



**Besluit**

# Vergunning vereist voor de concentratie tussen Stichting Catharina Ziekenhuis en Stichting Sint Anna Zorggroep.

Muzenstraat 41 [www](http://www.acm.nl)  
2511 WB Den Haag 070

## Vergunning vereist voor de concentratie tussen Stichting Catharina Ziekenhuis en Stichting Sint Anna Zorggroep.

<b>Kenmerk</b>	: ACM/UIT/369431
<b>Zaaknummer</b>	: ACM/17/009017
<b>Datum</b>	: 17 november 2017
<b>Auteur</b>	:
<b>Aantal pagina's</b>	: 26

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Samenvatting en leeswijzer</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Melding</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Partijen</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>De gemelde operatie</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Toepasselijkheid van het concentratietoezicht</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Beoordeling</b>	<b>6</b>
6.1	Relevante productmarkten	6
6.1.1	Inleiding	6
6.1.2	Algemene ziekenhuiszorg	7
6.1.3	Topzorg	7
6.1.4	Verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg	8
6.2	Relevante geografische markt	9
6.2.1	Inleiding	9
6.2.2	Algemene ziekenhuiszorg	9
6.3	Gevolgen van de concentratie	12
6.3.1	Inleiding	12
6.3.2	Counterfactual	13
6.3.3	Concurrentiedruk: onderling en van omringende ziekenhuizen	13
6.3.4	Inkooppositie zorgverzekeraars	18
<b>7</b>	<b>Zorgspecifieke aspecten</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Conclusie</b>	<b>26</b>

## 1 Samenvatting en leeswijzer

1. Stichting Catharina Ziekenhuis (hierna: het Catharina) en Stichting Sint Anna Zorggroep (hierna: St. Anna Zorggroep) willen fuseren. De Autoriteit Consument en Markt (hierna: de ACM) heeft dit voornemen onderzocht. Uit de analyse van de ACM blijkt dat de werkgebieden van partijen voor een belangrijk deel overlappen. Patiënten hebben minder keuzemogelijkheden na de fusie. Zo blijft er na de voorgenomen fusie slechts één belangrijk alternatief over voor patiënten van het Catharina en voor patiënten van het Sint Anna Ziekenhuis (hierna: het St. Anna) twee alternatieven. Een aantal zorgverzekeraars heeft zich kritisch uitgelaten over de voorgenomen fusie omdat er voor hen een belangrijk alternatief in de onderhandelingen wegvalt. Uit het onderzoek van de ACM komt naar voren dat zij het St. Anna, als goedkoper basisziekenhuis, nu inzetten om de prijzen bij het Catharina Ziekenhuis en het Maxima Medisch Centrum in toom te houden. Zij kunnen zorg naar dat ziekenhuis verplaatsen. Het wegvallen van het St. Anna kan daarom leiden tot hogere prijzen en langere wachttijden voor basiszorg in de regio Eindhoven. De ACM concludeert op basis hiervan dat de voorgenomen concentratie de mededinging significant zou kunnen beperken en dat er een vergunning vereist is.
2. Hoofdstuk 2 van dit besluit bevat de melding en de procedure. Hoofdstuk 3 beschrijft de activiteiten van partijen, hoofdstuk 4 de gemelde operatie en hoofdstuk 5 de toepasselijkheid van het concentratietoezicht. De beoordeling van de concentratie vindt plaats in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 komen de zorgspecifieke aspecten aan bod die de ACM bij de beoordeling betreft. Hoofdstuk 8 sluit af met de conclusie.
3. Bijlage 1 bij het besluit bevat een beschrijving van de resultaten van de kwantitatieve analyses die de ACM heeft uitgevoerd. Deze bijlage maakt onderdeel uit van dit besluit.

## 2 Melding

4. Op 30 augustus 2017 heeft de ACM een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie.<sup>1</sup> het Catharina en St. Anna Zorggroep, waarvan Ananz, het St. Anna en TopSupport onderdeel uitmaken, hebben gemeld dat zij van plan zijn om te fuseren.
5. De ACM heeft de melding op 4 september 2017 in de Staatscourant (nr. 50558) gepubliceerd. De ACM heeft geen zienswijzen van derden ontvangen. De NZa heeft geen zienswijze ingediend.<sup>2</sup> De ACM heeft schriftelijk vragen gesteld aan en gesprekken gevoerd met verschillende marktpartijen om een beeld te krijgen van de mogelijke effecten van de fusie. De ACM heeft zodoende contact gehad met het Elkerliek ziekenhuis (hierna: het Elkerliek), het Maxima Medisch Centrum (hierna: het MMC) en de zorgverzekeraars cVGZ, CZ, Zilveren Kruis (hierna: ZK), Menzis en DSW.
6. Conform de Beleidsregel Concentraties van Zorgaanbieders en Zorgverzekeraars<sup>3</sup> (hierna: de Beleidsregel) zijn de cliëntenraden van het Catharina, Ananz en het St. Anna uitgenodigd tot het

<sup>1</sup> Op grond van artikel 34 van de Mededingingswet.

<sup>2</sup> De NZa heeft in een besluit van 22 augustus 2017 aangegeven dat partijen aan de voorwaarden van de zorgspecifieke fusietoets hebben voldaan waardoor partijen de voorgenomen concentratie bij de ACM konden melden.

<sup>3</sup> Beleidsregel van de Minister van Economische Zaken van 5 juli 2013, nr. WJZ/13118300, houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Stcr. 2013, 19 570.

geven van een zienswijze over deze zorgconcentratie. De cliëntenraden hebben hier gehoor aan gegeven. Daarnaast heeft de ACM in het kader van het onderzoek naar de gevolgen van de voorgenomen concentratie, verschillende zorgspecifieke aspecten onderzocht.

### 3 Partijen

7. Het Catharina is een stichting naar Nederlands recht. Het Catharina is een opleidingsziekenhuis en is gevestigd in Eindhoven. Zij biedt zowel basiszorg als topklinische en topreferente<sup>4</sup> zorg aan. Binnen de topklinische en topreferente zorg richt zij zich met name op de cardiologische en oncologische zorg. Het Catharina is lid van oncologisch ziekenhuisnetwerk Santeon. Het Catharina beschikt over 696 bedden.
8. St. Anna Zorggroep is eveneens een stichting naar Nederlands recht. Zij biedt algemene ziekenhuiszorg, specialistische geriatrische verzorgings- en verpleeghuiszorg en sportzorg aan. De algemene ziekenhuiszorg is ondergebracht in het St. Anna, met vestigingen in Geldrop (de hoofdlocatie) en Eindhoven (polikliniek). Het St Anna heeft als speerpunt orthopedie en sportgeneeskunde (bovenregionale functie). Het St. Anna beschikt over 423 bedden. De specialistische geriatrische verzorgings- en verpleeghuiszorg is ondergebracht in Ananz. Ananz bestaat uit vier woonzorgcentra in Geldrop-Mierlo en Heeze-Leende. TopSupport is het medisch sportgezondheidscentrum van de St. Anna Zorggroep.<sup>5</sup>

### 4 De gemelde operatie

9. Uit de melding blijkt dat het Catharina en de St. Anna Zorggroep voornemens zijn om de volgende transactie aan te gaan. Partijen zijn voornemens te fuseren, hetgeen een concentratie vormt in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a van de Mededingingswet. De fusie zal bestaan uit de oprichting van een nieuwe stichting waarin de huidige stichtingen opgaan. De fusieorganisatie zal beschikken over een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht.
10. De voorgenomen transactie blijkt uit de fusieovereenkomst van 4 april 2017, de besluiten van de Raden van Bestuur van 13 april 2017 en uit de goedkeuring van de voorgenomen fusie door de Raden van Toezicht van 12 april 2017 die als bijlagen bij de melding zijn gevoegd. Bij de melding hebben partijen ook concept-statuten van de nieuw op te richten stichting van 25 mei 2017 gevoegd.
11. De ACM heeft getoetst of naast de ziekenhuizen de vrijgevestigde medisch specialisten deel uitmaken van de voorgenomen concentratie. Met de invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg per 1 januari 2015 kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten kiezen voor een structuur waarbij de medisch specialisten meer autonoom functioneren ten opzichte van het ziekenhuis en zij geen deel uitmaken van de voorgenomen concentratie. Uit de collectieve dienstverleningsovereenkomst tussen het Catharina Ziekenhuis en de Coöperatie Medisch

---

<sup>4</sup> Het Catharina biedt gynaecologische oncologie aan. Voor deze zorg is het Catharina het enige landelijke tertiaire verwijscentrum buiten de academische centra.

<sup>5</sup> TopSupport is gevestigd in Eindhoven en richt zich onder meer op extramurale fysiotherapie en medische sportkeuringen. Omdat er geen overlap is met de activiteiten van het Catharina, speelt TopSupport geen rol in de beoordeling van deze concentratie.

Specialistisch Bedrijf (hierna: MSB) Catharina kan worden geconcludeerd dat het MSB Catharina een economische eenheid vormt met het Catharina ziekenhuis. Uit de samenwerkingsovereenkomst tussen de St. Anna Zorggroep en de Coöperatie Medisch Specialistisch Bedrijf St. Anna Zorggroep volgt dat het MSB St. Anna een economische eenheid vormt met St. Anna Zorggroep. In het kader van de fusie zullen partijen ook de MSB's die binnen de ziekenhuizen werkzaam zijn integreren. In dit besluit worden daarom met het Catharina en het St. Anna ook de daar werkzame vrijgevestigde medisch specialisten bedoeld.

## 5 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht

12. De gemelde transactie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. Het gevolg van de transactie is dat de huidige stichtingen opgaan in een nieuwe stichting.
13. De ACM stelt op basis van de omzetgegevens uit de melding vast dat de gemelde concentratie onder het in hoofdstuk 5 Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.
14. Betrokken ondernemingen zijn de stichting Catharina Ziekenhuis en de stichting St. Anna Zorggroep.

## 6 Beoordeling

15. In dit hoofdstuk beoordeelt de ACM de voorgenenomen concentratie. Hiertoe beschrijft de ACM eerst de relevante markten waarop partijen actief zijn. Paragraaf 6.1 bevat een beschrijving van de relevante productmarkten en paragraaf 6.2 van de relevante geografische markt. Daarna licht de ACM haar beoordeling van de gevolgen van de voorgenenomen concentratie in paragraaf 6.3 toe.

### 6.1 Relevante productmarkten

#### 6.1.1 Inleiding

16. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg (basiszorg). Het Catharina biedt daarnaast ook topzorg<sup>6</sup> aan. Omdat het St. Anna patiënten voor topzorg naar het Catharina verwijst, bespreekt de ACM ook de productmarkt voor topzorg. Ananz, onderdeel van de St. Anna Zorggroep is actief op het gebied van verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg. Vanwege mogelijke verwijsrelaties met het Catharina gaat de ACM ook op deze activiteiten in.
17. Partijen gaan in hun melding, in lijn met de ACM-praktijk, uit van productmarkten voor klinische algemene ziekenhuiszorg, niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topzorg (topklinische en topreferente zorg).

