

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

Besluit van de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 41, eerste lid, van de Mededingingswet.

Nummer 3897/156

Betreft zaak: 3897/Ziekenhuis Hilversum - Ziekenhuis Gooi-Noord

- I. DE PROCEDURE
- II. DE PARTIJEN
- III. DE OPERATIE
- IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT
- V. BEOORDELING

A. RELEVANTE MARKTEN

RELEVANTE PRODUCTMARKTEN

- a. *Beschrijving activiteiten*
- b. *Algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen*
 - b.1. *Opvattingen partijen*
 - b.2. *Onderzoek naar aanbodsubstitutie*
 - b.3. *Aanwijzingen uit andere jurisdicties*
 - b.3.1. *Verenigde Staten*
 - b.3.2. *Nieuw-Zeeland*
 - b.3.3. *Duitsland*
 - b.3.4. *Tussenconclusie jurisdicties*
 - b.4. *Afweging en conclusie*
- c. *Klinisch versus niet-klinisch*
- d. *Verticale relatie*

RELEVANTE GEOGRAFISCHE MARKTEN

- a. *Huidige situatie voor patiënten woonachtig in het Gooi*
 - a.1. *Reistijd naar ziekenhuizen in en rondom het Gooi*
 - a.2. *Huidige patiëntenstromen*
- b. *Onderzoek naar de geografische markt*
 - b.1. *Geografische marktafbakening in andere jurisdicties*
 - b.1.1. *Verenigde Staten*
 - b.1.2. *Duitsland*
 - b.2. *Marktonderzoek*
 - b.3. *SEO onderzoek*
 - b.3.1. *Time elasticity approach*
 - b.3.2. *Enquête naar de reactie op een kwaliteitsdaling*
 - b.3.3. *Enquête naar de reactie op een hypothetische prijsstijging van het verzekeringspakket*
- c. *Beoordeling van de onderzoeksresultaten*
 - c.1. *Time elasticity approach*

- c.2. *Enquête naar de reactie op een kwaliteitsdaling*
- c.3. *Enquête naar de reactie op een hypothetische prijsstijging van het verzekeringspakket*
- c.4. *Peer review Oxera*
- c.5. *Onderzoek Lexecon*
- c.6. *Beoordeling*

B. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE

- a. *Opvattingen marktpartijen*
- b. *Beoordeling*

VI. CONCLUSIE

I. DE PROCEDURE

1. Op 13 april 2004 heeft de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: d-g NMa) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat Stichting Ziekenhuis Hilversum (hierna: Ziekenhuis Hilversum) en Stichting Ziekenhuis Gooi-Noord (hierna: Ziekenhuis Gooi-Noord) voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet.
2. Op 15 juli 2004 is door de d-g NMa besloten¹ (hierna: het besluit van 15 juli 2004) dat voor deze concentratie een vergunning is vereist. Van dit besluit is mededeling gedaan in Staatscourant 138 van 22 juli 2004.
3. Op 15 december 2004 heeft de d-g NMa met betrekking tot de onderhavige concentratie een aanvraag om vergunning als bedoeld in artikel 42 van de Mededingingswet ontvangen van Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord, hierna samen ook aan te duiden als partijen.
4. Op 5 januari 2005 zijn nadere vragen ter aanvulling van de aanvraag om vergunning aan partijen gestuurd. Op 31 maart 2005 is deze aanvulling van partijen volledig ontvangen. Daarnaast zijn op 18 februari 2005 nogmaals vragen ter aanvulling van de aanvraag om vergunning aan partijen gestuurd. Deze aanvulling is op 10 maart 2005 volledig ontvangen. Als gevolg hiervan is de in artikel 44, eerste lid, van de Mededingingswet genoemde termijn van 13 weken, ingevolge artikel 4:15 van de Algemene wet bestuursrecht, in totaal 85 dagen opgeschort geweest.
5. Van de aanvraag om vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 244 van 17 december 2004. Naar aanleiding van de vergunningseis van de d-g NMa van 15 juli 2004 en de mededeling in de Staatscourant zijn zienswijzen van derden ontvangen. Tevens is een zienswijze van het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (hierna: CTG/ZAio) ontvangen.
6. De door partijen ingediende en van derden ontvangen zienswijzen worden, voorzover er overwegingen aan zijn ontleend die dragend zijn voor dit besluit, in het navolgende nader uiteengezet.
7. Partijen zijn gedurende de procedure in de vergunningsfase in de gelegenheid gesteld om hun visie te geven over feiten en belangen die hen betreffen en die zijn aangegeven door derden en waarop dit besluit (mede) steunt.

¹ Besluit met kenmerk 3897/45.

8. Partijen hebben door Lecexon Ltd (hierna: Lexecon) een onderzoek laten doen, waarvan zij het resultaat bij de aanvraag hebben gevoegd.
9. Na ontvangst van de aanvraag om vergunning is door de NMa nader onderzoek verricht naar de relevante marktafbakening op het gebied van ziekenhuiszorg en naar de te verwachten gevolgen van de concentratie voor de mededinging op die markten. In verband met dit onderzoek zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen. Voorts is in opdracht van de NMa onderzoek verricht door de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit Amsterdam (hierna: SEO).
10. Partijen hebben door Oxera een *peer review* laten uitvoeren naar het onderzoek van SEO.

II. DE PARTIJEN

11. Ziekenhuis Hilversum is een stichting naar Nederlands recht. Ziekenhuis Hilversum is een algemeen ziekenhuis en biedt klinische en niet-klinische zorg aan. Ziekenhuis Hilversum heeft een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten, biedt 24 uur spoedeisende hulp aan en heeft *Intensive Care/Cardiac Control Unit*-faciliteiten. Daarnaast houdt Ziekenhuis Hilversum onder andere 100% van de aandelen in Polikliniek Apotheek Hilversum B.V., een openbare (stads)apotheek.
12. Ziekenhuis Gooi-Noord is een stichting naar Nederlands recht. Ziekenhuis Gooi-Noord is een algemeen ziekenhuis en biedt klinische en niet-klinische zorg aan. Voorts heeft het een Psychiatrische Afdeling. Ziekenhuis Gooi-Noord heeft een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten, biedt 24 uur spoedeisende hulp aan en heeft *Intensive Care/Cardiac Control Unit*-faciliteiten.

III. DE OPERATIE

13. De gemelde operatie betreft een juridische fusie in de zin van artikel 2:309 van het Burgerlijk Wetboek. Partijen hebben hieromtrent onder meer een 'intentieverklaring fusie' van 15 maart 2004 overgelegd.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT

14. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. De hierboven, onder punt 13, omschreven transactie leidt er toe dat twee voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.
15. Betrokken ondernemingen zijn Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord.

16. Uit de door partijen ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.

V. BEOORDELING

A. RELEVANTE MARKTEN

RELEVANTE PRODUCTMARKTEN

a. *Beschrijving activiteiten*

17. Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord zijn beide algemene ziekenhuizen. Ziekenhuis Hilversum heeft 490 bedden. Ziekenhuis Hilversum biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, chirurgie/heelkunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, anesthesiologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, urologie, orthopedie, neurochirurgie, mond- en kaakziekten, verloskunde en gynaecologie, keel- neus- en oorheelkunde (hierna: KNO), oogheelkunde, geriatrie, radiologie en diagnostiek, klinische pathologie, medische microbiologie, klinische chemie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde en plastische chirurgie.

18. Ziekenhuis Gooi-Noord heeft 456 bedden. Ziekenhuis Gooi-Noord biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, chirurgie/heelkunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, anesthesiologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, urologie, orthopedie, neurochirurgie, mond- en kaakziekten, verloskunde en gynaecologie, KNO, oogheelkunde, geriatrie, radiologie en diagnostiek, klinische pathologie, medische microbiologie, klinische chemie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde en psychiatrie.

19. In het onderhavige geval betreft het een fusie tussen twee algemene ziekenhuizen. Er bestaat geen overlap tussen de activiteiten van partijen op het gebied van (de niet tot de algemene ziekenhuiszorgmarkt behorende²) topklinische zorg³ en derdecompartmentenzorg⁴. In het hiernavolgende zal derhalve niet nader worden ingegaan op deze activiteiten.

b. *Algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen*

² Zie hieromtrent het besluit van 28 januari 2004 in zaak 3524/*Ziekenhuis Leyenburg – Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruisziekenhuis*.

³ Topklinische zorg betreft hooggespecialiseerde zorg en mag slechts worden verricht door aanbieders die beschikken over een vergunning op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen.

⁴ Derdecompartmentenzorg bevat zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is ondergebracht en waarvoor iedere burger zich vrijwillig aanvullend kan verzekeren.

20. De NMa en de Europese Commissie hanteren bij het afbakenen van de relevante markt de SSNIP⁵-test als uitgangspunt. Deze test onderzoekt de reikwijdte van de relevante markt op basis van vraag- en/of aanbodssubstitutie. Wanneer deze benadering wordt toegepast op ziekenhuiszorg dan blijkt dat er, gegeven de specifieke aard van de zorgvraag en het aangeboden product, meestal geen reden is om een gekozen marktdefinitie, bijvoorbeeld naar verrichtingen of behandelingen, uit te breiden op basis van vraagsubstitutie.

21. Aanbodssubstitutie is aannemelijk binnen de grenzen van een specialisme, omdat er van kan worden uitgegaan dat een maatschap over het algemeen binnen een specifiek specialisme vrij eenvoudig kan switchen tot andere binnen dat specialisme behorende behandelingen/verrichtingen. Om de marktdefinitie uit te kunnen breiden buiten de grenzen van een specialisme moeten aanwijzingen worden gevonden dat aanbodssubstitutie tussen bepaalde specialismen zal plaatsvinden. Het is bij deze analyse van belang dat er wordt aangetoond dat er sprake is van voldoende mate van aanbodssubstitutie. De mate van aanbodssubstitutie moet zodanig zijn dat hiervan een vergelijkbaar disciplinerend effect uitgaat als van substitueerbaarheid aan de vraagzijde.⁶

22. In het besluit in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*⁷ is aangegeven dat er, vanwege mogelijke aanbodssubstitutie tussen verschillende specialismen, sprake kan zijn van markten voor algemene ziekenhuiszorg. In die zaak is, net als in het besluit van 15 juli 2004, in het midden gelaten of er sprake is van markten voor algemene ziekenhuiszorg of dat een nader onderscheid moet worden gemaakt naar specialismen.

b.1. Opvattingen partijen

23. Partijen zijn van mening dat moet worden uitgegaan van één markt voor algemene ziekenhuiszorg. Partijen dragen hiertoe – kort gezegd – onder andere aan dat ziekenhuizen niet in staat zijn te discrimineren tussen de verschillende specialismen, ofwel de kwaliteit van het ene specialisme wel te verlagen en de kwaliteit van het andere specialisme niet.⁸ Partijen beargumenteren dat het de medisch specialist is die de inhoud van de medische dienstverlening bepaalt en niet het ziekenhuis. Ook bij het verstrekken van algemene diensten aan patiënten, waarbij kan worden gedacht aan verpleging en verzorging en het ter beschikking stellen van ruimte, materieel en personeel, kan het ziekenhuis geen onderscheid maken tussen patiënten die gebruik maken van verschillende specialismen. Deze diensten zijn als het ware ‘specialisme

⁵ Small but Significant Non-transitory Increase in Price.

