

BESLUIT

Besluit van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 41 van de Mededingingswet.

Nummer 6424/427

Betreft zaak: 6424/Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldeziekenhuizen

INHOUDSOPGAVE

I.	DE PROCEDURE	4
II.	DE BETROKKEN PARTIJEN	5
III.	DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE TEN AANZIEN WAARVAN DE AANVRAAG OM VERGUNNING IS INGEDIEND	5
IV.	TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT	6
V.	DE RELEVANTE MARKT	6
	RELEVANTE PRODUCTMARKT	6
	<i>Onderscheid klinische en niet-klinische zorg</i>	6
	<i>Algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen</i>	7
	<i>Opvatting partijen</i>	7
	<i>Conclusie</i>	7
	RELEVANTE GEOGRAFISCHE MARKT	8
	<i>Opvatting partijen</i>	8
	<i>Conclusie</i>	8
VI.	ONDERZOEK	9
	OPVATTING VAN PARTIJEN	9
	<i>Inleiding</i>	9
	<i>Problematiek</i>	9
	<i>Oplossing</i>	13
	<i>Samenvatting</i>	14
	ZIENSWIJZEN IGZ EN NZA	14
	<i>Inleiding</i>	14
	<i>Advies IGZ</i>	15
	<i>Samenvatting</i>	18
	<i>Zienswijze NZa</i>	18
	<i>Samenvatting</i>	21
	OVERIGE ZIENSWIJZEN	21
	<i>Cliëntenraden en patiëntenplatform</i>	21
	<i>Zorgverzekeraars</i>	23
	<i>Specialisten</i>	25
	<i>Walcherse gemeenten en Provincie Zeeland</i>	26
	<i>Huisartsen</i>	27
	<i>Eerstelijns verloskundigen</i>	27
	<i>Overig</i>	28
VII.	BEOORDELING	28
	GEVOLGEN VAN DE FUSIE VOOR DE MARKSTRUCTUUR	28
	<i>Relativerende factoren</i>	29
	<i>Conclusie gevolgen voor de marktstructuur</i>	31

EFFICIËNTIEVERWEER	32
<i>Beoordelingskader efficiëntieverweer</i>	32
<i>Beoordeling efficiëntieverweer</i>	34
<i>(i) De efficiëntieverbeteringen moeten ten goede komen aan de afnemers</i>	34
<i>Verwachte effecten van de fusie op kwaliteit, bereikbaarheid en prijs</i>	35
<i>Conclusie (i) de efficiëntieverbeteringen moeten ten goede komen aan de afnemers</i>	37
<i>(ii) de efficiëntieverbeteringen moeten specifiek uit de fusie voortvloeien</i>	37
<i>Onderzoek naar problemen en gekozen oplossingen in andere maar vergelijkbare ziekenhuizen</i> ..	38
<i>Onderzoek naar 'merger specificity' door Twynstra Gudde</i>	39
<i>Opvatting partijen</i>	40
<i>Opvatting IGZ</i>	40
<i>Conclusie (ii) de efficiëntieverbeteringen moeten specifiek uit de fusie voortvloeien</i>	41
<i>(iii) Verifieerbaarheid</i>	41
<i>Objectivering en noodzaak van de geclaimde kwaliteitsverbeteringen</i>	44
<i>Conclusie (iii) verifieerbaarheid</i>	45
<i>Conclusie efficiëntieverweer</i>	45
DOOR PARTIJEN AANGEBODEN VERBINTENISSEN	46
<i>Inleiding</i>	46
<i>Prijsplafond</i>	46
<i>Beoordeling van het prijsplafond</i>	46
<i>Toezeggingen met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen</i>	47
<i>Beoordeling van de toezeggingen met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen</i>	47
<i>Maatregelen om toetreding te faciliteren</i>	48
<i>Beoordeling van de maatregelen om toetreding te faciliteren</i>	48
<i>Monitoring, rapportageverplichting, geschillenbeslechting en sanctionering</i>	48
<i>Markttest</i>	49
<i>Gemotiveerde afwijking zienswijze NZa</i>	50
<i>Conclusie</i>	52
VIII. CONCLUSIE	52