---

<sup>6</sup> Catharina biedt de volgende topklinische zorg aan: Hemofilie, HIV behandeling, OHO, Ritmechirurgie, PTCA/PCI, AICD/ICD, CABG, Catheterablaties en THI. Wat betreft de Gynaecologische oncologie is het Catharina het enige landelijke tertiaire verwijscentrum buiten de academische centra.

### 6.1.2 Algemene ziekenhuiszorg

18. Net als in eerdere besluiten<sup>7</sup> gaat de ACM in deze zaak uit van aparte productmarkten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Omdat de gevolgen van deze voorgenomen concentratie niet wezenlijk van elkaar verschillen voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, bespreekt de ACM deze markten in haar beoordeling hierna gezamenlijk als 'de markt voor algemene ziekenhuiszorg', soms aangeduid als basiszorg.
19. De ACM heeft onderzocht of een beoordeling per specialisme noodzakelijk is. Dit is niet het geval, de marktaandeelen van partijen komen voor de verschillende specialismen nagenoeg overeen waardoor een beoordeling per specialisme niet tot andere uitkomsten zou leiden. [...] De ACM zal daarom in de rest van het besluit niet op de gevolgen per specialisme ingaan.
20. Ten behoeve van de data-analyses is het nodig om basiszorg van topzorg te onderscheiden<sup>8</sup>. Voor haar analyses gaat ACM uit van de verschillende behandelingen (DOT's) die door ziekenhuizen aan zorgverzekeraars worden gedeclareerd. De ACM heeft een DOT als basiszorg gedefinieerd als meer dan 20 algemene ziekenhuizen in Nederland deze DOT aanbieden. De ACM maakt hierbij gebruik van een iets andere definitie dan in eerdere zaken<sup>9</sup> waar zij de DOT's die door een groep algemene ziekenhuizen in de regio werd aangeboden als uitgangspunt voor basiszorg nam. Hiermee houdt zij beter rekening met het feit dat als slechts een enkel ziekenhuis een DOT aanbiedt het minder aannemelijk is dat het hier om basiszorg gaat. De ACM ziet de definitie waarvan zij in dit besluit uitgaat daarom als een verbetering. Voor deze zaak maakt het overigens niet uit van welke definitie gebruik gemaakt wordt, omdat beide definities tot dezelfde resultaten leiden.

### 6.1.3 Topzorg

21. Alleen het Catharina is actief op het gebied van topzorg. Omdat het St. Anna patiënten voor topzorg naar het Catharina verwijst, bespreekt de ACM ook de productmarkt voor topzorg. In eerdere besluiten heeft de ACM een aparte productmarkt onderscheiden voor topzorg, waar topklinische en topreferente<sup>10</sup> zorg onder vallen. Overwegingen hiervoor waren dat vraag- en aanbods substitutie voor deze markt verschillen van die van de markt voor algemene ziekenhuiszorg en dat er andere toetredingsdrempels zijn.
22. De ACM heeft onderzocht of concurrenten van het Catharina kunnen worden afgeschermd van een

---

<sup>7</sup> Zie onder meer het besluit van van 15 juli 2015 in zaak 14.0982.24/*Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep*, randnummer 35-36.

<sup>8</sup> De ACM is zich er van bewust dat het lastig is om de basiszorg volledig te scheiden van topzorg, omdat een zelfde DOT zowel een relatief eenvoudige behandeling kan inhouden als een relatief ingewikkelde behandeling die onder de topzorg geschaard kan worden.

<sup>9</sup> En partijen ook in de melding hebben gebruikt.

<sup>10</sup> Zie onder meer het besluit van 14 december 2016 in zaak 16.0685.22/*Academisch Medisch Centrum – Stichting VUmc*, randnummers 95-99. en het besluit van 2 april 2015 in zaak 15.0027.22 *Universitair Medisch Centrum Groningen – Ommelander Ziekenhuis Groep*, randnummer 14-16.

\* In deze openbare versie van het besluit zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om reden 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.

deel van hun patiënten, wanneer patiënten van het St. Anna na de fusie exclusief zouden worden doorverwezen naar het Catharina. In dat geval bestaat de mogelijkheid dat zij bepaalde vormen van zorg niet meer kunnen aanbieden. De ACM heeft aan de hand van schattingen van vakgroepen bij het St. Anna kunnen vaststellen dat [50-60]% van de verwijzingen vanuit het St. Anna nu naar het Catharina gaat en dat de overige verwijzingen(ongeveer [...] patiënten per jaar) naar een grote waaier van andere ziekenhuizen is doorverwezen.<sup>11</sup> De ACM stelt vast dat een meerderheid van het aantal doorverwijzingen vanuit het St. Anna reeds naar het Catharina gaat en dat voor de rest sprake is van relatief kleine verwijsstromen naar overige aanbieders die mogelijk in concurrentie staan met het Catharina. De ACM acht het daarom niet aannemelijk dat door een wijziging in het doorverwijspatroon vanuit het St. Anna ten gunste van het Catharina, concurrenten van het Catharina na de fusie bepaalde vormen van zorg niet meer kunnen aanbieden. Hierna gaat de ACM niet verder in op de markt voor topzorg.

#### 6.1.4 Verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg

23. De St. Anna Zorggroep is via haar dochter Ananz actief op het gebied van verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg. Ziekenhuizen verwijzen hun patiënten door naar instellingen die deze zorg aanbieden. De ACM heeft daarom onderzocht of er mogelijke negatieve gevolgen voor de concurrentie zouden kunnen optreden als gevolg van de voorgenomen concentratie tussen het St. Anna en het Catharina voor andere instellingen in de omgeving die deze zorg aanbieden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren als door het verleggen van de verwijsstromen van het Catharina naar het St. Anna andere instellingen van de markt zouden verdwijnen.
24. Voor verpleeghuiszorg en geriatrische revalidatiezorg geldt dat patiënten doorgaans kiezen voor een nabij gevestigde aanbieder. Voor thuiszorg kunnen patiënten alleen kiezen uit de aanbieders die actief zijn in hun woonplaats. Het verzorgingsgebied van Ananz bestaat primair uit de gemeenten Geldrop-Mierlo en Heeze-Leende en secundair uit Eindhoven-zuid, Asten, Nuenen, Someren en Cranendonk. De centrale cliëntenraad van Ananz geeft aan dat de patiënten voor verpleeghuiszorg met name komen uit de gemeenten waar haar verpleeghuislocaties zijn gevestigd (Geldrop-Mierlo en Heeze-Leende).De patiënten van het Catharina komen voornamelijk uit andere gemeenten. Voor deze patiënten is het aanbod van Ananz dan ook een minder aantrekkelijk alternatief en dus heeft het Catharina maar beperkte mogelijkheden om de verwijsstromen te verleggen ten gunste van het St. Anna. Voor verpleeghuiszorg en thuiszorg geldt bovendien dat patiënten vooral door huisartsen verwezen worden en niet door ziekenhuizen.<sup>12</sup>
25. Op basis van bovenstaande argumenten is de ACM tot de conclusie gekomen dat het niet aannemelijk is dat concurrenten van partijen als gevolg van de voorgenomen fusie bepaalde vormen van zorg niet meer kunnen leveren, omdat partijen patiënten exclusief naar elkaar verwijzen. De ACM vindt het daarom niet aannemelijk dat de concurrentie beperkt zou kunnen worden op de markten voor verpleeghuiszorg, geriatrische revalidatiezorg en thuiszorg. In dit besluit wordt verder niet in gegaan op deze markten.

<sup>11</sup> Ter illustratie, naar het MMC worden ongeveer [...] patiënten per jaar doorverwezen voor verschillende specialismen. Partijen hebben onderbouwd aangegeven dat slechts voor ongeveer [...] hiervan geldt dat ze in de toekomst mogelijk naar het Catharina worden doorverwezen. Het MMC heeft bevestigd niet afhankelijk te zijn van wijzigingen vanuit het St. Anna voor het kunnen leveren van welke type zorg dan ook.

<sup>12</sup> Zie onder meer het besluit van 18 maart 2014 in zaak 13.1464.22/*Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep*, randnummer 20 en Zie bijvoorbeeld het besluit van 27 juni 2006 in zaak 5206/*Pantein – STBNO*, randnummer 106 en het besluit van 10 oktober 2013 in zaak 13.0606.22/*Stichting ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen – Stichting Curamus*, randnummer 86.



## 6.2 Relevante geografische markt

### 6.2.1 Inleiding

26. Om tot een inschatting van de omvang van de relevante geografische markt voor ziekenhuiszorg te komen, maakt de ACM gebruik van meerdere bronnen die zij in samenhang met elkaar beziet. Hieronder gaat de ACM in op (i) de ligging van partijen en omliggende ziekenhuizen (ii) de opvattingen van partijen (iii) de uitkomsten van het onderzoek onder marktpartijen en (iv) de herkomst en bestemming van patiënten voor algemene ziekenhuiszorg en de reistijden naar de verschillende ziekenhuizen.<sup>13</sup>

### 6.2.2 Algemene ziekenhuiszorg

#### 6.2.2.1 Ligging van ziekenhuizen in en rond Eindhoven

27. Het St. Anna heeft vestigingen in Geldrop en Eindhoven (polikliniek). Het Catharina beschikt over één ziekenhuislocatie in Eindhoven. In de nabije omgeving van partijen is het MMC actief. Het MMC heeft een vestiging in Veldhoven en één in Eindhoven. Verder liggen ook het Elkerliek, St. Jans Gasthuis (hierna: het St. Jans), het Bernhoven ziekenhuis (hierna: het Bernhoven) en Jeroen Bosch Ziekenhuis (hierna: het JBZ) in de buurt van Eindhoven. Het Elkerliek is gevestigd in Helmond (hoofdlocatie) en heeft poliklinieken in Deurne, Gemert en Asten. Het St. Jans is gevestigd in Weert. Het Bernhoven heeft vestigingen in Uden en Oss. In Den Bosch (hoofdlocatie) is het JBZ gevestigd met poliklinieken in Boxtel, Zaltbommel, Rosmalen en Drunen. Naast deze ziekenhuizen zijn ook enkele zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's) in de regio gevestigd.
28. In bijlage 1 is een kaart opgenomen met de vestigingen van de ziekenhuizen en poliklinieken van partijen en van de omliggende ziekenhuizen. Ook is in bijlage 1 een overzicht opgenomen van de kenmerken van deze ziekenhuizen, zoals locatie, omzet en aantal bedden.