⁶ Bekendmaking van de Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, 97/C 372/03, punt 20.

⁷ Reeds aangehaald, punten 37 tot en met 40.

⁸ Zie punt 72, een kwaliteitsdaling wordt hier door partijen gezien als een equivalent van een prijsstijging, nu patiënten geen prijzen hoeven te betalen voor ziekenhuiszorg.

overstijgend'; ze worden voor de verschillende specialismen ingezet. Als een ziekenhuis de kwaliteit van een bepaalde dienst al zou kunnen verlagen, door bijvoorbeeld minder personeel ter beschikking te stellen voor een specifiek specialisme, zou dit een weerslag hebben op andere specialismen die verband houden met dit specifieke specialisme.⁹ Ook wijzen partijen er op dat imago-verslechtering van het ene specialisme in de ogen van de patiënt ook zijn weerslag zal hebben op andere specialismen die het ziekenhuis aanbiedt.

24. Daarnaast geven partijen aan dat moet worden uitgegaan van één markt voor algemene ziekenhuiszorg omdat concurrerende ziekenhuizen specialismen kunnen opstarten of uitbreiden in antwoord op een verlaging van de kwaliteit. Hieraan zijn volgens partijen geen aanzienlijke bijkomende kosten of risico's verbonden. Hiernaast is van belang dat voor wat betreft veel diagnose behandelcombinaties uit het B-segment¹⁰ en niet-klinische verrichtingen binnen korte tijd zelfstandige behandelcentra kunnen worden opgericht. Op grond van het voorgaande concluderen partijen dat wordt voorkomen dat een ziekenhuis zich op het gebied van een bepaald specialisme onafhankelijk van andere ziekenhuizen kan opstellen. De verschillende specialismen behoren tot dezelfde productmarkt, aldus partijen. Tenslotte wijzen partijen op de beschikkingspraktijk van de nationale mededingingsautoriteiten van Duitsland en Nieuw-Zeeland en de jurisprudentie in de Verenigde Staten op het gebied van ziekenhuiszorg, waarin geen onderscheid wordt gemaakt naar specialisme (zie ook hierna punt 34 e.v.).

b.2. Onderzoek naar aanbodsubstitutie

25. De NMa heeft nader onderzoek uitgevoerd naar de vraag of dient te worden uitgegaan van een markt voor algemene ziekenhuiszorg of van verschillende markten, onderverdeeld naar specialismen. Hiertoe heeft de NMa onderzoeksbureau ECORYS-NEI de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de productmarktafbakening in de ziekenhuissector. Dit onderzoek kent zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve component.

26. Het kwantitatieve onderzoek¹¹ richt zich op het aantonen van reacties van het aanbod van ziekenhuisdiensten op veranderende marges¹² per specialisme. Het uitgangspunt van de analyse is dat, indien dergelijke reacties aantoonbaar en significant zijn op basis van historische cijfers, aanbodsubstitutie zeer waarschijnlijk is en er derhalve sprake is van een sterke aanwijzing dat de relevante productmarkt groter is dan een enkel specialisme. Ziekenhuizen zouden daartoe in het verleden moeten hebben gereageerd op (gepercipieerde) winstgevendheid van bepaalde

⁹ Doordat patiënten door verschillende specialisten worden behandeld voor een aandoening. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan diabetespatiënten die onder behandeling staan van een internist, maar ook van een oogarts.

¹⁰ Dat deel van de ziekenhuiszorg waarvoor geldt dat sinds februari 2005 door ziekenhuizen en verzekeraars kan worden onderhandeld over prijzen.

¹¹ ECORYS-NEI, aanbodsubstitutie in ziekenhuizen, Een empirisch onderzoek naar het aanbod van ziekenhuiszorg, 2005.

¹² Het verschil tussen productprijs en kostprijs van een behandeling.

specialismen door het volume van het aanbod daarop aan te passen. Gegeven de transitiefase waarin ziekenhuizen zich op dit moment bevinden is het mogelijk dat ziekenhuizen in het verleden niet hebben gereageerd op wijzigingen in de marges per specialisme, zonder dat dit betekent dat er geen aanbodsubstitutie mogelijk zou zijn. Het uitblijven van een dergelijke aanbodreactie op basis van historische gegevens biedt dan ook onvoldoende houvast om te concluderen dat de relevante productmarkt niet ruimer is dan een markt per specialisme.

27. De marges die ECORYS-NEI vindt, verschillen sterk per specialisme.¹³ ECORYS-NEI concludeert dat de grote verschillen in marges indiceren dat het systeem prikkels bevat voor ziekenhuizen om te reageren in termen van aanbod.

28. Met de hierboven bedoelde inschattingen van de marge per specialisme, gekoppeld aan productiegegevens (de aantallen ontslagen patiënten per specialisme), is het mogelijk substitutie-elasticiteiten te berekenen. Deze geven de mate van verandering van de aangeboden hoeveelheid van een bepaald product ten gevolge van een relatieve prijsverandering van een ander product weer. De berekende substitutie-elasticiteiten (in totaal zijn er 625 geschat) geven een divers beeld van het bestaan en de mate van aanbodsubstitutie.

29. De uitkomsten van dit kwantitatieve onderzoek zijn onvoldoende concreet om een conclusie te kunnen trekken over de exacte afbakening van de relevante productmarkt. De uitkomsten wijzen in lichte mate in de richting van het bestaan van aanbodsubstitutie. Uit het onderzoek blijkt echter onvoldoende (i) of de gevonden substitutie elasticiteiten voldoende hoog zijn om te komen tot ruimere markten dan die per specialisme en (ii) welke clustering van specialismen in dat geval tot één en dezelfde markt zouden moeten worden gerekend.

30. Ten behoeve van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek¹⁴ heeft ECORYS-NEI aan de hand van gesprekken en interviews met de sector¹⁵ geprobeerd de mogelijkheden voor aanbodsubstitutie te inventariseren. Het onderzoek heeft zich gericht op het verzamelen van informatie over het management- en bestuursproces van ziekenhuizen, in het bijzonder over de afweging omtrent het uitvoeren van zorginitiatieven. Daarnaast is onder meer nagegaan welke barrières er bestaan voor het aanbieden van nieuwe diensten door een ziekenhuis.

¹³ Om te komen tot marges per specialisme berekent ECORYS-NEI, op basis van gegevens afkomstig uit enquêtes die jaarlijks worden gehouden onder ziekenhuizen, de kostencurve van elk specialisme. De prijzen worden geschat aan de hand van de budgetparameters uit de budgetteringssystematiek. Omdat voor sommige weinig voorkomende specialismen te weinig gegevens voorhanden zijn om tot inschattingen van kostprijzen per (apart) specialisme te komen, zijn uiteindelijk zeven clusters van min of meer kostenhomogene specialismen ontstaan.

¹⁴ ECORYS-NEI, Productmarktafbakening in de ziekenhuissector, 2005.

¹⁵ In zestien interviews is gesproken met directeuren of voorzitters van de raad van bestuur van ziekenhuizen, vertegenwoordigers van belangenorganisaties, specialisten en medische stafbestuurders, zorgverzekeraars en huisartsen.

31. ECORYS-NEI heeft vastgesteld dat er belemmeringen bestaan voor aanbodssubstitutie in de ziekenhuissector. Zo worden de mogelijkheden tot het schuiven in het aanbod verkleind door eisen met betrekking tot een minimale omvang van bepaalde voorzieningen. Andere belemmeringen zijn het verkrijgen van financiering voor investeringen en het verkrijgen van vergunningen voor bouw en verbouw van instellingen. ECORYS-NEI differentieert deze vaststelling overigens naar het type zorg dat wordt aangeboden. Zo worden de belemmeringen voor niet-klinische zorg als minder beperkend ingeschat dan die voor klinische zorg.¹⁶

32. Hoewel bovenstaande belemmeringen worden onderkend, geeft ECORYS-NEI aan dat in de meeste gevallen sprake is van een bepaalde mate van aanbodssubstitutie en dat de toetredingsbelemmeringen voor bestaande ziekenhuizen van beperkte omvang zijn. Aangezien alle (algemene) ziekenhuizen over vrijwel alle specialismen beschikken, in min of meer vergelijkbare verhoudingen, worden grote verschuivingen van budget van het ene naar het andere specialisme in de praktijk overigens weinig waargenomen.

33. Uit het kwalitatieve noch het kwantitatieve deel van het onderzoek is te concluderen wat de exacte productmarktafbakening is. ECORYS-NEI concludeert echter wel dat, alles afwegende, er sprake is van een dusdanige mate van aanbodssubstitutie, dat de afbakening van relevante productmarkten voor specialismen een te nauwe marktdefinitie oplevert. Op basis van haar analyse stelt zij de volgende relevante markten voor: (i) acute of spoedeisende hulp; (ii) niet-klinische electieve zorg; (iii) klinische electieve zorg; (iv) topklinische verrichtingen; (v) topreferente zorg; (vi) chronische zorg.

b.3. Aanwijzingen uit andere jurisdicties

34. Een aantal andere nationale mededingingsautoriteiten heeft eveneens concentraties op het gebied van ziekenhuiszorg behandeld. In de Verenigde Staten en Nieuw-Zeeland worden dergelijke fusies reeds sinds meerdere jaren getoetst. Onlangs heeft het Duitse Bundeskartellamt (hierna: BKA) ook enkele uitspraken gedaan omtrent fusies tussen ziekenhuizen. Hieronder wordt kort de in de Amerikaanse jurisprudentie en de Nieuw-Zeelandse en Duitse beschikkingspraktijk gehanteerde productmarktafbakening beschreven.

b.3.1. Verenigde Staten

¹⁶ Geconstateerd wordt dat voor topklinische en topreferente zorg de drempels hoger zijn dan bij algemene ziekenhuiszorg, omdat daarvoor, naast de hoge kosten die aan deze zorg zijn verbonden, ook speciale vergunningen zijn vereist.

