

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)
T.a.v. de heer dr. F.J.H. Don
Postbus 16326
2500 BH DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
Onderwerp Concentratie Stichting HagaZiekenhuis-Stichting Reinier de Graaf Groep			Datum

Geachte heer Don,

Op 7 december 2012 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat Stichting HagaZiekenhuis (hierna: Haga) en Stichting Reinier de Graaf Groep (hierna: RdGG) 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 10 december 2012 geïnformeerd. De NZa geeft op grond van artikel 9 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze melding.

Betaalbaarheid

Een concentratie kan nadelige gevolgen hebben voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voor het publieke belang betaalbaarheid is een stap in de beoordeling het bekijken of er mogelijk een prijsstijging als gevolg van de fusie plaats zal vinden. Hiertoe beschikt de NZa over recent in samenwerking met de NMa ontwikkelde econometrische methoden. Het gaat daarbij om de Option Demand-methode (hierna: ODM) en de Logit Competition Index methode (hierna: de LOCI). Hierna wordt kort toegelicht wat deze methoden behelzen.

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 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 WTP wordt gezien als een maatstaf van de onderhandelingsmacht ten aanzien van de prijzen die een ziekenhuis aan zorgverzekeraars kan vragen.

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. In de praktijk is het nuttig naast de LOCI index, die een concurrentie-index betreft, te werken met de zogenaamde inverse LOCI, oftewel invLOCI. De invLOCI is een marktmacht-index, waarbij de invLOCI is gedefinieerd als 1, gedeeld door de LOCI. De invLOCI berekent dus een getal boven 1. Hoe hoger het getal, hoe groter de macht van de geconcentreerde ziekenhuizen.

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. het 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.

Een nadere toelichting op de werking van de modellen is opgenomen in bijlage 1 bij deze zienswijze.

In bijlage 2 bij deze zienswijze wordt toegelicht hoe de NZa de ODM en de LOCI inzet om te bepalen welke mogelijke effecten de fusie van Haga en RdGG voor de betaalbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg heeft. Hierna worden de uitkomsten daarvan samengevat weergegeven.

De toepassing van deze methoden indiceert een mogelijke prijsverhoging ten aanzien van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Schematisch weergegeven zijn de verwachte prijsstijgingen door de fusie op basis van de ODM/WTP en de LOCI-methoden als volgt.

	Haga	RdGG	Haga en RdGG
WTP klinisch	5.3%	6.6%	6%
LOCI klinisch	9.5%	6.8%	8%
WTP niet-klinisch	4.8%	6.8%	5.7%
LOCI niet- klinisch	7.8%	7.7%	7.7%

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 hoofdlijnenakkoord¹ hebben betrokken partijen (het Ministerie, ZN, ZKN, NVZ en NFU²) 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. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten 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 wellicht ten overvloede op dat dit hoe dan ook zal moeten gebeuren binnen de wettelijke kaders. De ziekenhuisbesteding bevindt zich momenteel in een overgangsfase richting prestatiebesteding. Het voorkomen van het ontstaan van machtspositie(s) ten nadele van de consument is dan des te meer van belang.

Kenmerk

Pagina
3 van 3

Aanmerkelijke marktmacht

De NZa geeft in deze zienswijze geen oordeel over of het gefuseerde ziekenhuis beschikt over Aanmerkelijke marktmacht (hierna: AMM). De NZa kan overgaan tot een onderzoek op grond van artikel 48 en/of 49 Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) om AMM vast te stellen. Indien de NZa na dit onderzoek vaststelt dat er sprake is van AMM, kan zij verplichtingen zoals genoemd in artikel 48 Wmg opleggen.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur / plv. voorzitter

Bijlagen:

Bijlage 1 - Fusiesimulatiemodellen toelichting LOCI en WTP

Bijlage 2 - Effectanalyse

¹ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>

² 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.