#### 6.2.2.2 Opvattingen van partijen

29. Volgens partijen bestaat de relevante geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg uit de gezamenlijke adherentiegebieden van partijen<sup>14</sup>, en ten minste uit de gemeenten Eindhoven, Best, Heeze-Leende, Geldrop-Mierlo, Nuenen, Gerwen en Nederwetten, Someren, Son en Breugel, Meierijstad<sup>15</sup> en Asten. Partijen geven hierbij aan dat alleen in de gemeente Eindhoven sprake is van een meer dan beperkte mate van overlap tussen partijen

#### 6.2.2.3 Opvattingen van marktpartijen

30. De ACM heeft een aantal zorgverzekeraars en omliggende ziekenhuizen gevraagd naar de omvang van de geografische markt. Voor zorgverzekeraars geldt dat zij door hun onderhandelingen met de ziekenhuizen een goed beeld hebben van de ziekenhuizen die patiënten als reëel alternatief zien voor partijen en van de reisbereidheid van patiënten. De omliggende ziekenhuizen weten of zij patiënten aantrekken uit dezelfde gebieden als partijen en daarom op dezelfde relevante geografische markt actief zijn.

<sup>13</sup> Zie Bijlage 1 bij dit besluit voor een toelichting op de door de ACM uitgevoerde kwantitatieve analyses.

<sup>14</sup> Het adherentiegebied van Catharina bestaat volgens partijen uit de gemeenten Best, Boxtel, Eindhoven, Meierijstad, Nuenen, Gerwen en Nederwetten, Oirschot en Son en Breugel. Het adherentiegebied van het St. Anna bestaat volgens partijen uit de gemeenten Asten, Cranendonck, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Helmond, Nuenen, Gerwen en Nederwetten en Someren.

<sup>15</sup> Deze gemeente is op 1 januari 2017 ontstaan uit een fusie van de gemeenten Veghel, Schijndel en Sint-Oedenrode.

31. Uit het onderzoek van de ACM onder marktpartijen volgt dat zowel zorgverzekeraars als omliggende ziekenhuizen de relevante geografische markt zien als de stad Eindhoven en de daar omheen liggende gemeenten, soms aangeduid met de term 'groot Eindhoven'. Alle bevroegde marktpartijen geven aan dat de werkgebieden van het Catharina, het St. Anna en het MMC voor een groot deel overlappen en dat deze ziekenhuizen tot dezelfde relevante markt behoren. Er is enig verschil van inzicht tussen marktpartijen of het Elkerliek in Helmond en het St. Jans in Weert ook op deze markt actief zijn. Marktpartijen geven vooral aan dat er overlap is tussen het werkgebied van deze ziekenhuizen en het werkgebied van het St. Anna, waarbij er ten aanzien van het St. Anna met name overlap is met het werkgebied van het Elkerliek. De overlap tussen het Elkerliek en het Catharina is volgens marktpartijen zeer bescheiden qua werkgebied met name voor de Helmondse wijk Brandevoort is er overlap. Het Elkerliek geeft aan dat in haar primaire werkgebied nagenoeg geen patiënten vanuit het werkgebied van het Catharina komen en vice versa. Volgens het Elkerliek is er wel overlap met het werkgebied van het St. Anna. De cliëntenraden van partijen onderschrijven bovenstaande inzichten.

#### **6.2.2.4 Beoordeling ACM**

32. In de navolgende randnummers gaat de ACM in op het gebied waaruit de patiënten van de verschillende ziekenhuizen afkomstig zijn (de herkomst van patiënten), naar welke ziekenhuizen deze patiënten gaan (de bestemming van patiënten) en de reistijden naar andere ziekenhuizen. Op basis van al deze informatie, in onderlinge samenhang bekeken, stelt de ACM vast wat de relevante geografische markt is.

##### *Herkomst en bestemming van patiënten*

33. In de eerste plaats heeft de ACM gekeken uit welke gemeenten partijen circa 90% van hun patiënten voor algemene ziekenhuiszorg halen. Uit de gezamenlijke herkomstgegevens van de twee ziekenhuizen volgt dat dit gebied bestaat uit de gemeenten Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Nuenen, Gerwen en Nederwetten, Best, Heeze-Leende, Someren, Son en Breugel, Asten, Helmond, Cranendonck, Oirschot, Sint-Oedenrode, Valkenswaard, Veldhoven, Boxtel, Weert, Deurne, Waalre, Laarbeek en Peel en Maas.<sup>16</sup> In dat gebied zijn naast partijen drie andere ziekenhuizen gevestigd, te weten het MMC in Eindhoven, het Elkerliek in Helmond en het St. Jans in Weert. De ACM heeft onderzocht in hoeverre de werkgebieden van deze ziekenhuizen overlappen en of er in dit gebied sprake is van min of meer homogene (concurrentie-) omstandigheden.
34. Uit de analyse van de herkomstgegevens blijkt dat de werkgebieden van partijen het meest overeenkomen met dat van het MMC. Zowel partijen als het MMC delen een gezamenlijk werkgebied dat de gemeenten Eindhoven, Nuenen, Gerwen en Nederwetten omvat. Dit zijn voor deze drie ziekenhuizen ook belangrijke herkomstgemeenten. Het Catharina haalt daar [50-60]% van haar patiënten vandaan, het St. Anna [10-20]% en het MMC [30-40]%. De werkgebieden van het Catharina en het MMC overlappen naast de eerder genoemde gemeenten ook in Best, Veldhoven, Oirschot en Son en Breugel. Het werkgebied van het St. Anna overlapt met het MMC voor de gemeente Valkenswaard.
35. Het werkgebied van partijen overlapt voornamelijk in de gemeente Helmond met het werkgebied van het Elkerliek. Het Catharina haalt daar [1-10]% van haar patiënten vandaan, het St. Anna [1-10]%. De

---

<sup>16</sup> Omdat de ACM in dit besluit uitgaat van data uit 2014 gaat zij bij de geografische markt nog niet uit van de gemeente Meijerijstad die pas in 2017 is ontstaan.

gemeente Helmond is voor het Elkerliek de belangrijkste herkomstgemeente; [40-50]% van haar patiënten komt hier vandaan. De extra reistijd van patiënten naar het Catharina en het St. Anna vanuit Helmond bedraagt tien minuten ten opzichte van het dichtstbijzijnde alternatief, het Elkerliek. De werkgebieden van het Elkerliek en het St. Anna overlappen verder in de gemeenten Asten, Someren, Deurne en Peel en Maas. De werkgebieden van het St. Anna en van het St. Jans overlappen in de gemeenten Cranendonck en Weert.

36. Voor de in randnummer 0 genoemde gemeenten heeft de ACM onderzocht naar welke ziekenhuizen patiënten uit deze gemeenten gaan. Dit geeft inzicht in welke ziekenhuizen voor de inwoners van belang zijn en of patiënten uit deze gemeenten misschien ook nog in substantiële aantallen naar andere ziekenhuizen gaan waardoor de markt mogelijk ruimer afgebakend moet worden.<sup>17</sup> Uit de analyse van de bestemmingsgegevens volgt dat behalve voor de gemeenten Sint Oedenrode en Oirschot de patiënten met name naar de vijf in randnummers 34 en 33 genoemde ziekenhuizen gaan. De uitstroom naar alle andere ziekenhuizen voor die gemeenten is minder dan 10%. Uit de gemeente Sint-Oedenrode reizen patiënten ook in substantiële aantallen [30-40]% naar het Bernhoven. Voor deze gemeente is de reistijd naar het Catharina en het Bernhoven ongeveer even lang. Uit de gemeente Oirschot reizen patiënten in substantiële aantallen naar het St. Elisabeth ziekenhuis [20-30]%. Vanuit deze gemeente is de reistijd naar het Catharina en het St. Elisabeth ziekenhuis ongeveer even lang.
37. De ACM gaat hieronder nader in op de vraag of alle gemeenten uit het gezamenlijke herkomstgebied (zie randnummer 33) tot de relevante markt gerekend moeten worden. De ACM heeft de bestemmingsgegevens, herkomstgegevens en reistijden in samenhang bekeken. Hieruit blijkt dat patiënten uit de gemeenten Deurne, Waalre, Laarbeek en Peel en Maas maar in zeer geringe mate kiezen voor de ziekenhuizen van partijen en dat partijen uit elk van deze gemeenten minder dan 1% van hun patiënten vandaan halen. De ACM neemt deze gemeenten daarom niet mee in de relevante geografische markt. Marktpartijen verschillen van inzicht over de vraag of de gemeenten Helmond en Weert tot de relevante markt behoren. Hierna bespreekt de ACM deze twee gemeenten.

*Gemeente Helmond in de relevante geografische markt?*

38. Het Elkerliek geeft zelf aan dat zij nagenoeg geen overlap ziet tussen haar werkgebied en dat van het Catharina. Zowel het Catharina als het St. Anna halen in termen van herkomst minder dan [1-10]% van hun patiënten uit Helmond. Het MMC haalt hier nagenoeg geen patiënten vandaan. Een nadere analyse van de verschillende postcodegebieden (PC4) in de gemeente Helmond laat zien dat alleen uit twee postcodegebieden (5706 en 5708) uit de westkant van Helmond patiënten voor meer dan [10-20]% naar de ziekenhuizen van partijen gaan. De ACM neemt daarom alleen deze twee postcodegebieden van de gemeente Helmond mee in de relevante geografische markt.

*Gemeente Weert in de relevante geografische markt?*

39. Uit een analyse van de patiëntenstromen blijkt dat slechts [1-10]% van de patiënten van partijen voor basiszorg uit de gemeente Weert afkomstig is. Uit de bestemmingsgegevens blijkt daarnaast dat van de patiënten uit de gemeente Weert slechts [1-10]% voor één van de ziekenhuizen van partijen kiest.<sup>18</sup> Ook qua reistijd ligt het St. Jans in Weert relatief ver weg ten opzichte van de locatie van het St. Anna en van het Catharina gezien vanuit de gemeenten die van belang zijn voor partijen. De ACM stelt op basis van deze gegevens vast dat de gemeente Weert niet tot de relevante markt behoort.

<sup>17</sup> Zie bijlage 1 bij dit besluit.

<sup>18</sup> Voor andere gemeenten die tot de relevante markt horen liggen deze percentages veel hoger.

#### 6.2.2.5 Conclusie

40. De ACM concludeert op basis van haar onderzoek dat de relevante markt bestaat uit de gemeenten Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Nuenen, Gerwen en Nederwetten, Best, Heeze-Leende, Someren, Son en Breugel, Asten, Helmond (alleen de postcodegebieden 5706 en 5708), Cranendonck, Oirschot, Sint-Oedenrode, Valkenswaard, Veldhoven en Boxtel. Deze markt duidt de ACM hierna ook wel aan als 'de regio Eindhoven'. Op deze relevante geografische markt zijn drie ziekenhuizen gevestigd, partijen en het MMC.<sup>19</sup> Daarnaast is er een polikliniek van het JBZ in Boxtel en zijn er een aantal ZBC's in dit gebied gevestigd. Daar waar relevant zal in de beoordeling worden ingegaan op de concurrentiedruk van omliggende ziekenhuizen die niet op de relevante geografische markt zijn gevestigd.
41. Binnen de door ACM afgebakende relevante markt kiest [70-80]% van de patiënten voor één van de drie ziekenhuizen die in dit gebied gevestigd zijn, namelijk die van partijen en het MMC. Daarnaast kiest 2% van de patiënten voor binnen dit gebied gevestigde ZBC's en gaat 2% van de patiënten uit dit gebied naar een academisch centrum. De ACM vindt het aannemelijk dat dit laatste zorg betreft die, mede gebaseerd op de reistijden naar deze ziekenhuizen (meer dan 30 minuten extra reistijd ten opzichte van de ziekenhuizen van partijen en het MMC), niet door de ziekenhuizen binnen dit gebied wordt aangeboden. De uitstroom naar andere ziekenhuizen die niet binnen de relevante geografische markt zijn gevestigd bedraagt daarmee ongeveer 18%.

