Een nadere toelichting op de werking van de LOCI is opgenomen in bijlage 1 bij deze zienswijze. In bijlage 2 bij deze zienswijze wordt toegelicht hoe de NZa de LOCI inzet om te bepalen welke mogelijke effecten de fusie van Spaarne en KG voor de betaalbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg heeft. Hierna worden de uitkomsten daarvan samengevat weergegeven. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen klinische en de niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Op de markt voor *algemene klinische ziekenhuiszorg* geldt dat toepassing van de LOCI indiceert dat de gefuseerde entiteit (Sparne en

KG samen) een prijsstijging van 14,8% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de LOCI het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 17,6% voor Spaarne en een prijsstijging van 12,4% voor KG teweeg brengen.

Op de markt voor *algemene niet-klinische ziekenhuiszorg* geldt dat toepassing van de LOCI indiceert dat de gefuseerde entiteit (Spaarne en KG samen) een prijsstijging van 11,5% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de LOCI het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 14,1% voor Spaarne en een prijsstijging van 9,4% voor KG teweeg brengen.

Een nadere toelichting op de effectanalyse zoals die aan de hand van de LOCI is verricht, is opgenomen in bijlage 2 bij deze zienswijze.

2.4 Samenvatting uitkomsten econometrische methoden

Schematisch – en daarmee samenvattend – weergegeven zijn de verwachte prijsstijgingen door de fusie op basis van de WTP en de LOCI-methoden als volgt.

	Spaarne	KG	Spaarne en KG
WTP klinisch	14,7%	14,0%	14,3%
LOCI klinisch	17,6%	12,4%	14,8%
WTP niet-klinisch	10,8%	9,5%	10,0%
LOCI niet-klinisch	14,1%	9,4%	11,5%

Zoals nader is toegelicht in bijlage 2 gaan de analyses die leiden tot bovenstaande uitkomsten uit van geobserveerde keuzen van patiënten. In aanvulling hierop heeft de NZa ook analyses uitgevoerd op basis van (econometrisch geschatte) voorspelde keuzen van patiënten. De uitkomsten van deze analyses ondersteunen het beeld van de analyses op basis van de geobserveerde keuzen. Meer informatie hierover is te vinden in bijlage 3 bij deze zienswijze.

3. Kwaliteit

3.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Conform de afspraken tussen de NMa, de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de IGZ) heeft de NZa de IGZ gevraagd of de IGZ een zienswijze wenst te geven over de gevolgen van deze fusie voor de kwaliteit van de zorg. De IGZ heeft aangegeven in de vergunningfase een zienswijze af te willen geven. Op 25 juni 2012 heeft de IGZ haar zienswijze aan de NZa gestuurd.

In die zienswijze geeft de IGZ aan, in het belang van de burger en op basis van een onafhankelijk oordeel, te waken over de kwaliteit van zorg. Zij ziet er zodoende op toe dat zorgaanbieders zorg verlenen die aan minimumkwaliteitseisen voldoet en doet dit op basis van risicogestuurd toezicht. De IGZ geeft aan dat haar bevindingen een retrospectief karakter hebben en gebaseerd zijn op kwaliteitsinformatie of toezichtbezoeken uit het verleden. De IGZ geeft daarbij aan dat een prospectieve uitspraak over de kwaliteit van zorg voor de IGZ niet mogelijk is. Op basis van diverse informatiebronnen beoordeelt de IGZ of de veiligheid van de patiënt of cliënt in het geding is. De signalen met betrekking tot (mogelijke) risico's voor verantwoorde zorg zijn afkomstig van de drie werkwijzen van de IGZ; gefaseerd toezicht (toezicht op basis van zorginhoudelijke indicatoren), thematisch toezicht (toezicht rond een specifiek thema) en incidententoezicht (toezicht naar aanleiding van een melding door een zorgaanbieder of burger). Indien de IGZ bij een van de vormen constateert dat de minimumnormen voor verantwoorde zorg onvoldoende geborgd zijn, treft de IGZ maatregelen.

De verzamelde informatie uit het gefaseerde toezicht, het thematische toezicht en het incidententoezicht is voor de IGZ geen reden om te veronderstellen dat de veiligheid van de patiëntenzorg in het geding is. Ook is in het verleden geen sprake geweest van verscherpt toezicht, evenmin van bestuursrechtelijke maatregelen.

4. Selectief inkopen

Het huidige zorgstelsel is erop gericht dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoveel mogelijk op grond van onderhandelingen bepalen hoeveel zorg verleend wordt, tegen welke prijs en tegen welke kwaliteit. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord² hebben betrokken partijen (het Ministerie, ZN, ZKN, NVZ en NFU³) bovendien nadere afspraken gemaakt over een beheerste uitgavengroei van 2012 tot 2015. Een belangrijk element in het akkoord is de spreiding en concentratie van zorg. Betrokken partijen hebben afgesproken dat waar dat uit oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is, zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties zullen bewerkstelligen. In de huidige contracteerronde zetten partijen voorzichtig stappen op het pad van selectieve contractering. De NZa acht het van belang dat partijen de ruimte krijgen om de ambities van het hoofdlijnenakkoord waar te maken, maar wijst er ten overvloede op dat dit hoe dan ook zal moeten gebeuren binnen de wettelijke kaders. De ziekenhuisbekostiging bevindt zich momenteel in een overgangsfase richting prestatiebekostiging. Het voorkomen van het ontstaan van machtspositie(s) ten nadele van de consument is dan des te meer van belang.

² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>

³ Het betreft de volgende partijen: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra.

5. Aanmerkelijke marktmacht

De NZa geeft in de zienswijze geen oordeel ten aanzien van het feit of Spaarne en KG dan wel in het geval de vergunning door de NMa wordt verleend het fusie ziekenhuis al dan niet beschikt over aanmerkelijke marktmacht (AMM). Indien deze fusie doorgang vindt, kan de NZa overgaan tot een onderzoek op grond van artikel 48 en/of 49 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) om AMM vast te stellen. Indien de NZa na een dergelijk onderzoek vaststelt dat er sprake is van AMM, kan zij verplichtingen zoals genoemd in artikel 48 Wmg opleggen⁴.

⁴ Voor meer informatie; <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/AMM/>.

Bijlagen

- Bijlage 1 - fusiesimulatiemodellen toelichting LOCI en WTP
- Bijlage 2 - effectanalyse Spaarne - KG
- Bijlage 3 - effectanalyse (met voorspelde patiëntkeuzen)