I. DE PROCEDURE

1. Op 25 juni 2008 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: de Raad) een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet (hierna: Mw). Hierin is medegedeeld dat Stichting Ziekenhuis Walcheren en Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (hierna gezamenlijk ook: partijen) voornemens zijn te fuseren. Op 23 juli 2008 is door de Raad besloten dat voor deze concentratie een vergunning is vereist. Van dit besluit (hierna: het eerstefasebesluit) is mededeling gedaan in Staatscourant 141 van 24 juli 2008.
2. Op 22 augustus 2008 is van partijen de aanvraag om vergunning ontvangen. Van de aanvraag om vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 167 van 29 augustus 2008. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn door derden zienswijzen naar voren gebracht. In onderhavige zaak is tevens een zienswijze van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) ontvangen. In deze zienswijze is ook een advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) opgenomen. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen. Tevens heeft de NMa extern onderzoek laten uitvoeren door Twynstra Gudde. De in deze zaak ingediende zienswijzen, reacties van marktpartijen en resultaten van het externe onderzoek worden, voor zover er overwegingen aan zijn ontleend die dragend zijn voor dit besluit, in het navolgende nader uiteengezet.
3. Op 29 augustus 2008 zijn nadere vragen ter aanvulling van de aanvraag om vergunning naar partijen uitgestuurd. Op 16 oktober 2008 is deze aanvulling van partijen ontvangen. Daarna zijn op 24 november 2008 wederom vragen ter aanvulling van de aanvraag om vergunning naar partijen gestuurd. Deze aanvulling is op 20 februari 2009 ontvangen. Op 12 februari 2009 zijn nogmaals aanvullende vragen aan partijen gestuurd. Deze aanvulling is op 24 maart 2009 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 166 dagen opgeschort geweest.
4. Op 15 januari 2009 zijn partijen in een gesprek op de hoogte gesteld van de voorlopige bevindingen van de directie Mededinging van de NMa met betrekking tot de beoordeling van de onderhavige vergunningaanvraag, en in het bijzonder van het door partijen gevoerde zogenoemde efficiëntieverweer (zie punt 98).
5. Op 24 maart 2009 heeft de NMa van partijen een brief ontvangen waarin een definitief voorstel wordt gedaan voor aan het besluit te verbinden voorschriften op basis waarvan een vergunning voor de voorgenomen concentratie zou kunnen worden verleend. Voor de inhoud en de beoordeling van deze voorschriften wordt verwezen naar punt 151 en verder van dit besluit.

II. DE BETROKKEN PARTIJEN

6. Stichting Ziekenhuis Walcheren (hierna: Ziekenhuis Walcheren) is een stichting naar Nederlands recht. Ziekenhuis Walcheren is een algemeen ziekenhuis en biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan vanuit haar hoofdvestiging in Vlissingen. Daarnaast heeft Ziekenhuis Walcheren een niet-klinische vestiging in Middelburg. Ziekenhuis Walcheren biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, maag-darm-lever, anesthesiologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, urologie, orthopedie, heelkunde, mondziekten en kaakchirurgie, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, oogheelkunde en keel-, neus- en oorheelkunde. Het ziekenhuis beschikt over een afdeling waar 24 uur spoedeisende eerste hulp wordt geboden en over faciliteiten op het gebied van Intensive Care/Coronary Care. Ziekenhuis Walcheren beschikt voorts over een vergunning uit hoofde van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het verrichten van topklinische verrichtingen op het gebied van AIDS/HIV-behandeling.¹

7. Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (hierna: Oosterscheldeziekenhuizen) is een stichting naar Nederlands recht. Oosterscheldeziekenhuizen is een algemeen ziekenhuis en biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan vanuit haar hoofdvestiging in Goes en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg vanuit haar vestiging in Zierikzee. Oosterscheldeziekenhuizen biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, maag-darm-lever, anesthesiologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, urologie, orthopedie, heelkunde, cardio-thoracale chirurgie, neurochirurgie, mondziekten en kaakchirurgie, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, oogheelkunde en keel-, neus- en oorheelkunde. Het ziekenhuis beschikt over een afdeling waar 24 uur spoedeisende eerste hulp wordt geboden en over faciliteiten op het gebied van Intensive Care/Coronary Care.

III. DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE TEN AANZIEN WAARVAN DE AANVRAAG OM VERGUNNING IS INGEDIEND

8. De gemelde operatie betreft de oprichting van een holdingstichting die het bestuur zal voeren over de stichtingen Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen. Partijen hebben aangegeven dat de fusie zal plaatsvinden langs de lijnen zoals uiteengezet in de conceptstatuten d.d. 9 augustus 2005, door partijen overgelegd in de procedure in zaak 5196/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen. Dit houdt in dat partijen een juridische fusie, in de zin van artikel 2:309 van het Burgerlijk Wetboek, van de holdingstichting, de Stichting Ziekenhuis Walcheren en de Stichting Oosterscheldeziekenhuizen tot stand willen brengen. Bij de melding in

¹ Ziekenhuis Walcheren beschikt over een HIV-subbehandelcentrum in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum.

de onderhavige zaak zijn stukken overgelegd waaruit blijkt dat de Raden van Bestuur en de Raden van Toezicht van de beide ziekenhuizen instemmen met de door de ziekenhuizen ingezette koers zoals uiteengezet in de eveneens bij de melding gevoegde stukken 'Beslisdocument toekomstperspectief samenwerkende ziekenhuizen Zeeland' van 12 juni 2007 en het document 'Hoofdkoers Ziekenhuis Zeeland i.o.' van 9 april 2008.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT

9. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De hiervoor in punt 8 omschreven transactie leidt ertoe dat twee voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.

10. Betrokken ondernemingen zijn Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen.

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

V. DE RELEVANTE MARKT

RELEVANTE PRODUCTMARKT

12. Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen zijn beide algemene ziekenhuizen. Partijen zijn niet actief op het gebied van topreferente² en topklinische zorg³, met uitzondering van de door Ziekenhuis Walcheren aangeboden AIDS/HIV-behandelingen (topklinische zorg). De activiteiten van partijen overlappen elkaar derhalve horizontaal op het gebied van algemene ziekenhuiszorg.

Onderscheid klinische en niet-klinische zorg

13. In eerdere besluiten⁴ is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodssubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van het bestaan van aparte

² Topreferente zorg is hooggespecialiseerde zorg. Topreferente zorg wordt verleend door universitaire medische centra en ten aanzien van sommige specialistische voorzieningen ook door enkele topklinische opleidingsziekenhuizen. Het begrip 'topreferent' verwijst naar het refereren door medisch-specialisten naar een op het desbetreffende deelgebied erkende expert. Topreferente zorg omvat tevens de functie die wel wordt omschreven als *hospital of last resort*.

³ Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg waarvoor naast een aparte vergunning in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen veelal ook relatief kostbare en specialistische voorzieningen nodig zijn.

⁴ Zie onder meer het besluit van 28 januari 2004 in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, punt 45 tot en met 48, het besluit in de meldingsfase van 15 juli 2004 in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum –*

relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische zorg. Er is sprake van niet-klinische zorg wanneer een patiënt via een poliklinische behandeling of dagopname binnen 24 uur kan worden geholpen. Bij een klinische behandeling wordt de patiënt langer dan 24 uur opgenomen in het ziekenhuis.

Algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen

14. Vanuit de vraagzijde – de patiënt – bezien, vormt ieder specialisme in beginsel een eigen relevante markt die niet of nauwelijks substitueerbaar is met een ander specialisme. In eerdere besluiten⁵ is aangegeven dat er, vanwege mogelijke aanbodssubstitutie tussen verschillende (clusters van) specialismen, sprake kan zijn van markten voor algemene ziekenhuiszorg.

15. Net als in het eerstefasebesluit in de onderhavige zaak, ziet de Raad thans geen reden om af te wijken van de in punt 14 genoemde marktafbakening. Ook in het onderhavige besluit zal de Raad derhalve uitgaan van productmarkten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Bij de beoordeling zal indien nodig rekening worden gehouden met eventuele afwijkende omstandigheden voor bepaalde specialismen binnen de markt voor algemene ziekenhuiszorg.