### 6.3 Gevolgen van de concentratie

#### 6.3.1 Inleiding

42. De ACM gaat in deze paragraaf in op de verwachte gevolgen van de voorgenomen concentratie. Bij de beoordeling van de gevolgen staat de vraag centraal of partijen als gevolg van de concentratie in staat zullen zijn in significante mate de prijs te verhogen of de kwaliteit te verlagen. Dit hangt met name af van (i) de mate waarin partijen voorafgaand aan de voorgenomen concentratie concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, (ii) van de concurrentiedruk van andere zorgaanbieders op partijen en (iii) van de mogelijkheden van en de rolinvulling door de afnemers en de inkopers van de zorg, te weten de patiënten en de zorgverzekeraars om partijen na de fusie te disciplineren. De ACM weegt in haar beoordeling af of de waarschijnlijke gevolgen van de concentratie, ten opzichte van de situatie zonder de concentratie, dusdanig negatief zijn dat aannemelijk is dat deze de mededinging op significante wijze zouden kunnen belemmeren.
43. Bij haar beoordeling kijkt de ACM zowel naar de gevolgen van de fusie voor patiënten als naar die voor de zorgverzekeraars. Het effect van een fusie kan namelijk in twee stappen worden gezien<sup>20</sup>. In de eerste stap onderhandelen zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar over de voorwaarden

<sup>19</sup> Uit de herkomst- en bestemmingsgegevens per gemeente blijkt dat de in dit randnummer genoemde ziekenhuizen maar voor een deel van hun werkgebied met elkaar overlappen. Aan de randen van de individuele werkgebieden van de ziekenhuizen kunnen patiënten daarbij weer uit andere ziekenhuizen kiezen. De door de ACM afgebakende relevante markt is in die zin geen homogeen gebied. Binnen de relevante geografische markt is de stad Eindhoven het meest homogene gebied waar verschillende ziekenhuizen actief zijn.

<sup>20</sup> Zie ook Vistnes, "Hospitals, Mergers and Two-Stage Competition," *Antitrust Law Journal* 67, no. 3 (2000), 671-692.

zoals prijs en kwaliteit waarover zij een contract sluiten. In de tweede stap kiezen patiënten voor een ziekenhuis. Dit onderscheid is belangrijk omdat de concurrentiedruk die vanuit patiëntenstromen afgeleid kan worden in deze tweede fase weinig hoeft te zeggen over de mogelijkheden van de ziekenhuizen om na de fusie de prijzen te kunnen verhogen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars in de eerste fase. De ACM kijkt daarom naar beide aspecten. De gevolgen van de fusie voor de zorgverzekeraars (en in het verlengde daarvan de verzekerden) toetst de ACM door te kijken naar het effect van de fusie op de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars. De ACM toetst daarnaast of er voor patiënten voldoende keuzemogelijkheden overblijven waardoor partijen na de fusie prikkels blijven ervaren om bijvoorbeeld in kwaliteit te investeren. In deze fase van het onderzoek, beoordeelt de ACM of er redenen zijn om aan te nemen dat de voorgenomen fusie de mededinging op de relevante markt zou kunnen belemmeren en daarbij betreft zij beide perspectieven (van patiënten en zorgverzekeraars). De ACM maakt bij deze beoordeling gebruik van verschillende bronnen. Naast het kwantitatieve onderzoek naar de patiëntenstromen vormen de visies van patiënten, omliggende ziekenhuizen en zorgverzekeraars belangrijke bronnen van informatie voor de ACM.

### 6.3.2 Counterfactual

44. Bij het beoordelen van de gevolgen van een concentratie vergelijkt de ACM de mededingingssituatie die uit de concentratie zou voortvloeien met die welke zonder concentratie zou bestaan. In de meeste gevallen is de bestaande mededingingssituatie het meest relevante vergelijkingspunt (*counterfactual*) om de effecten van een concentratie te beoordelen. In bepaalde omstandigheden kan rekening worden gehouden met toekomstige ontwikkelingen die de mededingingssituatie op de markt (onafhankelijk van de concentratie) zouden beïnvloeden en die redelijkerwijs te voorspellen zijn. De ACM gaat in deze zaak uit van de bestaande situatie. In de volgende randnummers licht zij toe waarom.
45. [...]
46. [...]
47. [...]
48. [...]
49. [...]
50. De ACM komt tot de conclusie dat er los van de fusie geen ontwikkelingen zijn waar zij in de beoordeling rekening mee moet houden. De ACM gaat daarom in dit besluit uit van de bestaande mededingingssituatie als *counterfactual*. In de volgende paragrafen gaat de ACM in op de gevolgen van de fusie. In paragraaf 6.3.3 bespreekt zij de onderlinge concurrentiedruk en de druk die van andere ziekenhuizen op partijen uitgaat. In paragraaf 6.3.4 bespreekt zij de gevolgen van de fusie voor de onderhandelingspositie van partijen tegenover de zorgverzekeraars.

### 6.3.3 Concurrentiedruk: onderling en van omringende ziekenhuizen

51. De ACM bespreekt hierna eerst de marktaandelen en de uitwijkpercentages. Vervolgens vat de ACM de opvattingen van partijen en bevraagde marktpartijen samen. Vervolgens beoordeelt de ACM de

onderlinge concurrentiedruk en de concurrentiedruk van omliggende ziekenhuizen.

### 6.3.3.1 Marktaandelen en uitwijkpercentages

52. In deze paragraaf gaat de ACM in op de resultaten van haar kwantitatieve onderzoek. Aan de hand van patiëntenstromen heeft zij voor de relevante markt de marktaandelen berekend.<sup>21</sup> Ook zijn de uitwijkpercentages voor partijen berekend, aan de hand waarvan de relatieve concurrentiedruk van andere ziekenhuizen op elk van partijen in kaart wordt gebracht.
53. In tabel 1 zijn de marktaandelen van de verschillende ziekenhuizen weergegeven. Op de relevante markt hebben partijen samen een marktaandeel van [50-60]% tegenover het MMC met [20-30]% en het Elkerliek met [0-10]%. Het JBZ, het St. Jans en het Bernhoven hebben een klein marktaandeel op de relevante markt.

Tabel 1 Marktaandelen ziekenhuizen voor algemene ziekenhuiszorg op de relevante markt in 2014

	Catharina	St. Anna	MMC	Elkerliek	JBZ	St. Jans	Bernhoven	ZBC's
Relevante markt	[30-40]%	[20-30]%	[20-30]%	[1-10]%	[1-10]%	[1-10]%	[1-10]%	2%

54. De ACM heeft aan de hand van de patiëntenstromen uitwijkpercentages berekend voor partijen. Deze uitwijkpercentages (ook wel aangeduid als *diversion ratio's*) geven een indruk van de mate waarin patiënten kunnen uitwijken naar andere aanbieders, indien partijen hun prijzen verhogen of de kwaliteit van zorg verlagen. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin partijen en de andere aanbieders patiënten uit dezelfde gebieden trekken, gewogen naar het belang (in termen van aandeel in de totale herkomst) van de betreffende gemeenten voor partijen. Hoe groter het uitwijkpercentage is naar een bepaalde aanbieder, hoe meer concurrentiedruk die aanbieder uitoefent.<sup>22</sup> De door de ACM berekende uitwijkpercentages staan in de tabellen hieronder.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Omdat het niet mogelijk is in de data binnen dezelfde DOT-code te scheiden tussen topzorg en algemene ziekenhuiszorg (zie randnummer 20) en de relatief grote afstand tussen de gemeenten waaruit de relevante markt bestaat en de meest nabij gelegen academische centra (zie randnummer 41), heeft de ACM ervoor gekozen de academische centra buiten beschouwing te laten bij het berekenen van de marktaandelen op de relevante markt.

<sup>22</sup> De aannahme hierbij is dat het huidige reisgedrag van patiënten naar omliggende aanbieders een goede indicator is van het toekomstige reisgedrag van patiënten in het geval van bijvoorbeeld een kwaliteitsverslechtering. De ACM gaat er daarbij vanuit dat patiënten in een zelfde verhouding zullen uitwijken naar omliggende aanbieders als patiënten dat op dit moment doen.

<sup>23</sup> De ACM heeft als check de uitwijkpercentages ook berekend aan de hand van de definitie voor algemene ziekenhuiszorg die partijen in de melding gebruiken. De ACM komt tot de conclusie dat het hanteren van deze definitie in deze zaak tot ongeveer dezelfde resultaten leidt.

Tabel 2 Uitwijkpercentages van het Catharina naar andere zorgaanbieders<sup>24</sup>

algemene ziekenhuiszorg	
MMC	[40-50]%
St. Anna	[10-20]%
Elkerliek	[0-10]%
Bernhoven	[0-10]%
JBZ	[0-10]%

Tabel 3 Uitwijkpercentages van het St Anna naar andere zorgaanbieders<sup>25</sup>

algemene ziekenhuiszorg	
Catharina	[20-30]%
MMC	[20-30]%
Elkerliek	[20-30]%
St. Jans	[0-10]%
AZMaastricht	[0-10]%

55. Uit de uitwijkpercentages kan worden afgeleid dat het Catharina in termen van patiëntenstromen de meeste concurrentiedruk ondervindt van het MMC gevolgd door het St. Anna. Van overige ziekenhuizen ondervindt het Catharina slechts beperkt concurrentiedruk. Het St. Anna ondervindt ongeveer evenveel concurrentiedruk van het Catharina, het MMC en het Elkerliek en slechts beperkt niet of nauwelijks van andere ziekenhuizen.

### 6.3.3.2 Standpunt van partijen

56. Partijen zijn van mening dat zij niet elkaars meest gerede concurrenten zijn en dat er na de voorgenomen concentratie nog voldoende concurrentie overblijft waardoor de zorgverzekeraars via hun inkoopbeleid partijen nog in voldoende mate kunnen disciplineren. Partijen onderbouwen deze conclusie met de volgende argumenten.
57. Allereerst wijzen partijen er op dat voor slechts [0-10]% van de patiënten uit het gezamenlijk adherentiegebied van het St. Anna en het Catharina geldt dat de beide fusiepartners de twee meest dichtbijgelegen ziekenhuizen zijn. Voor het overgrote deel van deze groep geldt bovendien dat het eerste alternatief binnen dezelfde reistijd bereikbaar is. Voor slechts circa [...] mensen geldt dat ze maximaal 4 minuten extra moeten reizen om twee alternatieven te bereiken. Hun totale reistijd is dan maximaal 12 minuten. Volgens partijen blijkt hieruit dat er ook na de voorgenomen concentratie voldoende concurrentiedruk uit blijft gaan van (in afnemend belang) het MMC, het Elkerliek, het Bernhoven, het JBZ en het St. Jans.