35. In de Verenigde Staten is de productmarkt veelal afgebakend als *general acute care inpatient services*.¹⁷ *General acute care inpatient services* betreft urgente klinische algemene ziekenhuiszorg. In diverse zaken zijn tevens andere onderverdelingen erkend. Zo is in de zaak *FTC v. Butterworth Health Corp* naast bovengenoemde productmarkt een markt voor *primary care inpatient services* afgebakend en is in de zaak *U.S. v. Long Island Jewish and North Shore Health system* door de *district court* naast de *general acute care inpatient services* een onderscheid erkend naar *primary/secondary*¹⁸ en *tertiary*¹⁹ care productmarkten.²⁰

36. Uit het voorgaande volgt dat in de rechtspraak in de Verenigde Staten met betrekking tot concentraties in de ziekenhuissector wordt uitgegaan van een markt voor *general acute care inpatient services* met eventueel een nader onderscheid naar primaire zorg of meer gespecialiseerde zorg. Een onderscheid naar specialismen wordt in de Verenigde Staten niet gemaakt.

b.3.2. Nieuw-Zeeland

37. De *Commerce Commission* in Nieuw-Zeeland heeft sinds 2001 meerdere besluiten genomen op het gebied van (onderdelen van) de ziekenhuiszorg.²¹ In deze besluiten vindt een bepaalde mate van clustering plaats op grond van onder meer overwegingen van substitutie aan de aanbodzijde van de markt. Geredeneerd wordt onder meer dat chirurgische apparatuur uitwisselbaar is tussen verschillende specialismen, zodat er geen reden bestaat om uit te gaan van aparte markten voor specialismen. De *Commerce Commission* gaat uiteindelijk uit van meer geclusterde markten, en niet van markten per afzonderlijk specialisme.²²

¹⁷ Zie onder meer *U.S. v. Mercy Health Services*, 902 F. Supp. At 975, *FTC v. Freeman Hospital*, 69 F. 3d 260 (8th Cir. 1995), en *FTC v. Butterworth Health Corp.*, 966 F. Supp. At 1291.

¹⁸ Zie *FTC, et al., vs. Tenet Healthcare Corp., et al*, blz. 4, voetnoot 2: “*Primary care involves relatively simple medical or surgical procedures. Secondary care is somewhat more complex, including procedures such as hernia repair or patient services related to a heart attack.*”

¹⁹ Zie *FTC, et al., vs. Tenet Healthcare Corp., et al*, blz. 4, voetnoot 3: “*Tertiary care is sophisticated, complex, or high-tech care that includes, for example, open heart surgery, oncology surgery, neurosurgery, high-risk obstetrics, neonatal intensive care and trauma services.*”

²⁰ Zie tevens *FTC v. Tenet Healthcare Corporation and Poplar Bluff Physicians*, waarin een onderscheid is gehanteerd naar *primary* en *secondary acute care inpatient services*.

²¹ Zie www.comcom.govt.nz, Decision no. 546, van 17 februari 2005, *The Southern Cross Health Trust and Auckland Surgical Centre Limited* alsmede Decision No. 537, van 11 november 2004, *Southern Cross Oxford Hospital Limited and The Oxford Clinic*.

²² Zie www.comcom.govt.nz, Decision no. 546, *The Southern Cross Health Trust and Auckland Surgical Centre Limited*, reeds aangehaald, punten 68 en 93. alsmede Decision No. 537, *Southern Cross Oxford Hospital Limited and The Oxford Clinic*, reeds aangehaald, punten 80 en 91.

b.3.3. Duitsland

38. Het BKA gaat uit van een *Markt für Krankenhausdienstleistungen (Krankenhausmarkt)*: een markt voor ziekenhuiszorg. Een nadere onderverdeling van deze markt naar bijvoorbeeld specialismen is volgens het BKA niet aan de orde.²³

39. De redenering van het BKA komt er samengevat op neer dat de markt voor ziekenhuiszorg wordt gezien als een assortimentsmarkt. Algemene ziekenhuizen bieden altijd een basispakket (*Grundsoriment*) aan dat bestaat uit een palet van verschillende medische diensten met een verschillende mate van specialisatie. De patiënt neemt de diensten van het ziekenhuis als totaalpakket (*Gesamtangebot*) waar. Bovendien bestaat bij spoedeisende hulp behoefte aan een omvangrijk aanbod van specialismen. Bij patiënten van wie de diagnose nog niet is vastgesteld, is pas na verder medisch onderzoek duidelijk aan welk specialisme zij behoefte hebben. Dit geeft aan dat er kennelijk een markt is waarop aanbieders moeten beschikken over een compleet pakket van zorgproducten.

40. Daarnaast is er volgens het BKA sprake van een bepaalde mate van substitueerbaarheid aan de aanbodzijde (*Angebotsumstellungsflexibilität*).²⁴ Het BKA geeft aan dat er geen regels zijn die het opzetten van nieuwe afdelingen met nieuwe specialismen verhinderen. Het blijkt dat in de praktijk een bepaalde medische handeling in verschillende ziekenhuizen onder verschillende afdelingen/specialismen kan vallen.

b.3.4. Tussenconclusie jurisdicties

41. De wijze waarop de relevante productmarkt wordt afgebakend verschilt aldus per jurisdictie. Om de exacte redenen van deze verschillen te kunnen duiden is inzicht nodig in de verschillen in regelgeving met betrekking tot de ziekenhuiszorg. Deze verschillen kunnen leiden tot verschillende (toetredings)drempels en daarmee tot verschillen in de exacte productmarktafbakening. Hoewel een dergelijk totaalbeeld in het kader van het onderhavige onderzoek niet is verkregen, is wel gebleken dat de productmarktafbakening in andere jurisdicties ruimer is dan afzonderlijke markten voor specialismen.

²³ Zie www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/entscheidungen/fusionskontrolle/Entschfusion.shtml, zaken B10-109/04 van 23 maart 2005, *Rhön Klinikum/Krankenhaus Eisenhüttenstadt, Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, zaak B10-161/04 van 28 april 2005, *Asklepios Kliniken/LBK Hamburg* en zaak B10-123/04 van 10 maart 2005, *Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*.

²⁴ Zie de reeds aangehaalde zaken *Rhön Klinikum/Krankenhaus Eisenhüttenstadt*, punt 82, *Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, punt 89.

b.4. Afweging en conclusie

42. Naar aanleiding van het nadere onderzoek naar de vraag of dient te worden uitgegaan van een markt voor algemene ziekenhuiszorg of van verschillende markten voor specialismen kan het volgende worden opgemerkt.

43. Het onderzoek van ECORYS-NEI heeft aanwijzingen opgeleverd voor het bestaan van een zekere mate van aanbodssubstitutie. De d-g NMa beschouwt deze uitkomst op zichzelf als onvoldoende om uit te gaan van een ruimere markt dan per specialisme. Er zijn namelijk ook aanwijzingen dat er belemmeringen bestaan voor aanbodssubstitutie tussen specialismen.

44. Uit het empirische onderzoek van ECORYS-NEI blijkt dat ook Nederlandse algemene ziekenhuizen in tamelijk hoge mate op elkaar lijken voor wat betreft het aanbod van specialismen. De overgrote meerderheid van de belangrijkste specialismen wordt door alle ziekenhuizen aangeboden en bovendien in min of meer soortgelijke verhoudingen. Ook dient rekening te worden gehouden met het feit dat voor het aanbieden van eerste hulpdiensten een zeker totaalpakket van zorgdiensten in het aanbod van een ziekenhuis aanwezig moet zijn. Hierin kunnen aanwijzingen worden gevonden dat het aannemelijk is dat er een markt bestaat voor het aanbod van een totaalassortiment aan ziekenhuisdiensten.

45. In de drie onderzochte jurisdicties, de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland en Duitsland, wordt niet uitgegaan van aparte markten voor specialismen, maar van breder samengestelde productmarkten. De onderbouwing van de keuze voor deze breder samengestelde productmarkten lijkt niet alleen te berusten op de vaststelling dat voldoende aanbodssubstitutie tussen de specialismen onderling aanwezig is, maar tevens op andere, pragmatische overwegingen. Het BKA stelt vast dat het aanbod van verschillende algemene ziekenhuizen sterk op elkaar lijkt. Dit gegeven beschouwt het BKA als ondersteuning voor de stelling dat het bij ziekenhuizen om assortimentsmarkten gaat.

46. Gebleken is dat de in het onderzoek in de onderhavige zaak voorhanden zijnde onderzoeksmethoden bepaalde beperkingen vertonen, waardoor op het gebied van de afzonderlijke specialismen voldoende betrouwbare resultaten ontbreken om in deze zaak tot een verantwoorde mededingingsrechtelijke conclusie te kunnen komen.

47. Het voorgaande wordt in onderhavige zaak veroorzaakt door het volgende. Voor het trekken van verantwoorde mededingingsrechtelijke conclusies uit marktonderzoeken is het onder meer van belang dat de dataset die wordt verkregen groot genoeg is. De gehanteerde enquête technieken zijn evenwel niet toereikend gebleken om kwantitatief voldoende informatie in

te winnen over de geografische marktomvang van markten per afzonderlijke specialismen.²⁵ Een alternatieve onderzoeksmethode (de *time elasticity approach*) die is gebruikt biedt, hoewel zij wel is ingericht op het trekken van conclusies op het niveau van afzonderlijke specialismen, op zichzelf in onderhavige zaak onvoldoende houvast (zie punt 99 tot en met 102). Per specialisme zijn derhalve in onderstaande zaak geen verantwoorde onderzoeksresultaten te verkrijgen.

48. Mede omdat uit het marktonderzoek onder marktpartijen in de vergunningsfase geen aanwijzingen zijn gevonden dat op één of meer specifieke specialismen mededingingsrechtelijke problemen zijn te verwachten als gevolg van onderhavige fusie, zal gezien het voorgaande, overigens zonder een uitspraak te doen over de door partijen genoemde argumenten (zie punt 23 en 24), in onderhavige zaak de beoordeling gericht zijn op de markt voor algemene ziekenhuiszorg, zonder nader onderscheid te maken naar specialismen.

c. *Klinisch versus niet-klinisch*

49. In het besluit van 15 juli 2004 is uitgegaan van een onderverdeling in aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Dit op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbods substitutie en verschillen in toetredingsdrempels. Daarnaast gelden er op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg andere concurrentieverhoudingen dan op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg. Zelfstandige behandelcentra mogen namelijk op basis van regelgeving slechts actief zijn op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Zij mogen patiënten niet langer dan 24 uur opnemen. Er is sprake van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg wanneer een patiënt via een poliklinische behandeling of dagbehandeling binnen 24 uur kan worden geholpen. Bij een klinische behandeling wordt de patiënt langer dan 24 uur opgenomen in het ziekenhuis.