Opvatting partijen

16. Partijen hebben aangegeven zich voor het doel van de vergunningaanvraag in de onderhavige zaak aan te sluiten bij de afbakening van de productmarkt als weergegeven in het besluit van 18 november 2005 in zaak 5196/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen, te weten in een markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en een markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Conclusie

17. In de onderhavige zaak zal bij de beoordeling worden uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Ziekenhuis Gooi-Noord, punt 14 en 15 en, meer recent, het besluit van 29 april 2008 in zaak 6284/St. Lucas – Delfzicht, punt 14 en 15.

⁵ Zie onder meer het besluit in zaak 3524/Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg, reeds aangehaald, punt 37 tot en met 40, en het besluit in de vergunningfase van 8 juni 2005 in zaak 3897/Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord, punt 20 tot en met 48.

RELEVANTE GEOGRAFISCHE MARKT

18. In het besluit in zaak 5196/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen⁶ heeft de Raad op basis van (i) een onderzoek naar de geografische en sociaal-culturele kenmerken van de streek, (ii) een reistijdenanalyse en (iii) een analyse van patiëntenstromen het niet aannemelijk geacht dat partijen voor het aanbieden van klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg actief zijn in aparte geografische regio's. Voorts heeft de Raad het niet aannemelijk geacht dat de geografische markt groter is dan het gebied bestaande uit Walcheren, Schouwen-Duiveland en Noord- en Zuid-Beveland (hierna gezamenlijk: Midden-Zeeland).

19. In het onderzoek in de meldingsfase naar de gevolgen van de gemelde concentratie is geverifieerd of de omstandigheden op dit moment nog steeds aanleiding geven tot de eerder gemaakte geografische marktafbakening. Hieruit is naar voren gekomen dat zich geen wezenlijke veranderingen hebben voorgedaan op dit vlak. Ook uit het in opdracht van de Provincie Zeeland door Prismant opgestelde rapport 'Zeeuwse patiëntenstromen en Zeeuwse zorgvoorzieningen' van november 2008 blijkt niet van wezenlijke veranderingen. Het rapport onderzoekt reisstromen van patiënten uit de gehele provincie Zeeland. Deze reispatronen wijken voor de relevante regio niet significant af van de eerdere analyse. De Raad heeft derhalve zijn standpunt voor wat betreft de omvang van de geografische markt gehandhaafd.

Opvatting partijen

20. Partijen hebben in de melding en bij de vergunningaanvraag van de huidige voorgenomen concentratie aangegeven zich voor het doel van de melding en deze vergunningaanvraag aan te sluiten bij afbakening van de geografische markt als Midden-Zeeland.

Conclusie

21. In de onderhavige zaak zal bij de beoordeling worden uitgegaan van een relevante geografische markt die bestaat uit Midden-Zeeland.

⁶ Reeds aangehaald, punt 16 tot en met 46.

VI. ONDERZOEK

OPVATTING VAN PARTIJEN

Inleiding

22. Partijen hebben ter onderbouwing van hun vergunningaanvraag hoofdzakelijk twee documenten aangedragen, te weten het document 'Hoofdkeers Ziekenhuis Zeeland i.o.' van 9 april 2008 en het document 'Beleidsafwegingen ten behoeve van melding en vergunningprocedure juni 2008'.

23. Partijen menen dat de verschillende voordelen van de voorgenomen fusie opwegen tegen de eventuele nadelige gevolgen voor de mededinging, met name gelet op de aanzienlijke verbeteringen voor de zorg die door de fusie zullen worden gerealiseerd, de positie van de ziekenhuizen op de lange termijn, en de positie en de ontwikkeling van de zorgverzekeraars die zullen bewerkstelligen dat de voordelen van de fusie ten goede zullen komen aan de patiënten. Bij het uitblijven van een fusie ontstaat, gelet op de onderlinge samenhang van de problemen, een neerwaartse spiraal die de positie van zowel Ziekenhuis Walcheren als Oosterscheldeziekenhuizen verder zal verslechteren met alle gevolgen van dien voor de aanwezigheid van kwalitatief hoogwaardige en betaalbare algemene klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg op Walcheren, de Bevelanden en Schouwen-Duiveland.