#### *Concurrenten van het St. Anna*

58. Partijen merken daarbij op dat de meeste concurrentiedruk op het St. Anna voor de basiszorg wordt uitgeoefend door (in afnemend belang) het MMC, het Elkerliek, het Catharina en het St. Jans. Deze ziekenhuizen bieden volgens partijen allemaal net als het St. Anna een compleet pakket aan basiszorg aan en zijn dus reële alternatieven voor de patiënten van het St. Anna. Sommige van deze

<sup>24</sup> De belangrijkste vijf alternatieven in termen van uitwijkpercentages worden in de tabel gepresenteerd.

<sup>25</sup> De belangrijkste vijf alternatieven in termen van uitwijkpercentages worden in de tabel gepresenteerd.

ziekenhuizen bieden bovendien aanvullend nog speerpunten (vormen van zorg waar zij zich extra op richten) en complexe zorg aan waarmee zij zich onderscheiden van hun concurrenten. Alleen het St. Jans richt zich niet op het werkgebied van het St. Anna, maar aangezien de extra reistijd naar het St. Jans beperkt is, moet het St. Anna volgens partijen ook rekening houden met een eventuele overstap van patiënten naar dit ziekenhuis.

#### *Concurrenten van het Catharina*

59. Op het Catharina wordt volgens partijen de meeste concurrentiedruk uitgeoefend door (in afnemend belang) het MMC, het Elkerliek, het JBZ en Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, het St. Jans en het St. Anna. Het MMC is volgens partijen de grootste en sterkste concurrent omdat zij een ambitieus, topklinisch ziekenhuis is met een locatie op minder dan een kilometer afstand van het Catharina. Partijen hebben verschillende voorbeelden aangegeven waaruit blijkt dat het Catharina concurreert met het MMC, zoals op het gebied van [...]. Ook het Elkerliek oefent concurrentiedruk uit op het Catharina [...]. Het JBZ oefent concurrentiedruk uit op het Catharina door middel van haar polikliniek in het werkgebied van het Catharina (Boxtel) en door middel van bepaalde topklinische zorg [...]. Op het gebied van complexe zorg concurreert het Catharina verder met het ETZ, het VieCuri en het MMC. Met het St. Jans concurreert het Catharina volgens partijen op basiszorg doordat, ondanks dat het St. Jans iets verder weg ligt, patiënten de mogelijkheid hebben om naar dat ziekenhuis over te stappen.

#### **6.3.3.3 Uitkomsten marktonderzoek**

60. De ACM heeft in het kader van haar marktonderzoek de omliggende ziekenhuizen en zorgverzekeraars vragen gesteld over de concurrentiedruk die de verschillende ziekenhuizen op elkaar uitoefenen. In de volgende randnummers wordt hier op ingegaan.
61. Het MMC geeft aan dat in de regio klein Eindhoven (stad) het MMC een concurrent is van het Catharina. Beide ziekenhuizen doen alles op het gebied van basiszorg. Als de regio groot Eindhoven als uitgangspunt genomen wordt zijn naast het MMC en het Catharina ook het St. Anna ziekenhuis en het Elkerliek alternatieven.
62. Het Elkerliek geeft aan dat zij nagenoeg niet concurreert met het Catharina, omdat het Catharina een ander productportfolio heeft en doordat het Elkerliek geen topklinische zorg aanbiedt. Patiënten uit de Helmondse wijk Brandevoort bezoeken zowel het Catharina als het Elkerliek. Dit komt vaak door de persoonlijke voorkeur van patiënten. Volgens het Elkerliek zorgt dit over en weer niet voor concurrentiedruk met het Catharina omdat het maar om hele kleine aantallen patiënten gaat. Het Elkerliek concurreert voor het tussengelegen gebied met het St. Anna.
63. ZK geeft aan dat elk ziekenhuis zijn eigen profiel heeft. Het MMC en het Catharina zijn beide topklinische ziekenhuizen. Het St. Anna is een basisziekenhuis. Het ZK ziet het Catharina, het MMC en het Elkerliek als alternatief voor het St. Anna. Zij ziet het St. Anna en het MMC als alternatief voor het Catharina. Zij geeft aan dat voor ongeveer 70% van hun totale aanbod partijen een 'credible threat' voor elkaar zijn. Hun aanbod is dus grotendeels vergelijkbaar.
64. Volgens CZ zijn het Catharina, het MMC en het Elkerliek een alternatief voor het St. Anna. CZ geeft aan dat het St. Anna door patiënten niet als volwaardig alternatief voor het Catharina wordt gezien. Dit hangt volgens de zorgverzekeraar mede samen met de beslissingen die vakgroepen en huisartsen maken bij het doorverwijzen van patiënten. Wanneer het niet zeker is of het om een eenvoudige zorgvraag gaat, zullen vakgroepen of huisartsen eerder doorverwijzen naar het Catharina dan naar het



St. Anna. De reisbereidheid van de patiënten van het St. Anna naar het Catharina is volgens CZ groot omdat er van nature een oriëntatie is vanuit Geldrop op Eindhoven. Andersom is dit minder het geval. Van nature gaan mensen uit Geldrop volgens CZ ook niet naar Helmond. CZ geeft aan dat het MMC een meer gelijkwaardig alternatief voor het Catharina is. Van het Elkerliek gaat volgens CZ druk uit op het Catharina, vanwege de wijk Brandevoort die tussen beide ziekenhuizen in ligt. Het JBZ is alleen een alternatief voor een deel topklinische zorg, maar niet voor de basiszorg.

65. Volgens cVGZ zijn op het gebied van basiszorg partijen, het Elkerliek en het MMC alternatieven voor elkaar. Voor iemand in Eindhoven is het Elkerliek niet echt een alternatief. Veel verzekerden van cVGZ wonen in de stad Eindhoven en cVGZ is dus met name op het stadsziekenhuis aangewezen voor haar verzekerden. Het MMC heeft een dependance in Eindhoven maar biedt op die locatie niet het volledige zorgpalet. cVGZ geeft aan dat het Catharina weliswaar een topklinisch centrum is, maar dat 80 à 90% van het aanbod van een dergelijk centrum basiszorg is en voor dat deel vergelijkbaar met het aanbod van niet-topklinische centra.
66. Menzis geeft aan dat een alternatief voor het Catharina het MMC is, voor het St. Anna noemt zij het Elkerliek als alternatief. DSW geeft aan dat het MMC en Elkerliek alternatieven voor partijen zijn. DSW meent dat Tweesteden, het Bernhoven en het JBZ te ver uit de regio Eindhoven liggen om als alternatief te worden beschouwd.
67. De cliëntenraad van het Catharina geeft aan dat op dit moment in het algemeen het MMC, het St. Anna en het Elkerliek alternatieven voor het Catharina zijn. Volgens de cliëntenraad van het St. Anna is afhankelijk van uit welk deel van het adherentiegebied van het St. Anna de patiënt komt het Elkerliek, het MMC, het Catharina of het St. Jans een alternatief.

#### **6.3.3.4 Beoordeling ACM concurrentiedruk; onderling en van omringende ziekenhuizen**

68. Uit de analyse van de patiëntenstromen en het marktonderzoek onder zorgverzekeraars blijkt dat het Catharina een belangrijk alternatief is voor het St. Anna. Omgekeerd gaat er in verhouding minder concurrentiedruk van het St. Anna uit op het Catharina als alleen naar de patiëntenstromen gekeken wordt. Hoewel de meeste marktpartijen het St. Anna als alternatief zien voor het Catharina, trekt CZ dit het meest expliciet in twijfel. Zij geeft aan dat patiënten het St. Anna niet als volwaardig alternatief voor het Catharina zien en wijst daarbij op de verschillende profielen van de twee ziekenhuizen.
69. De ACM onderschrijft dat het St. Anna niet volledig dezelfde zorg kan aanbieden als het Catharina. Op het gebied van basiszorg is echter het overgrote deel van het aanbod van het St. Anna wel degelijk een alternatief voor patiënten uit het werkgebied van het Catharina. Dit blijkt uit de patiëntenstromen en de kwalitatieve argumenten van partijen en zorgverzekeraars. Zo geven partijen aan dat het voor het Catharina vanwege haar beperkte capaciteit voor een aantal vakgebieden zoals [...] de normen voor wachttijden structureel worden overschreden. En daarnaast dat om de wachttijden voor meer complexe ingrepen binnen de normen te houden, het kan voorkomen dit ten koste gaat van de wachttijden voor meer electieve ingrepen. Voor het St. Anna geldt juist dat, [...], de wachttijden relatief kort zijn en het ziekenhuis indien nodig enkele poli's ook in de avond open stelt om de wachttijden zo kort mogelijk te houden. Daardoor kan St. Anna volgens de ACM patiënten uit het werkgebied van het Catharina aantrekken. Een aantal zorgverzekeraars geeft ook aan dat zij bijvoorbeeld bij het Catharina minder zorg inkopen (met als gevolg dat hierdoor de wachttijden oplopen), terwijl zij bij het St. Anna juist de volumes vrijlaten. Gelet op bovenstaande vindt de ACM het voldoende aannemelijk dat beide ziekenhuizen voor de basiszorg concurrentiedruk op elkaar uitoefenen.

70. Het Catharina ervaart de meeste concurrentiedruk van het MMC, op afstand gevolgd door het St. Anna. Door de fusie valt dus de concurrentiedruk vanuit de op een na belangrijkste concurrent (het St. Anna) weg en blijft de facto één concurrent (het MMC) over. Voor het St. Anna blijven er na de fusie twee alternatieven over, het MMC en het Elkerliek. Het is echter de vraag of de concurrentiedruk die van het MMC en het Elkerliek (en eventueel andere ziekenhuizen) uitgaat voldoende is om partijen na de fusie te disciplineren. In het navolgende randnummers gaat ACM in op de mogelijkheden van zorgverzekeraars om partijen te disciplineren. Kunnen zij na de fusie effectief blijven onderhandelen over de prijs en kwaliteit van de geleverde zorg?

#### 6.3.4 Inkooppositie zorgverzekeraars

71. De ACM heeft de inkooppositie van zorgverzekeraars onderzocht. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij ziekenhuizen om hun verzekerden van voldoende zorg van goede kwaliteit tegen een zo laag mogelijke prijs te voorzien. Daarbij is het van belang dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om tussen zorgaanbieders te kiezen zodat zij naar een andere zorgaanbieder kunnen uitwijken als zij niet tevreden zijn over het aanbod van een bepaalde zorgaanbieder. De ACM heeft gekeken naar de middelen die zorgverzekeraars voor en na de voorgenomen fusie in de regio Eindhoven kunnen inzetten om effectieve onderhandelingen met de ziekenhuizen te kunnen blijven voeren.
72. De grootste inkoper van algemene ziekenhuiszorg bij het Catharina is cVGZ, gevolgd door CZ. Bij St. Anna is dit omgekeerd. Op afstand achter deze twee grootste verzekeraars volgt ZK. Menzis en DSW hebben een bescheiden aandeel in de inkoop van beide ziekenhuizen.