50. Partijen hebben aangegeven dat in de ziekenhuiszorg dagbehandelingen in het algemeen gekoppeld worden aan klinische behandelingen. Dit hangt onder andere samen met het feit dat voor zowel dagbehandelingen als klinische behandelingen bedden en daardoor verpleging nodig zijn. Daarnaast geven partijen, kort gezegd, aan dat dagbehandelingen en klinische behandelingen vaker substituten van elkaar zijn dan dagbehandelingen en poliklinische

²⁵ Het is onderzoekstechnisch niet mogelijk om per respondent voor alle mogelijke markten voor specialismen vragen te stellen, aangezien het om tientallen specialismen gaat. Wanneer men – om dit te ondervangen – voor de verschillende markten voor specialismen verschillende respondenten zou willen benaderen, dienen respondenten afkomstig te zijn uit de regio die wordt onderzocht. Het is mogelijk om binnen de regio voldoende respondenten te vinden voor een onderzoek naar algemene klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg. Een verdergaand onderzoek naar specialismen is op regionaal niveau echter niet haalbaar, gezien de grote aantallen respondenten die daarvoor nodig zijn. Bovendien is het niet mogelijk respondenten gericht te benaderen voor een bepaald specialisme en daarmee een representatieve steekproef te verkrijgen omdat niet op voorhand bekend is welke patiënten/respondenten behandeld zijn bij een bepaalde specialist.

behandelingen. Behandelingen die in het ene ziekenhuis in dagbehandeling worden verricht, worden in het andere ziekenhuis via een klinische opname uitgevoerd. Partijen zijn derhalve van mening dat dagbehandelingen moeten worden gerekend tot de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg.

51. Een onderscheid naar klinisch en niet-klinisch wordt tevens gemaakt in Nieuw-Zeeland (*day/short-stay vs. inpatient*),²⁶ en in de Verenigde Staten (*outpatient vs. inpatient*). Het hierboven genoemde rapport van ECORYS-NEI stelt eveneens vast dat er verschillen zijn tussen toetredingsdrempels voor klinische en voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, hetgeen uiteindelijk in de visie van ECORYS-NEI ook leidt tot aparte productmarkten (zie punt 33).

52. De d-g NMa gaat gezien het bovenstaande in onderhavige zaak uit van de volgende twee productmarkten: (i) de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en (ii) de markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, waarbij de dagbehandelingen worden gerekend tot de markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

d. Verticale relatie

53. In het besluit van 15 juli 2004 is aangegeven dat de posities van partijen op het gebied van de *upstream* specialismen pathologische anatomie en medische microbiologie nader moeten worden onderzocht. Gezien hetgeen is opgemerkt in punt 48 zal in het hiernavolgende evenwel niet nader op deze specialismen worden ingegaan.

RELEVANTE GEOGRAFISCHE MARKTEN

a. Huidige situatie voor patiënten woonachtig in het Gooi

54. Om een indruk te geven van de huidige situatie voor patiënten in het Gooi, zal hierna eerst een situatieschets worden gegeven waaruit blijkt wat de gemiddelde reistijd van patiënten van een bepaald ziekenhuis is naar het eigen en naar andere ziekenhuizen in de omgeving (zie hierna: punt 55 tot en met 57). Vervolgens zullen kort de resultaten van de in eerste fase uitgevoerde Elzinga-Hogarty-test (hierna: EH-test) worden weergegeven die hebben geleid tot de voorlopige conclusie dat de geografische markt het Gooi omvat (zie hierna: punt 58 tot en met 60).

²⁶ Zie www.comcom.govt.nz, Decision no. 546, *The Southern Cross Health Trust and Auckland Surgical Centre Limited*, reeds aangehaald, punten 75 tot en met 92. alsmede Decision No. 537, *Southern Cross Oxford Hospital Limited and The Oxford Clinic*, reeds aangehaald, punten 84 tot en met 90.

a.1. Reistijd naar ziekenhuizen in en rondom het Gooi

55. In onderhavige zaak betreft het een fusie tussen twee ziekenhuizen gelegen in het Gooi. De feitelijke situering van de ziekenhuizen in en rondom het Gooi kan voor het doel van het onderhavige onderzoek, het beste worden weergegeven in termen van reisafstand voor patiënten. SEO heeft, mede in het kader van onderzoek naar de omvang van de geografische markt (zie later punt 70), onderzocht wat de gemiddelde reistijd van patiënten is naar het eigen ziekenhuis en naar andere ziekenhuizen. Uit deze gegevens kan een situatieschets worden afgeleid van de ligging van de ziekenhuizen in en rondom het Gooi.

56. In onderstaande tabel 1 is de gemiddelde²⁷ reistijd weergegeven van patiënten van een bepaald ziekenhuis naar het eigen ziekenhuis en naar andere ziekenhuizen. Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde reistijd naar het eigen ziekenhuis voor de algemene ziekenhuizen ligt tussen de 23 en 28 minuten en voor de academische ziekenhuizen tussen de 33 en 36 minuten (cijfers op de diagonaal). De gemiddelde reistijd naar andere ziekenhuizen is vanzelfsprekend langer. Een patiënt van Ziekenhuis Gooi-Noord doet er gemiddeld 27 minuten over om bij ziekenhuis Gooi-Noord te komen. De gemiddelde reistijd van een patiënt van Ziekenhuis Hilversum naar Ziekenhuis Hilversum is 25 minuten.

57. Patiënten van Ziekenhuis Hilversum hebben gemiddeld 36 minuten nodig om bij Ziekenhuis Gooi-Noord te komen. Patiënten van Ziekenhuis Gooi-Noord doen er gemiddeld 39 minuten over om bij ziekenhuis Hilversum te komen. Uit de tabel komt naar voren dat deze reistijden soms weinig afwijken van de reistijd naar andere alternatieve ziekenhuizen. Voor patiënten van Ziekenhuis Hilversum komen bij 41 in plaats van 36 minuten reistijd ook het UMC, het Diaconessenhuis en het AMC in beeld. Voor patiënten van Ziekenhuis Gooi-Noord geldt dat het Flevoziekenhuis, het AMC, het VUMC, het UMC en het Meander MC, qua gemiddelde reistijd niet veel verder weg liggen.

²⁷ Het gaat hierbij om ongewogen gemiddelden.

Tabel 1 Gemiddelde reistijd van patiënten van een ziekenhuis (minuten) naar het eigen ziekenhuis en naar andere ziekenhuizen

		[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein	[1]	28	43	48	97	46	30	32	29	62	52
Ziekenhuis Hilversum	[2]	57	25	36	56	42	50	38	35	47	41
Ziekenhuis Gooi-Noord, Blaricum	[3]	63	39	27	40	44	58	45	43	43	40
Flevoziekenhuis, Almere	[4]	89	61	35	23	58	81	68	66	44	40
Meander Medisch Centrum, Baarn	[5]	56	43	42	57	24	62	42	37	64	69
Mesos Medisch Centrum, Amersfoort	[6]	29	35	41	89	45	24	28	27	54	45
Diakonessenhuis, Utrecht	[7]	34	37	45	83	35	30	26	24	71	63
UMC – Utrecht	[8]	41	43	49	83	43	39	35	33	66	60
VUMC – Amsterdam	[9]	58	64	66	62	74	57	76	80	34	41
AMC – Amsterdam	[10]	55	59	56	53	69	54	70	72	34	36

Toelichting: reistijden berekend op basis van reistijden tussen postcodegebieden. Uitgegaan is van reistijd per auto inclusief 8 minuten voor instappen, file en parkeren. Bron: SEO.

a.2. *Huidige patiëntenstromen*

58. In het besluit van 15 juli 2004²⁸ is de EH-test toegepast, die is gebaseerd op gerealiseerd reisgedrag van patiënten.²⁹ Deze test leidde tot de vaststelling dat [80-90]⁺% van de patiënten die

²⁸ Punten 40 tot en met 44.

²⁹ Ook in de Nieuw-Zeelandse en Duitse beschikkingspraktijk en de Amerikaanse jurisprudentie wordt gebruik gemaakt van gegevens die zijn gebaseerd op gerealiseerd reisgedrag van patiënten.

* In deze openbare versie van het besluit zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om redenen van vertrouwelijkheid. Vervangen of weggelaten delen zijn met vierkante haken aangegeven. In het geval van getallen of percentages kan de vervanging hebben plaatsgevonden in de vorm van vermelding van bandbreedtes.

woonachtig zijn in het Gooi voor zowel klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg naar Ziekenhuis Hilversum of Ziekenhuis Gooi-Noord gaat. De resterende groep patiënten gaat naar ziekenhuizen verspreid door Nederland, en deels daarbuiten.³⁰ Van de patiënten van Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord komt ongeveer [70-80]% uit het Gooi.³¹ Het resterende gedeelte van de patiënten is afkomstig uit de rest van Nederland.

59. Uit de resultaten van de EH-test die is uitgevoerd in de eerste fase blijkt aldus dat patiënten op dit moment een voorkeur hebben voor ziekenhuizen die dichtbij gelegen zijn en dat patiënten uit de regio het Gooi in (grote) meerderheid kiezen voor de ziekenhuizen van partijen. Opmerkelijk is dat ziekenhuizen die relatief niet veel verder weg gelegen zijn dan de ziekenhuizen in het Gooi (zie voorgaande tabel 1) in veel mindere mate worden bezocht door patiënten uit de regio het Gooi.

60. In het besluit van 15 juli 2004 is reeds aangegeven dat een nadeel van de EH-test is dat het een statische test is. Idealiter houdt een marktafbakening rekening met reacties van patiënten op een veronderstelde stijging van de prijs of daling van de kwaliteit van het aanbod als gevolg van de voorgenomen concentratie. In het besluit van 15 juli 2004 is daarom aangegeven dat een vervolgonderzoek noodzakelijk was, waarbij de focus zou moeten liggen op de vraag waar patiënten heen kunnen gaan en bereid zijn heen te gaan in het geval zich een prikkel voordoet om van zorgaanbieder te wisselen, bijvoorbeeld bij een gepercipieerde kwaliteitsdaling. Zoals hierna zal blijken is in de vergunningsfase een dergelijk onderzoek uitgevoerd.

b. Onderzoek naar de geografische markt

61. Onderzoeksbureau SEO heeft in opdracht van de NMa in de vergunningfase onderzoek uitgevoerd naar de omvang van de geografische markt. Het onderzoek van SEO heeft als doel tegemoet te komen aan het in het voorgaande punt genoemde nadeel van de EH-test. In casu komt het er op neer dat is onderzocht of patiënten, bij een waargenomen kwaliteitsvermindering, naar andere, verder weg gelegen ziekenhuizen dan de ziekenhuizen van partijen, zullen uitwijken (zie later punt 70 e.v.).

62. De resultaten van dit onderzoek zullen hierna worden besproken. Eerst zal worden ingegaan op de vraag hoe de afbakening van de geografische markt in enkele andere jurisdicties is benaderd (zie punt 63 tot en met 65). Vervolgens zal worden ingegaan op de reacties van huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars en zelfstandige behandelcentra op de voorgenomen fusie (zie punt 66 tot en met 69). Ten slotte volgt een beschrijving van de door SEO uitgevoerde

³⁰ Zie het besluit van 15 juli 2004, punt 40. Het ziekenhuis dat na partijen de meeste patiënten afkomstig uit het Gooi behandelt, behandelt slechts maximaal 4% van deze patiënten.