##### 6.3.4.1 Standpunt partijen

73. Partijen stellen dat zij niet elkaars meest gerede concurrenten zijn en dat er voldoende concurrentiedruk te verwachten is van de andere ziekenhuizen in de regio omdat deze relatief dichtbijgelegen zijn. Dit betekent naar het oordeel van partijen ook dat zorgverzekeraars via hun inkoopbeleid voldoende kunnen disciplineren, bijvoorbeeld door minder zorg in te kopen en/of het laten oplopen van wachttijden.
74. Partijen geven aan dat zorgverzekeraars in de onderhandelingen meerdere instrumenten inzetten zoals prijsbenchmarks, de best practices van andere ziekenhuizen op bijvoorbeeld het gebied van 'zinnige en zuinige zorg', praktijkvariatie of mate van substitutie van zorg naar de eerste lijn. Zorgverzekeraars zetten hiermee druk op partijen om goede afspraken te maken over de hoeveelheid te leveren zorg en de prijs.
75. Partijen hebben de ACM meerdere voorbeelden gegeven waaruit volgens hen de selectieve contractering van zorgverzekeraars blijkt. Volgens partijen probeert de zorgverzekeraar door middel van bijvoorbeeld vrij-volumeafspraken te sturen op de productie bij het Catharina. [...]

##### 6.3.4.2 Visie verzekeraars op de voorgenomen fusie

76. CZ ziet in deze fusie een goed plan om de zorg [...] en is daarom voorstander van deze fusie. Volgens CZ blijven er na de fusie voldoende alternatieven over naast partijen om tot goede afspraken te kunnen komen. CZ kijkt over het algemeen door een planmatige bril naar fusies. CZ ziet fusies als een middel om de toename in zorgvraag, die CZ als direct gevolg van concurrentie ziet, te beperken. Wel

geeft CZ nadrukkelijk aan elk fusievoornemen op de eigen merites te beoordelen en derhalve geen voorstander te zijn van elke fusie. CZ komt in dit geval tot de conclusie dat de verwachte voordelen van deze fusie zullen opwegen tegen de eventuele nadelen.

77. cVGZ is geen voorstander van de voorgenomen fusie tussen het St. Anna en het Catharina. Door de fusie tussen het St. Anna en het Catharina vermindert volgens cVGZ de concurrentie in de regio Zuidoost- Brabant voor de basiszorg. Door de verminderde onderlinge concurrentie wordt de inkooppositie van cVGZ verzwakt. Dit heeft gevolgen voor zowel de prijs- als volumeontwikkeling van zowel de complexe als de basiszorg. cVGZ geeft aan dat zij na de fusie minder mogelijkheden heeft om door contractering patiëntenstromen te verleggen. Door het profiel van de cVGZ-verzekerden bij het Catharina (50% basiszorg) worden met name cVGZ-verzekerden geraakt door de verminderde onderlinge concurrentie. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van medisch specialistische zorg voor algemene ongecompliceerde zorgvragen voor cVGZ-verzekerden in Eindhoven-Noord en de noordelijke randgemeenten van Eindhoven worden door de plannen van het fusieziekenhuis ernstig beperkt. De vraag is of cVGZ-verzekerden bereid zijn naar Geldrop te reizen voor hun basiszorg. Het MMC heeft ook een dependance in het centrum van Eindhoven, maar biedt op die locatie niet het volledige zorgpalet.
78. cVGZ geeft aan dat [...]. De discussie zou volgens cVGZ eigenlijk moeten gaan over het krimpen van zorg. cVGZ kijkt daarom kritisch naar deze groeiambities. Door middel van goede samenwerkingsafspraken met andere partijen kunnen zorgaanbieders ook veel bereiken. De verwachting van cVGZ is dat na de fusie de prijzen die de MSB's binnen de ziekenhuizen van partijen rekenen omhoog zullen gaan. Tevens verwacht cVGZ dat zij complexere en daarmee duurdere behandelingen zullen willen gaan uitvoeren. Uit eigen onderzoek blijkt volgens cVGZ dat de prijs bij in het verleden gefuseerde ziekenhuizen na drie jaar stijgt. cVGZ ziet dat er dan mogelijk een monopolist ontstaat. Daarom is cVGZ ook in het algemeen geen voorstander van fusies.
79. Zilveren Kruis verwacht dat zij na de fusie minder opties zal hebben om druk uit te oefenen op het fusie-ziekenhuis. Voor een groot deel van de zorg (circa 80%) die het St. Anna levert, heeft ZK nu alternatieven om toch aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Ook voor het Catharina heeft ZK alternatieven, al moet zij daar een groter deel van de zorg contracteren voor de zorgplicht. Tegenover de nadelen voor haar onderhandelingspositie kunnen ook voordelen staan, maar ZK is nog niet voldoende meegenomen in de plannen van partijen om de voordelen van deze fusie te doorgronden. ZK geeft aan dat zij op basis van haar ervaringen en eigen onderzoek in algemene zin negatief staat tegenover voorgenomen fusies van ziekenhuizen. ZK heeft onderzoek naar 13 fusies van ziekenhuizen gedaan. Daaruit blijkt volgens haar dat de fusies enkel een prijsopdrijvend effect hebben gehad. ZK ervaart in de onderhandelingen dat de onderhandelingspositie afneemt na een fusie en de plannen niet opleveren wat er beoogd werd. ZK heeft op dat moment geen middelen meer om eventuele voordelen alsnog te materialiseren.
80. DSW geeft aan dat de marktpositie van beide partijen door de fusie sterk wordt. Zij hebben daarom een grote mate van ruimte om prijs en kwaliteit te bepalen. Bij onderhandelingen speelt met name de dreiging van een alternatief een grote rol. Een dergelijk ziekenhuis is te groot om niet te contracteren en dat is bekend. Als er minder alternatieven aanwezig zijn, dan beschikt DSW naar eigen zeggen over minder mogelijkheden om een prijsverhoging tegen te gaan. Door deze mogelijke fusie ontstaan er feitelijk twee grote partijen, Catharina-Anna aan de noordoostzijde van Eindhoven en het MMC aan de zuidwestzijde. Er zal alleen concurrentie plaatsvinden om de populatie die woonachtig is in de stad Eindhoven zelf.

81. DSW geeft voorts aan dat zij ontevreden is over in het verleden genomen beslissingen van de ACM over fusies. Er zijn fusies toegestaan die hebben geleid tot zeer onwenselijke situaties. Fusies worden volgens DSW vaak in gang gezet als tegendruk tegen de grote zorgverzekeraars, om te (blijven) voldoen aan volumenormenten, of om een noodlijdend ziekenhuis te redden. Over het algemeen betekent de fusie niet dat specialisten een bepaald type operatie meer of minder gaan uitvoeren. De twee ziekenhuizen bij elkaar opgeteld blijven aan de norm voldoen en kunnen daarmee de zorg blijven regelen. Fusies als tegendruk tegen grote verzekeraars levert volgens DSW een zeer onwenselijke situatie op. Ziekenhuizen worden te groot om aanstuurbaar te kunnen zijn. De potentiële besparingen door afnemende marginale kosten zijn klein. Het optimale aantal bedden van een ziekenhuis ligt volgens DSW immers rond de 200 à 250. Er wordt een kolossaal, bureaucratisch geheel geschept, waar verzekeraars vanwege hun zorgplicht geen “nee” op kunnen zeggen.
82. Menzis vindt het een positieve ontwikkeling dat partijen van plan zijn om de basiszorg in het St. Anna te concentreren en het Catharina zich op de meer specialistische en complexe zorg te laten richten. Menzis ziet niet direct gevolgen voor haar inkooppositie, omdat Menzis een kleine verzekeraar is in deze regio.

#### **6.3.4.3 Disciplineringsmogelijkheden verzekeraars**

83. De ACM heeft zorgverzekeraars gevraagd naar de middelen waar zij in de huidige situatie over beschikken om partijen tijdens de onderhandelingen te disciplineren. De belangrijkste middelen die volgens de verzekeraars ingezet worden zijn i) het gebruik van spiegelinformatie (zoals benchmarks) om de onderhandelingen onder druk te zetten, ii) het hanteren van volumeplafonds en afspraken over vrije volumes, iii) het niet contracteren van één of meerdere specialismen of het (dreigen met) in het geheel niet contracteren van een ziekenhuis. Zorgverzekeraars combineren deze middelen in de onderhandelingen. De ACM heeft de verzekeraars gevraagd aan te geven hoe zij deze instrumenten in het geval van partijen inzetten. Voor alle instrumenten leidt de ACM af dat zorgverzekeraars deze alleen succesvol kunnen inzetten als zij over genoeg reële alternatieven beschikken. Dit houdt in dat dit aanbieders moeten zijn die enerzijds een gunstigere prijs-kwaliteit verhouding moeten hebben en dat anderzijds patiënten bereid moeten zijn om naar deze aanbieders toe te gaan. Dit kunnen zij uit zichzelf doen of daartoe geprikkeld door bijvoorbeeld een tegemoetkoming in het eigen risico of een kortere wachttijd.
  - i) *Benchmark*
84. Alle zorgverzekeraars geven aan dat er prijsverschillen zijn tussen de ziekenhuizen in de regio. Verzekeraars geven aan dat dezelfde behandeling bij het St. Anna vaak goedkoper is dan bij het MMC of het Catharina. Het MMC en het Catharina zijn gemiddeld genomen de duurdere ziekenhuizen en het St. Anna over het algemeen het goedkoopst. Voor het Elkerliek verschilt de inschatting per zorgverzekeraar, maar over het algemeen genomen is het duurder dan het St. Anna. Indien het behandelingen betreft die niet méér kosten dan het volledige eigen risico, kan het zijn dat een patiënt in het St. Anna een aanzienlijk lagere prijs betaalt dan in het Catharina of het MMC.
85. Een verzekeraar geeft aan dat het voor het St. Anna belangrijk is om het goedkoopste ziekenhuis in de regio te zijn omdat het zich wil profileren als doelmatig, efficiënt en kwalitatief goed basisziekenhuis, te midden van ziekenhuizen die zich vooral profileren op topklinische zorg. Omdat St. Anna minder gecompliceerde patiënten behandelt, is het ziekenhuis in staat om efficiënt te opereren. Het ziekenhuis heeft bij deze eenvoudigere ingrepen minder complicaties en werkt veilig. De kwaliteit wordt er beter van en het ziekenhuis is hierdoor aantrekkelijk voor verzekeraars en patiënten. Dit profiel van het St.

Anna zorgt ervoor dat het ziekenhuis een belangrijke rol speelt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en de andere aanbieders in de regio.

86. Verzekeraars hebben aangegeven dat zij de verschillen in prijs tussen de ziekenhuizen in de onderhandelingen gebruiken door benchmarks te tonen. De ziekenhuizen zien dan dat ze op een bepaald prijsniveau zitten ten opzichte van het gemiddelde van andere ziekenhuizen. Een ziekenhuis dat in vergelijking met de benchmark aan de dure kant staat, heeft iets uit te leggen en zal eerder bereid zijn de prijzen te matigen. Dit geldt ook voor het Catharina en het MMC. Geen enkel ziekenhuis wil bovendien het duurste zijn, omdat zij dit niet kunnen uitleggen aan de patiënten (bijvoorbeeld voor die behandelingen die onder het maximaal eigen risico vallen). Naast de meer algemene benchmarks geven verzekeraars aan ook regionale prijs- en kwaliteitsvergelijkingen te gebruiken om de ziekenhuizen tot initiatieven op het vlak van hogere kwaliteit en lagere prijzen te bewegen.

*ii) Volumeplafond of vrij volume*

87. Verzekeraars geven aan dat zij de (relatief) duurdere ziekenhuizen kunnen disciplineren door een volumeplafond af te spreken. Bij ziekenhuizen waar de prijs-kwaliteit verhouding gunstiger ligt, zoals het St. Anna, geven zij het volume vrij. Dit instrument passen zij toe op de gehele productie of op specifieke zorgproducten. Verzekeraars kunnen dit instrument alleen inzetten als zij de zorg bij meerdere aanbieders binnen dezelfde regio kunnen inkopen. Als een ziekenhuis met volumeplafond de productie dreigt te overschrijden, lopen de wachttijden voor patiënten daar op. Bij het ziekenhuis met een vrij volume zijn de wachttijden korter en kunnen patiënten sneller terecht. Zorgverzekeraars en verwijzende artsen (huisartsen) kunnen patiënten naar het goedkopere ziekenhuis met kortere wachttijden laten gaan.
88. Een verzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen een beroep doen op de verzekeraar voor aanvullende productieafspraken zodra de wachttijden oplopen. Dit doen zij ook als in het contract een zogenaamde zorggarantie<sup>26</sup> is afgesproken. Als de verzekeraar voldoende alternatieven heeft, hoeft zij hier niet op in te gaan en kunnen haar verzekerden bij die alternatieven terecht. Dezelfde verzekeraar geeft aan dat zij de verzekerden die contact opnemen met haar afdeling zorgbemiddeling vanwege de hogere wachttijden bij het Catharina meestal naar het St. Anna bemiddelt. Een andere verzekeraar geeft aan dat zij in 2016 succesvol patiënten naar andere zorgaanbieders heeft weten te geleiden voor een behandeling waar St. Anna relatief duur voor was door daar minder zorg in te kopen. Verzekeraars hebben meerdere voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat in het verleden dit instrument ingezet is tijdens de onderhandelingen met het Catharina, het MMC en het St. Anna. Een andere verzekeraar geeft aan dat er ook meer productie bij ZBC's kan worden ingekocht waarmee druk op partijen kan worden uitgeoefend om een gunstigere prijs-kwaliteit verhouding af te spreken.

*iii) Selectief contracteren*

89. Zorgverzekeraars geven aan dat zij ook selectieve inkoop inzetten als middel in de contractonderhandelingen met partijen. Zij kopen een bepaalde behandeling helemaal niet in bij een ziekenhuis en concentreren de betreffende zorg bij een ander ziekenhuis. Een andere optie is dat zij minder zorg inkopen bij het ene ziekenhuis en meer bij het andere (nog los van volumeplafonds). [...]
90. Tot slot geven verzekeraars aan dat als uiterste optie in het geheel kan worden afgezien van het contracteren van een ziekenhuis. Dit is echter een optie die in de praktijk eigenlijk niet wordt

---

<sup>26</sup> Een zorggarantie houdt in dat de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar heeft afgesproken dat zij zorg blijft leveren als de productie hoger uitvalt dan het afgesproken volumeplafond.

toegepast. De toepasbaarheid ervan hangt ook sterk af van het inkoopandeel die verzekeraars bij een bepaald ziekenhuis hebben. Zij moeten immers aan hun zorgplicht voldoen. Sommige verzekeraars geven aan dat dit voorafgaand aan de fusie in theorie een haalbare kaart zou zijn [...].

#### **6.3.4.4 Gevolgen onderhandelingspositie na de fusie**

91. De verzekeraars geven aan dat door de fusie een reëel alternatief in de onderhandelingen wegvalt. Enkele verzekeraars maken daarbij de kanttekening dat zij het St. Anna niet in alle opzichten een volwaardig alternatief voor het Catharina vinden. Zij schatten de gevolgen die dit teweeg kan brengen daarom deels anders in en verwachten na de fusie nog steeds goede afspraken met het fusie-ziekenhuis te kunnen maken. De een geeft aan dat haar aantal verzekerden in deze regio zo gering is dat zij ook na de fusie uit genoeg aanbieders kan kiezen. De andere verzekeraar, tevens één van de drie belangrijkste verzekeraars voor deze regio, verwacht dat haar onderhandelingspositie niet grote mate zal worden aangetast omdat er volgens haar voldoende alternatieven overblijven. Zij schat in dat het effect van het wegvallen van het St. Anna als concurrent in de regio door haar betrekkelijk kleine omvang beperkt zal zijn. Bovendien schat zij in dat na de fusie de rol die het MMC en het Elkerliek (aangevuld door ZBC's) kunnen spelen afdoende moet zijn om ook in de toekomst tot goede inkoopafspraken te komen en een prijsverhoging te vermijden, maar zij geeft tegelijk aan het lastig te vinden om in te schatten hoe succesvol zij daarin zal blijken. In het uiterste geval geeft deze verzekeraar aan zich tot de NZa te kunnen wenden indien zij na de fusie geconfronteerd wordt met onredelijke eisen.
92. Drie verzekeraars geven aan door de fusie een sterke verslechtering van hun onderhandelingspositie te verwachten met als gevolg een slechtere prijs-kwaliteit verhouding. Zij verwachten na de fusie zowel hogere prijzen bij het fusie-ziekenhuis als bij het MMC te moeten betalen. Eén verzekeraar merkt daarbij op dat een ander gevolg van de verslechtering van haar onderhandelingspositie zal zijn dat het fusie-ziekenhuis door haar verworven positie de zorgverzekeraar zal kunnen dwingen om meer topzorg te contracteren terwijl de zorgverzekeraar dit niet nodig acht. Het fusie-ziekenhuis zal willen groeien, terwijl de verzekeraar juist op krimp aanstuurt. De groei zal leiden tot zowel hogere kosten als een toename van de productie van complexe behandelingen.
93. Twee van de belangrijkste verzekeraars voor deze regio benadrukken dat de rol die het St. Anna in de onderhandelingen met de andere ziekenhuizen speelt niet kan worden overgenomen door een ander ziekenhuis in de regio, omdat deze ofwel te ver weg ligt ofwel aanzienlijk duurder is. Deze verzekeraars concluderen dat hun onderhandelingspositie hierdoor als gevolg van de fusie aanzienlijk wordt verzwakt. Eén van hen heeft een vergelijking gemaakt van de hoeveelheid zorg die verschoven zou moeten worden indien een specialisme voorafgaand aan de fusie bij het Catharina niet meer ingekocht zou worden met dezelfde situatie na de fusie. De conclusie van deze verzekeraar is dat het dreigen met het niet langer inkopen van een specialisme voor het overgrote deel van de aangeboden specialismen bij het fusie-ziekenhuis niet langer geloofwaardig ingezet zou kunnen worden.
94. Alle verzekeraars zijn het over eens dat het fusie-ziekenhuis gecontracteerd zal moeten worden. Zij krijgt namelijk een te grote positie wat betreft de basiszorg in de regio om deze in het geheel elders onder te brengen. [...] Ook de mogelijkheid om bepaalde specialismen niet of minder in te kopen, wordt naar inschatting van de verzekeraars kleiner na de fusie. De mogelijkheid voor verzekeraars om druk uit te oefenen op het MMC en het Catharina door volumes bij het St. Anna vrij te laten voor bepaalde specialismen waarop zij goedkoper is, vervalt na de fusie. Daarbij is de inschatting van sommige verzekeraars dat de prijzen van basiszorg bij het St. Anna na de fusie naar het niveau van het Catharina kunnen gaan.

95. Eén van de verzekeraars wijst erop dat de positie die het fusieziekenhuis op basiszorg zal verkrijgen en de mogelijkheid die het zal hebben om basiszorg naar de huidige vestiging van het St. Anna te verschuiven, het fusieziekenhuis in de gelegenheid zal stellen zijn groeiambities voor topzorg te realiseren. De afgelopen jaren kon de groei op topzorg volgens deze zorgverzekeraar beperkt worden, omdat er ook ruimte in het Catharina moest zijn voor basiszorg, gezien de stadsfunctie van het ziekenhuis. Ook is er een zeker volume aan basiszorg nodig om als opleidingsziekenhuis te kunnen fungeren. Als partijen na de fusie de zorg verplaatsen, waardoor er ruimte komt bij het Catharina om de topzorg uit te breiden, en het fusieziekenhuis tegelijk onmisbaar wordt voor de basiszorg in de regio, verwacht deze verzekeraar een forse groeiclaime in volumes van topzorg, die zij niet kan tegenhouden. Partijen kunnen volgens deze verzekeraar een contract voor de onmisbare basiszorg voorwaardelijk maken aan afspraken over groei op topzorg.
96. De meeste verzekeraars geven aan dat door de fusie hun afhankelijkheid van het fusie-ziekenhuis groter zal zijn dan de afhankelijkheid die zij nu hebben ten opzichte van de individuele partijen. Dit blijkt voor een deel uit de verwachting dat zij de disciplineringsinstrumenten waarover zij beschikken niet of verminderd kunnen inzetten en door de verwachting dat zij voor basiszorg niet meer om het fusie-ziekenhuis heen kunnen. Daarnaast blijkt dit uit de beantwoording van vragen die de ACM aan de verzekeraars heeft voorgelegd. De verzekeraars is gevraagd om de ziekenhuizen die in de regio actief zijn met elkaar te vergelijken en op een 10-puntsschaal aan te geven in welke mate welke ziekenhuizen van belang zijn voor het vervullen van hun zorgplicht.<sup>27</sup> Uit de antwoorden van de zorgverzekeraars blijkt dat in deze regio vóór de fusie het Catharina ziekenhuis en het MMC ongeveer even belangrijke ziekenhuizen zijn, gevolgd door Sint Anna en het Elkerliek. Na de fusie, zo geven de zorgverzekeraars aan, is het belang van een contract met de fusiecombinatie een stuk groter dan met het MMC, in de verhouding van 2:1.