³¹ Zie het besluit van 15 juli 2004, punt 41. Klinische algemene ziekenhuiszorg: [70-80]%; Niet-klinische algemene ziekenhuiszorg: [70-80]%

onderzoeken (zie punt 70 tot en met 84), een beoordeling van de uit deze onderzoeken voortvloeiende resultaten (zie punt 85 tot en met 91), een weergave van het commentaar op het SEO onderzoek dat in opdracht van partijen door Oxera is geformuleerd (zie punt 92 en 93), en ten slotte een bespreking van het in opdracht van partijen door Lexecon verrichte onderzoek (zie punt 94 tot en met 98).

b.1. Geografische marktafbakening in andere jurisdicties

b.1.1. Verenigde Staten

63. In de rechtspraak in de Verenigde Staten van de afgelopen jaren omtrent fusies tussen ziekenhuizen zijn diverse geografische marktafbakeningsmethoden toegepast. De EH-test en de *critical loss*³² test zijn in diverse rechtszaken door de mededingingsautoriteiten of de fusierende ziekenhuizen ingebracht als bewijs voor een bepaalde geografische marktafbakening.³³ Het Department of Justice en de Federal Trade Commission geven in een gezamenlijk rapport over onder meer de ziekenhuissector³⁴ aan dat er indicaties bestaan dat de EH-test niet voldoende betrouwbaar is als geografische marktafbakeningsmethode bij ziekenhuisfusies.³⁵ Met betrekking tot de *critical loss* analyse wijzen de Amerikaanse mededingingsautoriteiten er op dat deze methode het potentieel heeft om de SSNIP-test op een nuttige wijze te implementeren, maar dat dit met grote voorzichtigheid dient te geschieden.³⁶ Voorts geven zij aan dat een empirische analyse met betrekking tot de reisbereidheid als gevolg van een kleine maar significante prijsstijging ook nuttig kan zijn.³⁷

b.1.2. Duitsland

64. Het BKA volgt primair een benadering voor de afbakening van de geografische markt die uitgaat van gerealiseerd reisgedrag, van feitelijke patiëntenstromen.³⁸ Het BKA heeft gegevens

³² Zie voor een uitleg van deze test punt 85.

³³ Zie bijvoorbeeld Zie FTC, et al., vs. Tenet Healthcare Corp., et al, waarin door de FTC als bewijs voor de omvang van de geografische markt een op de EH-test gebaseerde analyse werd ingebracht en door Tenet Healthcare Corp een *critical loss* analyse.

³⁴ Improving health care: a dose of competition, a report by the Federal Trade Commission and the Department of Justice (hierna: het rapport van de FTC en DoJ), juli 2004.

³⁵ Zie het rapport van de FTC en DoJ, hoofdstuk 4 blz. 21, “*To date... the Agencies' experience and research indicate that the Elzinga-Hogarty test is not valid or reliable in defining geographic markets in hospital merger cases.*”

³⁶ ³⁶ Zie het rapport van de FTC en DoJ, hoofdstuk 4 blz. 10, “*Critical loss analysis has the potential to provide a useful way to implement the hypothetical monopolist test, but it must be applied with great care.*”

³⁷ Zie het rapport van de FTC en DoJ, hoofdstuk 4 blz. 20, “*Empirical evidence is desirable on certain issues, such as the extent of patients' willingness to travel to distant hospitals in response to a small, but significant and non-transitory increase in price.*”

³⁸ Zie zaak *Rhön Klinikum/Krankenhaus Eisenhüttenstadt*, reeds aangehaald, punt 84 en 104, alsmede zaak *Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, reeds aangehaald, punt 91 en 116.

verzameld van ziekenhuizen binnen het werkgebied van de fuserende ziekenhuizen en van ziekenhuizen in een straal daaromheen. Vervolgens zijn meerdere gemeenten geclusterd tot geografische gebieden. Het BKA heeft gekeken naar de feitelijke patiëntenstromen tussen de gebieden waarin de fuserende ziekenhuizen liggen en de gebieden die binnen de genoemde straal zijn gevestigd.³⁹

65. Door het BKA wordt onderkend dat een substantieel gedeelte van de patiënten binnen de aldus gedefinieerde markten, ziekenhuizen buiten dat gebied bezoekt.⁴⁰ In de markten in Rhön-Grabfeld gaat het om 30%.⁴¹ Het BKA stelt vast dat de buiten de gedefinieerde markten liggende gebieden, waarin andere ziekenhuizen zijn gevestigd, de mededingingsvoorwaarden beïnvloeden. Als doorslaggevend argument voor een nauwe geografische marktafbakening beschouwt het BKA dat het totaal aan 'import' is verspreid over meerdere ziekenhuizen uit naburige gebieden. Dit laat echter onverlet dat aan de 'import' betekenis kan toekomen bij de beoordeling van de gevolgen van de concentratie.⁴²

b.2. Marktonderzoek

66. Om een nader beeld te krijgen van de omvang van de relevante geografische markt heeft SEO in opdracht van de NMa een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder tien huisartsen in de regio het Gooi. Het verwijsgedrag van een huisarts is van groot belang voor de keuze van de patiënt voor een bepaald ziekenhuis.⁴³ De geïnterviewde huisartsen geven aan dat voor hen reisafstand, kwaliteit en contact met de specialist en/of het ziekenhuis de belangrijkste factoren zijn bij de keuze naar welk ziekenhuis wordt doorverwezen. De meeste patiënten worden door de huisartsen verwezen naar de meest nabijgelegen ziekenhuizen (Ziekenhuis Gooi-Noord en Ziekenhuis Hilversum).⁴⁴ Niet alleen is de reisafstand het kortst, ook de contacten met de aldaar werkzame specialisten zijn in die ziekenhuizen het grootst. Negen van de tien huisartsen geeft

³⁹ Hoewel deze aanpak parallellen heeft met de EH-test, wordt deze niet expliciet door het BKA geïntroduceerd. Het toetsingskader van het BKA wijkt tevens af van de criteria die zijn ontwikkeld in het kader van de EH-test.

⁴⁰ In termen van de EH-test komt dit neer op een LIFO-score van 70%.

⁴¹ Zie de reeds aangehaalde zaak *Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, punt 122.

⁴² Zie de reeds aangehaalde zaken *Rhön Klinikum/Krankenhaus Eisenhüttenstadt*, punt 109, alsmede *Rhön Klinikum-AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, punt 122.

⁴³ Dit volgt onder andere uit het onderzoek van ECORYS-NEI, *Vraagfactoren ziekenhuizen*, 6 augustus 2003.

⁴⁴ Uit het door partijen verstrekte 'rapport *due diligence kwaliteit en cultuur ziekenhuizen Gooi-Noord en Hilversum*' van 2 juni 2004 blijkt dat iedere huisartsengroep met name te maken heeft met één ziekenhuis, ofwel met name met één van de ziekenhuizen van partijen. De contacten met specialisten liggen met name in één van de ziekenhuizen van partijen. Wanneer de huisartsen niet naar hun vaste ziekenhuis verwijzen, gebeurt dit vanwege de mogelijkheid van eerdere behandeling in het betreffende ziekenhuis of omdat sommige specialisten in het andere ziekenhuis nu eenmaal vaardiger zijn in bepaalde ingrepen of vaardigheden.

aan dat wanneer de kwaliteit van de zorg van het gefuseerde ziekenhuis afneemt, zij naar een ander ziekenhuis zullen verwijzen.⁴⁵

67. Tevens heeft de NMa in het kader van de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord in de vergunningsfase onderzoek gedaan onder marktpartijen, waaronder andere ziekenhuizen, verzekeraars en zelfstandige behandelcentra.

68. In het besluit van 15 juli 2004 is vermeld dat meerdere ziekenhuizen in de omgeving van partijen desgevraagd naar voren hebben gebracht dat zij nauwelijks of geen concurrentie ondervinden van partijen, dat zij zich richten op andere gebieden om patiënten te trekken en dat zij weinig patiënten uit het Gooi behandelen.⁴⁶ Enkele bevroagde marktpartijen gaven daarbij aan dat zij verwachten dat patiënten bereid zijn te reizen wanneer er capaciteitsproblemen zouden ontstaan of de kwaliteit van de zorg van Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord zou dalen.

69. Verschillende zorgverzekeraars hebben evenwel in het onderzoek onder marktpartijen in het kader van de vergunningsfase naar voren gebracht te verwachten dat met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet, naast de bestaande mogelijkheden zoals wachtlijstbemiddeling, meer sturingsmogelijkheden ontstaan voor zorgverzekeraars om patiënten te sturen naar ziekenhuizen in de omgeving van de Gooise ziekenhuizen of naar zelfstandige behandelcentra. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om te differentiëren in polissen, waarbij de patiënt die in alle ziekenhuizen terecht wil kunnen, een hogere premie moet betalen. Daarentegen hebben andere zorgverzekeraars aangegeven voorlopig niet al te veel te verwachten van sturing door zorgverzekeraars naar ziekenhuizen in de omgeving. Zij verwachten geen hoge reisbereidheid van patiënten.

b.3. SEO onderzoek

70. Onderzoeksbureau SEO heeft zoals eerder vermeld (zie punt 61) in opdracht van de NMa onderzoek uitgevoerd naar de omvang van de relevante geografische markt. In dit onderzoek (hierna: SEO onderzoek), dat hierna zal worden beschreven, is, naast aanvullend onderzoek naar het gebleken reisgedrag, ook aandacht besteed aan de reisbereidheid van patiënten in het Gooi.

71. Om te kunnen beoordelen of ziekenhuizen in de directe omgeving van partijen voldoende disciplineren kunnen uitoefenen op het gedrag van partijen, dient te worden onderzocht in hoeverre patiënten door een bepaalde wijziging in het aanbod bereid zijn niet meer

⁴⁵ Hierbij dient te worden opgemerkt dat niet duidelijk is bij welke kwaliteitsverandering de huisartsen gaan verwijzen naar een ander ziekenhuis.

⁴⁶ Zie het besluit van 15 juli 2004, punt 22 tot en met 29.

naar de ziekenhuizen van partijen te gaan, maar naar andere ziekenhuizen te reizen. In lijn met de reeds aangehaalde SSNIP-test (zie punt 20) dient voor een hypothetische monopolist vastgesteld te worden hoeveel patiënten deze daadwerkelijk zal verliezen bij een doorgevoerde prijsstijging van 5-10%.

72. In de markt voor ziekenhuiszorg doet zich daarbij het probleem voor dat er geen rechtstreeks verband is tussen de prijs die ziekenhuizen ontvangen voor hun aangeboden diensten en de prijs die patiënten betalen voor de ontvangen zorg.⁴⁷ Om de reisbereidheid van patiënten te onderzoeken moet de hypothetische prijsstijging van 5-10% daarom op een andere manier worden benaderd. Daarom is gekozen voor een benadering die uitgaat van een hypothetische verslechtering van het aanbod die equivalent is aan een prijsstijging van 5-10%.

73. SEO benadert in haar onderzoek deze hypothetische verslechtering van het aanbod op drie manieren. Ten eerste wordt reistijd gebruikt als benadering voor de prijs die patiënten betalen voor hun zorgdiensten (zie punt 74 tot en met 77). Vervolgens wordt de reactie van de vraag op een afname van een drietal kwaliteitsfactoren onderzocht (zie punt 78 tot en met 82). Ten slotte is onderzocht hoe patiënten de keuze voor het ziekenhuis laten beïnvloeden door een stijging van de verzekeringspremie die ze voor het zorgproduct van de ziekenhuizen moeten betalen (zie punt 83 en 84).

b.3.1. Time elasticity approach

74. De eerste methode gaat, net als de EH-test (zie punt 58 e.v.) uit van gegevens die zijn gebaseerd op gerealiseerd reisgedrag van patiënten. In tegenstelling tot de EH-test wordt bij deze test, de zogenaamde *time elasticity approach*,⁴⁸ meer rekening gehouden met dynamische aspecten.⁴⁹

75. De door SEO gevolgde methode komt erop neer dat op basis van een dataset⁵⁰ met gerealiseerde patiëntenstromen, wordt berekend hoe patiënten in hun keuze voor een ziekenhuis reistijd waarderen ten opzichte van andere factoren (zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van het

⁴⁷ Patiënten zijn verzekerd voor ziekenhuiszorg en betalen daardoor geen prijs voor de ziekenhuiszorg aan de ziekenhuizen.

⁴⁸ Capps, C.S., D. Dranove, S. Greenstein, M. Satterthwaite, Antitrust policy and hospital mergers: recommendations for a new approach, *The Antitrust Bulletin*, 2002, p. 677 e.v.

⁴⁹ Dit geldt overigens eveneens voor de twee methoden die in de punten 78 tot en met 84 worden besproken.

⁵⁰ Voor de analyse heeft SEO data gebruikt uit de LMR en de LAZR. De LMR bevat de medische en administratieve gegevens van patiënten die klinisch of in dagverpleging opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis. De LAZR bevat gegevens die poliklinisch zijn behandeld. De data bevatten niet de patiënten die een topklinische behandeling hebben ondergaan. Het databestand bevat gegevens over 137.000 klinische patiënten, 120.000 patiënten in dagverpleging en 590.000 poliklinische patiënten.

ziekenhuis). De verklarende variabelen in het model omvatten zowel variabelen die patiëntspecifiek zijn (zoals bijvoorbeeld de reistijd naar een ziekenhuis), als ziekenhuisspecifiek (bepaalde kwaliteitsvariabelen van ziekenhuizen).

76. Uit deze berekening volgt een model waarmee vervolgens kan worden bepaald wat het effect is van een verandering van één van de keuzevariabelen op de keuze van patiënten. Met dit model wordt gesimuleerd wat het gevolg is van een hypothetische reistijdverlenging op het keuzegedrag van patiënten. Reistijd wordt als benadering gebruikt voor de prijs die patiënten betalen voor hun zorgdiensten. Ook wordt een tijdselasticiteit van de vraag⁵¹ afgeleid.

77. Uit het onderzoek komen de volgende resultaten naar voren. Bij een hypothetische reistijdverlenging van 5% zou [0-10]% van de klinische patiënten en [0-10]% van de niet-klinische patiënten in plaats van naar het gefuseerde ziekenhuis naar een ander ziekenhuis gaan (zie tabel 2 onder punt 86). Bij een hypothetische reistijdverlenging van 10% is het verlies aan patiënten [0-10]% van de klinische patiënten en [10-20]% van de niet-klinische patiënten (zie tabel 2 onder punt 86). SEO geeft aan dat hierbij wel rekening dient te worden gehouden met een onzekerheidsmarge van ongeveer 2,8%.⁵² Uit de berekeningen van SEO blijkt dat de meeste patiënten die niet langer naar het gefuseerde ziekenhuis gaan, uitwijken naar het AMC, het UMC en het Meander Medisch Centrum. Een beoordeling van deze resultaten volgt hierna in punt 86 en 87.

b.3.2. Enquête naar de reactie op een kwaliteitsdaling

78. SEO heeft, om te bepalen of partijen worden gedisciplineerd door ziekenhuizen in de omgeving, tevens door middel van een enquête onderzocht wat de reactie van patiënten zou zijn op een hypothetische daling van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Van belang voor deze inschatting is de mate waarin patiënten bereid zijn langer te reizen, wanneer een kwaliteitsdaling van het meest nabij gelegen ziekenhuis wordt waargenomen.

79. Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet het begrip kwaliteit worden geoperationaliseerd. Kwaliteit is immers een begrip met veel dimensies. Uit eerder onderzoek blijkt de deskundigheid van de arts een zeer belangrijke kwaliteitsfactor te zijn. Daarnaast spelen

⁵¹ Deze elasticiteit is gedefinieerd als de relatieve verandering in de vraag gedeeld (in %) door de relatieve verandering in de relatieve reistijd (ook in %). Een aldus berekende elasticiteit van -1 betekent dat een hypothetische reistijdverlenging van 10% naar een bepaald ziekenhuis zal leiden tot een daling van 10% in de vraag naar datzelfde ziekenhuis.

⁵² De inschatting van de betrouwbaarheidsmarge is tot stand gekomen door de uitkomsten van twee specificaties van het model te vergelijken.

ook andere factoren een rol, zoals de lengte van de wachtlijst, de uitstraling van het ziekenhuis, adviezen van de huisarts, ervaringen van vrienden et cetera.⁵³

80. Een methode die geschikt is om keuzen tussen producten met meerdere kenmerken te analyseren is de conjunct analyse. Met behulp van door respondenten te waarderen fictieve situaties (in het onderhavige onderzoek gaat het om een aantal ziekenhuizen), bestaande uit meerdere kenmerken, kan in de analyse van ieder afzonderlijk kenmerk het gewicht worden bepaald.⁵⁴ In onderhavige zaak is deze methode door SEO toegepast.

81. Uit de analyse blijkt dat respondenten reistijd relatief laag waarderen ten opzichte van kwaliteitsindicatoren als de reputatie van het ziekenhuis. SEO illustreert dit onder andere door op basis van de uitkomsten van de conjunct analyse te berekenen hoeveel extra reistijd patiënten accepteren voor 10% meer reputatie van het ziekenhuis. Patiënten blijken in dat geval bereid om 24% langer te reizen: in plaats van een half uur⁵⁵, is dan een reistijd van 37 à 38 minuten acceptabel. Zoals uit tabel 1 blijkt, komen bij een dergelijke reistijd meerdere ziekenhuizen in beeld. Met uitzondering van een postcodegebied in Bussum⁵⁶, hebben patiënten van alle andere Gooise postcodes binnen de reistijd van 38 minuten de keuze uit drie of meer ziekenhuizen, naast die van partijen.

82. SEO concludeert dat indien ziekenhuizen zich onderscheiden op kwaliteit, patiënten bereid zijn een langere reisafstand voor lief te nemen. Een daling van 10% van een belangrijke kwaliteitsvariabele als reputatie vergroot de reisbereidheid van patiënten waardoor ook het Meander Medisch Centrum (Baarn), het AMC, het UMC, het Diaconessenhuis in beeld komen. In mindere mate geldt dit ook voor het Flevoziekenhuis, Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en het VUMC.⁵⁷ Een beoordeling van de onderzoeksresultaten volgt hierna in punt 88.

⁵³ Zie ook ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

⁵⁴ De fictieve ziekenhuizen zijn beschreven, op zogenaamde vignetten, aan de hand van de volgende vijf aspecten: (i) reistijd (in minuten), (ii) wachttijd (in weken), (iii) reputatie specialist (wel/geen), (iv) advies huisarts (wel/geen) en (v) aandacht voor de patiënt (wel/geen).

⁵⁵ Uit tabel 1 blijkt dat veel patiënten naar het eigen ziekenhuis een gemiddelde reistijd van iets minder dan 30 minuten hebben.

⁵⁶ Het gaat om postcodegebied 140. SEO heeft berekend dat patiënten binnen dit gebied behalve de ziekenhuizen van partijen slechts het Meander MC in Baarn binnen 38 minuten kunnen bereiken.

⁵⁷ Bij de uitvoering van de enquête is noodgedwongen een reactie gevraagd op een 10% daling van drie afzonderlijke kwaliteitsfactoren. Het is te verwachten dat dit een heviger reactie bij de respondent oproept dan wanneer de kwaliteit van het ziekenhuis over de hele linie 10% afneemt (een groot aantal kwaliteitsfactoren die afzonderlijk slechts marginaal afnemen, maar gezamenlijk 10%).

b.3.3. Enquête naar de reactie op een hypothetische prijsstijging van het verzekeringspakket

83. Nu in de markt voor ziekenhuiszorg geen rechtstreeks verband bestaat tussen de prijs die ziekenhuizen ontvangen voor hun aangeboden diensten en de prijs die patiënten betalen voor de ontvangen zorg, heeft SEO tevens als equivalent van de prijs de premie van het verzekeringspakket genomen die patiënten betalen. In de enquête⁵⁸ is onderzocht of patiënten bereid zouden zijn meer te betalen voor de diensten van het gefuseerde ziekenhuis. De betalingsbereidheid is uitgevraagd met de zogenaamde *payment card* methode. De keuze die de respondent hierbij krijgt voorgelegd is die tussen twee verzekeringspakketten. Met het eerste pakket kan de patiënt zelf kiezen naar welk ziekenhuis hij gaat, met het tweede pakket kan de patiënt niet naar het fusieziekenhuis maar moet hij een ander ziekenhuis kiezen. Als de respondent kiest voor pakket 1 (de mogelijkheid om zelf het ziekenhuis te kiezen) dan wordt hem dezelfde vraag voorgelegd, waarbij de prijs van pakket 1 wordt verhoogd. Dit proces gaat net zolang door totdat de respondent aangeeft te zullen kiezen voor het pakket zonder keuzemogelijkheid. De premie die de respondent daadwerkelijk voor zijn zorgverzekering betaalt fungeert hierbij als referentie waartegen de respondent de bijbetaling afzet.