*Beoordeling gevolgen inkooppositie zorgverzekeraars*

97. De ACM oordeelt dat zorgverzekeraars zowel kwalitatief als met voorbeelden uit de praktijk afdoende hebben onderbouwd dat zij voorafgaand aan de voorgenomen fusie over instrumenten beschikken waardoor zij in de onderhandelingen met het Catharina, het MMC en het St. Anna druk kunnen uitoefenen waardoor zij gunstigere onderhandelingsresultaten kunnen behalen.
98. De ACM stelt op basis van haar onderzoek onder marktpartijen vast dat het St. Anna wordt gezien als het goedkopere ziekenhuis in de regio. Zorgverzekeraars geven aan dat voor veel producten die zowel door het St. Anna, het Catharina als het MMC kunnen worden aangeboden het St. Anna het goedkoopste ziekenhuis is. De ACM heeft op basis van haar eigen data een aantal berekeningen uitgevoerd zowel op ziekenhuisniveau als op productniveau en komt tot de conclusie dat de uitspraken van verzekeraars aannemelijk zijn. De ACM vindt het hierdoor plausibel dat de zorgverzekeraars het St. Anna in het bijzonder kunnen gebruiken om de onderhandelingen met het Catharina en het MMC onder druk te zetten waarmee zij de beschikbare disciplineringsinstrumenten op een geloofwaardige manier in kunnen zetten. Dit betekent niet dat zij hiermee in een keer de prijzen naar beneden kunnen bijstellen naar het niveau van het St. Anna, maar wel dat zij in de onderhandelingen druk kunnen

---

<sup>27</sup> De verschillende antwoorden van zorgverzekeraars zijn vervolgens aan de hand van het AHP-model (een model dat gebruikt wordt om een hiërarchie te brengen tussen verschillende aspecten/criteria waaruit kan worden gekozen, in dit geval ziekenhuizen in de regio) vertaald naar procentuele percentages die het belang van de verschillende ziekenhuizen weergeven. Aan de hand hiervan kan een ruwe inschatting gemaakt worden van hoe afhankelijk de zorgverzekeraars zijn van de verschillende ziekenhuizen voor en na de fusie. De antwoorden van zorgverzekeraars moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat zij soms van een andere regio zijn uitgegaan en zij het ook lastig vonden om verschillende typen ziekenhuizen met elkaar te vergelijken.

zetten om de prijzen stapsgewijs naar beneden bij te stellen. De ACM acht het ook aannemelijk dat het St. Anna ook in de toekomst de zelfde strategie zal blijven volgen omdat het voor haar de beste manier is om het huidige productieniveau vast te houden en waar mogelijk uit te bouwen. Het St. Anna wordt hierin ondersteund door de afspraken met zorgverzekeraars.

99. De ACM stelt vast dat voor het fusie-ziekenhuis qua ligging en patiëntenstromen een grote concurrent overblijft, het MMC. De ACM heeft geen reden om aan te nemen dat het MMC in de onderhandelingen de specifieke rol die het St. Anna speelt, kan overnemen. Uit het onderzoek van de ACM is naar voren gekomen dat het MMC over het algemeen een duurder ziekenhuis is dat ook topzorg aanbiedt. Ook is gebleken dat het MMC ondanks de geringe afstand tot het Catharina, een stevige onderhandelingspositie heeft tegenover de zorgverzekeraars. Deze positie kan na de fusie verder worden verstevigd omdat het MMC dan alleen hoeft te concurreren met de fusiecombinatie. De ACM heeft ook van het MMC de uitwijkpercentages berekend en vastgesteld dat deze een soortgelijk beeld laten zien als die van het Catharina ziekenhuis. Na het Catharina is het St. Anna nu de enige concurrent van betekenis. Zoals het marktonderzoek heeft uitgewezen speelt het St. Anna ook ten opzichte van het MMC dezelfde disciplinerende rol in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. De ACM acht het dan ook aannemelijk dat als resultaat van deze fusie de positie van beide ziekenhuizen verstevigd wordt en zowel het fusie-ziekenhuis als het MMC zich daardoor onafhankelijker kunnen opstellen in de onderhandelingen richting zorgverzekeraars.
100. De ACM acht het tevens aannemelijk dat het Elkerliek en op de relevante markt actieve ZBC's niet in staat zullen zijn de rol die het St. Anna in de onderhandelingen speelt over te nemen. De uitwijkpercentages en het geringe marktaandeel op de relevante markt indiceren al dat het Elkerliek niet als een voor de hand liggend alternatief wordt gezien door grote aantallen patiënten uit de regio Eindhoven. Dit wordt bevestigd door het marktonderzoek en de meeste verzekeraars geven ook aan dat het Elkerliek in de onderhandelingen maar een beperkte disciplinerende rol speelt. Daarnaast zijn er voldoende aanwijzingen dat het Elkerliek over het algemeen een duurder alternatief is dan het St. Anna en daardoor ook een minder aantrekkelijke uitwijkoptie voor zowel zorgverzekeraars als prijsgevoelige verzekerden. Wat de rol betreft die ZBC's kunnen spelen, acht de ACM het aannemelijk dat deze een zekere concurrentiedruk op onderdelen kunnen uitoefenen. Echter, zoals de ACM in het verleden<sup>28</sup> steeds van verzekeraars in kader van verschillende concentratiezaken heeft begrepen, spelen ZBC's wat concurrentiedruk betreft tijdens onderhandelingen een zeer bescheiden rol vanwege hun geringe capaciteit en hele specifieke gerichtheid op bepaalde onderdelen van bepaalde specialismen. Ook gaven zorgverzekeraars aan dat zij terughoudend zijn met het contracteren van nieuwe ZBC's omdat deze ook tot een toename van de zorgvraag kunnen leiden.
101. Alles overziend acht de ACM het aannemelijk dat het St. Anna in de onderhandelingen tussen verzekeraars en het Catharina, maar ook in de onderhandelingen met het MMC, een bijzondere rol speelt. Deze rol kan niet worden vervuld door de andere aanbieders die na de fusie op de relevante markt actief zijn. Sterker nog, niet alleen de positie van het fusieziekenhuis wordt versterkt door het wegvallen van het St. Anna in het onderhandelingspel, maar ook die van de enige overgebleven echte concurrent, het MMC. Hierdoor is het aannemelijk dat verzekeraars in aanzienlijk mindere mate hun disciplineringsinstrumentarium geloofwaardig zullen kunnen inzetten en neemt hun afhankelijkheid van partijen en van het MMC aanzienlijk toe.
102. Deze toegenomen afhankelijkheid heeft de ACM ook kunnen vaststellen op basis van de antwoorden

---

<sup>28</sup> Zie ook besluit van 15 juli 2015 in zaak 14.0982.24/Stichting Albert SchweitzerZiekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep, randnummers 155 tot en met 164.



van verzekeraars op vragen over het belang van de verschillende ziekenhuizen voor hun contractering (zie randnummer 98). Verder wordt de afhankelijkheid van partijen versterkt doordat na de fusie het niet contracteren van het fusie-ziekenhuis onmogelijk wordt daar waar nu in uiterst geval het St. Anna niet gecontracteerd zou kunnen worden. Zelfs het niet contracteren van alleen een bepaald specialisme zal minder geloofwaardig ingezet kunnen worden in de onderhandelingen vanwege de toegenomen omvang van de te verplaatsen zorg. Door deze toegenomen afhankelijkheid verslechtert de onderhandelingspositie van verzekeraars in belangrijke mate.

#### *Conclusie ACM*

103. De ACM vindt het op basis van de uitkomsten van haar onderzoek voldoende aannemelijk dat er door de voorgenomen fusie een verslechtering van de onderhandelingspositie voor zorgverzekeraars optreedt. Als gevolg van het samengaan van partijen valt een belangrijk (en goedkoper) alternatief in de onderhandelingen weg. Het fusieziekenhuis wordt bovendien zo belangrijk in de regio dat zorgverzekeraars er bij het afsluiten van contracten niet meer omheen kunnen. De ACM acht het aannemelijk dat de verslechterde onderhandelingspositie van verzekeraars kan leiden tot een toename van zowel de prijzen als volumes van de basiszorg bij het fusieziekenhuis en het MMC.
104. De ACM concludeert daarmee ook dat de concurrentiedruk die van omliggende ziekenhuizen uitgaat, zie randnummer 70, onvoldoende is om partijen na de fusie te disciplineren. Dit effect is het duidelijkst zichtbaar voor de onderhandelingen die zorgverzekeraars met ziekenhuizen voeren, maar ook merkbaar voor patiënten op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zij zullen immers in geval van wachtlijsten bij het Catharina en/of het MMC niet langer bij het St. Anna terecht kunnen en ofwel langer moeten reizen, ofwel langer moeten wachten. Ook zullen zij voor behandelingen die minder kosten dan het volledige eigen risico mogelijk meer moeten betalen aangezien deze over het algemeen nu bij het St. Anna goedkoper zijn dan bij het Catharina en het MMC.

## 7 Zorgspecifieke aspecten

105. De ACM heeft bij haar beoordeling de volgende zorgspecifieke aspecten van de concentratie betrokken<sup>29</sup>:
  - i. De transparantie van kwaliteit van zorg: een toenemende transparantie kan van invloed zijn op het keuzegedrag van cliënten en de mate waarin zij kwaliteit daarin betrekken. Wanneer cliënten moeten reizen om zorg af te nemen kan een toename van de transparantie van de kwaliteit van zorg mogelijk hun reisbereidheid vergroten.
  - ii. het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten: randnummers 35 tot en met 37 en 39.
  - iii. de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders tot deze markt: vanwege de hoge toetredingsdrempels is het niet aannemelijk dat partijen na de voorgenomen concentratie door de toetreding van nieuwe ziekenhuizen zullen worden gedisciplineerd. Het komt in de praktijk wel voor dat ZBC's toetreden, maar gelet op de beperkte omvang van een ZBC zal ook hier geen merkbare concurrentiedruk op partijen van uit gaan: randnummer 100.
  - iv. de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten. Dit aspect heeft de ACM behandeld bij de bespreking van de inkooppositie van de zorgverzekeraars (paragraaf 6.3.4).

<sup>29</sup> Dit is overeenkomstig de Beleidsregel.

## 8 Conclusie

Het Catharina en het St. Anna hebben de ACM gemeld dat zij van plan zijn om te fuseren. De ACM concludeert dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Zij heeft reden om aan te nemen dat deze operatie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als het resultaat van het in het leven roepen of versterken van een economische machtspositie. Daarom stelt de ACM vast dat het Catharina en het St. Anna een vergunning nodig hebben voor het tot stand brengen van deze concentratie. De ACM wijst erop dat haar oordeel over de mogelijke belemmering van de mededinging een voorlopig standpunt is. Als het Catharina en het St. Anna besluiten om een vergunning aan te vragen<sup>30</sup> zal de ACM aanvullend onderzoek uitvoeren. Mogelijk komt de ACM dan tot een ander oordeel.

Autoriteit Consument en Markt,  
namens deze,

w.g. dr. B. Broers MBA  
Programmadirecteur Taskforce Zorg

*Als u rechtstreeks belanghebbende bent, kunt u beroep instellen tegen dit besluit. Stuur uw gemotiveerde beroepschrift naar de rechtbank Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam. Dit moet u doen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit aan de bij de concentratie betrokken ondernemingen. Meer informatie over de beroepsprocedure vindt u op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

---

<sup>30</sup> Op grond van artikel 41 van de Mededingingswet.