84. Uit de analyse komt naar voren dat de betalingsbereidheid van huidige patiënten van de ziekenhuizen van partijen erg beperkt is. Uitgaande van een referentiebedrag van € 1000 per jaar, is minder dan een kwart van de huidige ziekenfondspatiënten bereid meer dan € 75 (overeenkomend met een 10% prijsstijging van de ziekenhuizen)⁵⁹ bij te betalen voor opname van de ziekenhuizen van partijen in het verzekeringspakket. Voor de huidige particuliere patiënten geldt dat 66% niet bereid is meer dan € 75 bij te betalen. Respondenten geven in meerderheid aan in geval van voorkeurspolissen die zij als te duur beschouwen uit te wijken naar AMC, UMC en Meander Medisch Centrum (Baarn). Een beoordeling van de onderzoeksresultaten volgt hierna in de punten 89 tot en met 91.

c. Beoordeling van de onderzoeksresultaten

85. Om te bepalen of de hypothetische prijsverhoging al dan niet winstgevend is, dient onder meer te worden onderzocht hoeveel klanten (in procenten) een aanbieder mag verliezen voordat de hypothetische prijsstijging niet langer winstgevend is. Deze zogenaamde *critical loss* is afhankelijk van de marge die de aanbieder realiseert op zijn afzet.⁶⁰ Op basis van de door partijen

⁵⁸ Het is ook voor dit onderzoek niet mogelijk geweest om het onderzoek te specificeren naar klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. De gevonden waarden dienen dan ook als gemiddelden te worden beschouwd voor beide productmarkten.

⁵⁹ SEO is ervan uitgegaan dat ongeveer EUR 750 premie bestemd is ter dekking van ziekenhuiszorg.

⁶⁰ De marge is gedefinieerd als prijs minus marginale kosten. Deze laatste worden meestal benaderd door de variabele kosten. Hoe hoger de marge hoe meer disciplinerend er uitgaat van het verlies van elke klant.

overgelegde financiële informatie is het *critical loss* percentage vastgesteld voor de markten voor algemene ziekenhuiszorg.⁶¹ Voor de klinische markt voor algemene ziekenhuiszorg geldt een *critical loss* percentage van [0-10] bij een 5% prijsstijging en van [10-20] bij een prijsstijging van 10%. Voor de niet-klinische markt voor algemene ziekenhuiszorg gelden percentages van respectievelijk [0-10] en [10-20]. De berekende *critical loss* percentages zijn gevoelig voor een aantal aannames. Bij de beoordeling van de gevolgen van onderhavige concentratie is rekening gehouden met deze gevoeligheid.

c.1. *Time elasticity approach*

86. Op basis van de *time elasticity approach* kan worden vastgesteld dat het daadwerkelijk verlies aan patiënten zowel voor de klinische markt als de niet-klinische markt kleiner is dan het *critical loss* percentage (zie tabel 2). SEO merkt op dat de resultaten van de *time elasticity approach* met de nodige omzichtigheid dienen te worden behandeld. Zo heeft een gevoeligheidsanalyse op de resultaten SEO aanleiding gegeven uit te gaan van een betrouwbaarheidsmarge van 2,8% (zie ook punt 77). Voor de niet-klinische algemene ziekenhuiszorg is het gevonden verschil tussen *critical loss* en het daadwerkelijk verlies aan patiënten dusdanig gering dat op grond daarvan niet kan worden uitgesloten dat de geografische markt groter is dan het Gooi.

Tabel 2 *critical loss* versus daadwerkelijk verlies aan patiënten

<i>Prijsstijging</i>	5%	5%	10%	10%
	Klinisch	niet-klinisch	klinisch	niet-klinisch
<i>Critical loss</i>	[0-10]	[0-10]	[10-20]	[10-20]
<i>Verlies aan patiënten</i> ⁶²	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[10-20]

87. Voor de klinische markt wijst de *time elasticity approach*, ook indien rekening wordt gehouden met de door SEO aangegeven onzekerheidsmarges, op een markt die niet groter is dan het Gooi.⁶³

⁶¹ In onze beoordeling is rekening gehouden met de budgetsystematiek van ziekenhuizen.

⁶² Dit wordt in de economische literatuur ook wel *actual loss* genoemd.

⁶³ Strikt genomen heeft SEO onderzocht of partijen hun prijzen winstgevend met 5 tot 10% kunnen verhogen. Wanneer partijen daartoe in staat zijn, kan hieruit worden afgeleid dat de geografische markt het Gooi omvat, wanneer partijen dit

c.2. Enquête naar de reactie op een kwaliteitsdaling

88. Zoals eerder aangegeven blijkt uit de conjunct analyse onder andere dat patiënten bereid zijn langer te reizen bij een kwaliteitsstijging van ziekenhuizen rondom het Gooi (zie punt 81). Duidelijk is geworden dat patiënten uit het Gooi een significant hogere waardering hebben voor (meer) kwaliteit dan voor (minder) reistijd. Uit het onderzoek is gebleken dat, als gevolg van deze mate van waardering van de kwaliteit boven reistijd, voldoende aannemelijk is dat ziekenhuizen rondom het Gooi in voldoende mate een alternatief vormen voor de patiënten uit het Gooi, en daarmee concurrentiedruk uitoefenen op partijen. Op basis van dit onderzoek kan worden aangenomen dat de markt ruimer is dan het Gooi.

c.3. Enquête naar de reactie op een hypothetische prijsstijging van het verzekeringspakket

89. Het overgrote deel van de patiënten geeft aan verder te gaan reizen dan het meest nabije ziekenhuis ingeval van hogere prijzen van dat ziekenhuis. Bijna driekwart van de potentiële gebruikers heeft, zoals gezegd in punt 84, aangegeven bij een prijsstijging van circa 10% naar andere ziekenhuizen dan die van partijen te gaan.

90. De antwoorden duiden erop dat de relevante markt groter is dan het Gooi. Bij deze conclusie moet echter wel worden aangetekend dat het hier een directe vraagstelling betrof (in tegenstelling tot de conjunct analyse die is gehanteerd bij de reactie op gepercipieerde kwaliteitsdalingen). De wijze waarop de vraag is gesteld, kan tot proteststemmen⁶⁴ leiden. De mate waarin deze proteststemmen de onderzoeksresultaten hebben beïnvloed is niet duidelijk.

91. Er is sprake van een significant hoger verlies aan patiënten dan de hoeveelheid patiënten die een aanbieder mag verliezen voordat de hypothetische prijsstijging niet langer winstgevend is. De resultaten van dit onderzoek wijzen op een markt die ruimer dan het Gooi is.

c.4. Peer review Oxera

92. Onderzoeksbureau Oxera is door partijen gevraagd om een onafhankelijke beoordeling te geven van het rapport van SEO. Ten aanzien van de *time elasticity approach* geeft Oxera als belangrijkste punt aan dat SEO een misleidende interpretatie geeft van de geschatte reistijdelasticiteit. In de door Capps et al. geanalyseerde zaken in de Verenigde Staten (San

niet winstgevend kunnen doen (omdat patiënten dan naar andere ziekenhuizen gaan), is de geografische markt ruimer dan het Gooi.

⁶⁴ Hiervan kan bijvoorbeeld worden gesproken indien ondervraagden met hun keuze in feite protesteren tegen het principe dat ze moeten betalen voor iets waar ze recht op zouden moeten hebben zonder te betalen.

Diego)⁶⁵ blijkt een 10% verhoging van de reistijd overeen te komen met een prijsverhoging van 6%. Indien eenzelfde verhouding tussen reistijdverhoging/prijsverhoging zou worden toegepast op de door SEO gevonden resultaten leidt een 10% reistijdverlenging voor de klinische algemene ziekenhuiszorg niet tot een verlies aan patiënten van [0-10]%, maar van [10-20] tot [10-20]%, meer dan de door SEO berekende *critical loss* (zie tabel 2). Oxera plaatst verder enkele vraagtekens van technische aard bij het gehanteerde model, die leiden tot enige twijfel omtrent de robuustheid van het model. Om die reden pleit Oxera voor een hogere betrouwbaarheidsmarge dan waarvan SEO uitgaat. Oxera komt tot de conclusie dat de *time elasticity approach* tot ruime geografische markten leidt. De door Oxera gepresenteerde uitkomst leidt, in de ogen van de NMa tot een relativering van het door SEO gevonden resultaat dat bij een 10% reistijdverlenging de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg niet groter is dan het Gooi (zie punt 87).

93. Oxera heeft geen aanvullende berekening gemaakt van de gevolgen van een 5% prijsstijging op de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg. Het door SEO ingeschatte verlies aan patiënten is in dat geval met [0-10]% fors lager dan de berekende *critical loss* van [0-10]%. Ook als rekening wordt gehouden met betrouwbaarheidsmarges en de hierboven door Oxera verwoorde kritiek op de interpretatie van SEO van de reistijdelasticiteit acht de NMa het niet aannemelijk dat de conclusie van SEO dat bij een 5% reistijdverlenging de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg niet groter is dan het Gooi wordt aangetast. De NMa is dan ook van mening dat er ten minste voor de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg, aanwijzingen zijn die wijzen op een geografische markt die niet groter is dan het Gooi, waarbij de resultaten bij een 5% reistijdverlenging robuuster zijn dan die bij een 10% reistijdverlenging.

c.5. Onderzoek Lexecon

94. Lexecon heeft in opdracht van partijen een onderzoek gedaan naar de omvang van de relevante geografische markt. Lexecon maakt hiervoor evenals SEO gebruik van de op de SSNIP-test gebaseerde *critical loss* analyse.

95. Zoals eerder aangegeven (zie punt 85) wordt het *critical loss* percentage vastgesteld aan de hand van het verschil tussen de prijs en de marginale kosten. Partijen hebben hiertoe de benodigde informatie verstrekt. De gegevens die SEO en Lexecon hebben gebruikt zijn vrijwel gelijk, waardoor ook de *critical loss* percentages vrijwel identiek zijn.⁶⁶

⁶⁵Capps, C.S., D. Dranove, S. Greenstein, M. Satterthwaite, Antitrust policy and hospital mergers: recommendations for a new approach, *The Antitrust Bulletin*, 2002, p. 677 e.v.

⁶⁶ Er zijn zeer kleine verschillen omdat Lexecon is uit gegaan van budgetcijfers die voor Ziekenhuis Hilversum iets afwijken van de cijfers die partijen aan de NMa hebben verstrekt.

96. Het patiëntenverlies wordt door Lexecon als volgt bepaald. Per specialisme en klinische categorie⁶⁷ wordt voor een bepaald postcodegebied⁶⁸ het gezamenlijk marktaandeel van partijen bepaald op basis van het aantal patiënten in 2003. Wanneer dit marktaandeel kleiner is dan 50%, veronderstelt Lexecon dat voor patiënten in dat postcodegebied voldoende reële keuzemogelijkheden aanwezig zijn voor het betreffende specialisme. Alle patiënten van postcodegebieden die aan dit criterium voldoen, worden verondersteld een ander ziekenhuis te zullen selecteren wanneer de fusieziekenhuizen hun prijs verhogen.

97. Lexecon berekent op deze wijze dat circa [10-20]% aan patiënten wordt verloren voor het poliklinische deel en circa [20-30]% voor het klinische deel. Op basis van deze uitkomsten concludeert Lexecon dat dit patiëntenverlies dusdanig hoog is ten opzichte van de *critical loss* percentages, dat een hypothetische monopolist zijn prijzen niet winstgevend met 5-10% zal kunnen verhogen. Deze uitkomst ondersteunt, aldus Lexecon, de stelling dat partijen door de fusie geen economische machtspositie zullen verkrijgen.⁶⁹

98. De verschillen in de uitvoering van de onderzoeken van Lexecon en SEO hebben voornamelijk betrekking op de vaststelling van de hoogte van het patiëntenverlies. Een belangrijk aspect van de door Lexecon gevolgde aanpak is de veronderstelling dat het aantal patiënten dat de hypothetische monopolist zal verliezen ten gevolge van een prijsstijging, onafhankelijk is van de hoogte van deze prijsstijging. Het verlies aan patiënten is daarmee hetzelfde ongeacht de hoogte van de prijsstijging. Hoewel deze aanpak uit praktisch oogpunt enige voordelen met zich meebrengt, is het nadeel van de methode dat op onvolkomen wijze wordt aangesloten bij de SSNIP test, waarbij de reactie van afnemers op een bepaalde prijsstijging een bepalende factor is.

c.6. Beoordeling

99. Samenvattend levert het onderzoek in onderhavige zaak niet een eenduidig beeld op. Gesprekken met huisartsen en zorgverzekeraars geven een wisselend beeld van de mogelijkheden tot sturing van patiënten in het Gooi, mocht de kwaliteit van de ziekenhuizen dalen ten gevolge van de concentratie (zie punt 66 tot en met 69). Het onderzoek van SEO geeft enerzijds aan dat patiënten bereid zijn te reizen, maar dat anderzijds voor de klinische markt geldt dat er op basis van gegevens over gerealiseerd reisgedrag twijfels bestaan of patiënten daadwerkelijk zullen gaan reizen in geval van een kwaliteitsdaling.

⁶⁷ In het door Lexecon gemaakte onderscheid worden dagopnames gerekend tot het klinische deel, waar de marktdefinitie die de NMa hanteert, deze patiënten tot het niet-klinische deel rekent.

⁶⁸ Lexecon gaat hierbij uit van 4-cijferige postcodegebieden

⁶⁹ Ook nadere gevoeligheidsanalyses die Lexecon heeft uitgevoerd veranderen deze conclusie niet. Lexecon heeft onder andere de 50% marktaandeel grens veranderd naar 60% en 40% en verschillende aannames gedaan over postcodegebieden waarin voor de fusie geen overlap bestaat.

100. Het beeld dat volgt uit de drie door SEO uitgevoerde onderzoeken is, zoals hiervoor gezegd, wisselend. In het algemeen wordt meer waarde toegekend aan gebleken voorkeuren van consumenten (*revealed preferences*), waaruit kan worden afgeleid dat patiënten (zullen) overstappen na een prijsstijging of kwaliteitsdaling⁷⁰, dan aan door consumenten aangegeven voorkeuren waarin zij aangeven dit te gaan doen (*stated preferences*). Bij *stated preferences* bestaat er een bepaalde mate van onzekerheid of hetgeen men verklaart te gaan doen ook daadwerkelijk zal worden uitgevoerd. In casu zou dat er toe kunnen leiden dat meer waarde aan de resultaten van de *time elasticity approach* zou moeten worden gehecht dan aan de verklaarde reisbereidheid.

101. In Nederland is momenteel echter sprake van een markt in transitie. Onderdeel van deze transitie is dat de transparantie van kwaliteit en prijzen van ziekenhuizen wordt vergroot. Door een grotere transparantie zal naar verwachting ook de daadwerkelijke reisbereidheid van patiënten in de nabije toekomst toenemen, waardoor voor de beoordeling in onderhavige zaak minder evident is dat een relatief groter gewicht aan de uitkomsten van de *revealed preferences* moet worden toegekend.

102. De resultaten van de in opdracht van de NMa uitgevoerde onderzoeken en de door partijen ingebrachte onderzoeken overziend wordt geconcludeerd dat er onvoldoende grond is voor de vaststelling van een geografische markt die slechts het Gooi omvat. Een exacte afbakening van de geografische markt kan achterwege blijven verschillende ziekenhuizen in verschillende steden rondom het Gooi, voldoende concurrentiedruk uitoefenen (zie later punt 112).

B. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE

a. Opvattingen marktpartijen

103. In het kader van het onderhavige onderzoek is, zoals reeds opgemerkt in punt 67, gesproken met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Verschillende spelers hebben de NMa schriftelijk reacties toegezonden omtrent onderhavige zaak, waaruit blijkt dat zij positief ten opzichte van onderhavige fusie staan. Het merendeel van de bevroegde marktpartijen voorziet geen negatieve gevolgen als gevolg van de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord.

104. Door het merendeel van de marktpartijen werd onder andere aangegeven dat er naar hun mening voldoende volwaardige alternatieven in de omgeving bestaan en dat patiënten bereid zullen zijn te reizen naar ziekenhuizen gelegen rondom het Gooi.

⁷⁰ Dit laatste volgt overigens niet uit de EH-test, waardoor verder onderzoek noodzakelijk was. Zie het besluit van 15 juli 2004.

105. Enkele verzekeraars hebben aangegeven dat als gevolg van de fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord de keuzemogelijkheid verdwijnt. Sommigen van hen zijn vooralsnog niet overtuigd dat patiënten – op korte termijn – bereid zullen zijn te reizen naar andere ziekenhuizen (zie ook eerder punt 69). De verandering van de reisbereidheid zal langzaam tot stand komen, aldus deze marktpartijen.

106. CTG/ZAio heeft een zienswijze gegeven omtrent onderhavige fusie. CTG/ZAio geeft aan dat het onduidelijk is of de bestaande ziekenhuizen in de omgeving van het Gooi voldoende concurrentiedruk uitoefenen op de Gooise ziekenhuizen. CTG/ZAio acht het niet waarschijnlijk dat er snel een nieuw concurrerend ziekenhuis van voldoende omvang zal toetreden tot de markt van de Gooise ziekenhuizen wanneer zij misbruik zouden maken van hun positie.

107. CTG/ZAio geeft aan dat het moeilijk is om op basis van de bestaande data een conclusie te trekken over de wenselijkheid van deze fusie. De relevante geografische markt geeft nu een divers beeld en zou in de toekomst groter kunnen worden. Het is daardoor moeilijk te bepalen of deze fusie de mededinging op deze markt in de toekomst zal beperken. Mochten Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord inderdaad een machtspositie verkrijgen als gevolg van deze fusie dan kan de toekomstige Zorgautoriteit ingrijpen, aldus CTG/ZAio.

b. Beoordeling

108. In punt 102 is geconcludeerd dat er op basis van de onderzoeksresultaten onvoldoende grond is voor de vaststelling van geografische markten voor algemene ziekenhuiszorg die slechts de regio het Gooi omvatten. Dit volgt uit de uitkomsten van de door SEO uitgevoerde enquête naar de reactie van patiënten op een hypothetische daling van de kwaliteit ten gevolge van de fusie. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten een langere reistijd accepteren voor een hogere kwaliteit (zie punt 88). Daarnaast wordt deze conclusie ondersteund door de uitkomsten van de enquête uitgevoerd door SEO naar de reactie van patiënten op een hypothetische prijsstijging van een verzekeringspakket (zie punt 89 tot en met 91). Hieruit volgt dat een hypothetische prijsstijging van 5-10% van een verzekeringspakket niet winstgevend kan worden doorgevoerd doordat te veel patiënten dan zullen uitwijken naar andere ziekenhuizen.

109. Uit tabel 1 volgt dat patiënten van Ziekenhuis Hilversum een gemiddelde reistijd naar Ziekenhuis Hilversum hebben van 25 minuten. Voor deze patiënten bedraagt de gemiddelde reistijd naar Ziekenhuis Gooi-Noord 36 minuten, het UMC Utrecht 35 minuten en het Diaconessenhuis 38 minuten. De gemiddelde reistijd naar het UMC Utrecht en het Diaconessenhuis is derhalve nauwelijks hoger of zelfs lager dan naar Ziekenhuis Gooi-Noord. Meander Medisch Centrum en het AMC Amsterdam zijn met gemiddelde reistijden van respectievelijk 41 en 42 minuten voor de patiënten van Ziekenhuis Hilversum iets verder weg gelegen dan Ziekenhuis Gooi-Noord, UMC Utrecht en het Diaconessenhuis.

110. Uit tabel 1 volgt dat de gemiddelde reistijd van patiënten van Ziekenhuis Gooi-Noord naar hun eigen ziekenhuis gemiddeld 27 minuten bedraagt. De gemiddelde reistijd voor deze patiënten naar Ziekenhuis Hilversum is 39 minuten. De gemiddelde reistijd naar het AMC Amsterdam, het Flevoziekenhuis, het Meander Medisch Centrum, het Diaconessenhuis, het UMC Utrecht en het VUMC ligt maximaal 6 minuten hoger dan de gemiddelde reistijd naar Ziekenhuis Hilversum.

111. Gezien de resultaten van het onderzoek van SEO gecombineerd met de geografische ligging ten opzichte van het Gooi van diverse ziekenhuizen is het aannemelijk dat meerdere ziekenhuizen concurrentiedruk uitoefenen op ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord. Meerdere ziekenhuizen kunnen op grond van de reisbereidheid van patiënten uit het Gooi als alternatieven worden beschouwd voor partijen. Op grond van de gemiddelde reistijden is het aannemelijk dat in ieder geval concurrentiedruk op de positie van partijen uitgaat van het UMC Utrecht, het Diaconessenhuis, het AMC Amsterdam en het Meander Medisch Centrum. In een geografisch gebied waarin de in het voorgaande punt genoemde ziekenhuizen actief zijn, behalen partijen een gezamenlijke positie van circa [20-30]% gemeten naar aantal bedden.

112. Gezien het voorgaande zijn er niet voldoende aanwijzingen om aannemelijk te achten dat een economische machtspositie zal ontstaan of worden versterkt ten gevolge van de voorgenomen fusie op de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

VI. CONCLUSIE

113. Op grond van het voorgaande is de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de operatie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt. De directeur-generaal is van oordeel dat er niet voldoende grond is om aan te nemen dat de voorgenomen concentratie zal leiden tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

114. Gelet op het bovenstaande deelt de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor de concentratie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft, een vergunning wordt verleend.

Datum: 8 juni 2005

W.g. mr. P. Kalbfleisch
Directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit

Tegen dit besluit kan degene, wiens belang rechtstreeks bij dit besluit is betrokken, binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit een gemotiveerd beroepschrift indienen bij de arrondissementsrechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM, Rotterdam.