Problematiek

24. Beide ziekenhuizen geven aan te maken te hebben met relatief kleine en daardoor kwetsbare vakgroepen. Een aantal vakgroepen zou, gezien de formatiegrootte, problemen hebben om de continuïteit van zorg te waarborgen, de ontwikkelingen in het vakgebied te volgen en subspecialisaties te ontwikkelen. Vacatures kunnen volgens partijen slechts moeilijk en in een aantal gevallen helemaal niet worden opgevuld. Voor bepaalde vormen van zorg moeten patiënten daarom gebruik maken van ziekenhuizen buiten de provincie. Vooral voor kindergeneeskunde en gynaecologie is het opvullen van vacatures erg moeizaam gebleken. Dit heeft volgens partijen tot een noodsituatie geleid die de concentratie van de tweedelijns verloskundige zorg en de daaraan gerelateerde kindergeneeskundige zorg vereist. Partijen verwijzen ter onderbouwing van dit standpunt naar een brief van de IGZ van 29 juli 2008, waarin dit bevestigd wordt (zie punt 41). Als gevolg daarvan wordt de tweedelijns verloskundige zorg alleen nog in Goes aangeboden.

25. Ook ten aanzien van de 'snijdende' vakken geven partijen aan als individuele ziekenhuizen op een te kleine schaal te functioneren. Hierbij speelt volgens partijen vooral het probleem van geldende eisen voor aantallen verrichtingen in relatie tot de kwaliteit van de zorg. De adherentie per ziekenhuis zou voor een aantal verrichtingen, zoals carotis- en AAA-chirurgie, te

klein zijn om aan de volumenormen te kunnen voldoen. Dit leidt tot onvoldoende mogelijkheden om te kunnen subspecialiseren, waarmee het voor specialisten onaantrekkelijker zou zijn om zich in een van de ziekenhuizen te vestigen, waardoor de continuïteit en beschikbaarheid van bepaalde (sub)specialismen kwetsbaar is. Patiënten zullen daarom in de toekomst voor complexe chirurgie naar ziekenhuizen buiten de provincie moeten uitwijken, aldus partijen.

26. Ten aanzien van de spoedeisende eerste hulp (hierna: SEH) stellen partijen dat per jaar ongeveer vijfhonderd patiënten zijn aangewezen op een niveau 2-SEH⁷. Op dit moment wordt ongeveer 90% van deze patiënten in Zeeland opgevangen, terwijl de ziekenhuizen niet over een niveau 2-SEH beschikken. Hierbij wordt aangevoerd dat het gezien de grote afstanden tot een eerstvolgend traumacentrum in veel gevallen beter is om de patiënten, ondanks de afwezigheid van het vereiste SEH-niveau, in Zeeland te behandelen. Het niet conform normen beschikken over een niveau 2-SEH wordt door partijen als onwenselijk gezien.

27. Een vergelijkbare situatie doet zich volgens partijen voor ten aanzien van de Intensive Care (hierna: IC). Partijen beschikken over een IC niveau 1⁸, maar patiënten liggen soms langer op de IC dan volgens de norm op een IC niveau 1 is toegestaan. Partijen geven hierbij aan dat het,

⁷ De niveau-indeling van SEH-afdelingen is gebaseerd op de zorginhoudelijke deskundigheid van ziekenhuizen. Een SEH-afdeling met het hoogste niveau aan deskundigheid kan alle patiënten opvangen en behandelen. Een SEH-afdeling met het laagste niveau aan deskundigheid kan voornamelijk de basale zorg leveren. Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed', september 2004.

⁸ In Nederland worden de volgende definities voor het niveau van IC-zorg gehanteerd:

- Een niveau 1-IC is een basis-IC, georganiseerd zoals beschreven in de CBO-richtlijn Organisatie en Werkwijze op ic-afdelingen voor Volwassenen in Nederland. Dit niveau IC is gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van een vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen.
- Een niveau 2-IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten waarvoor continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is. Deze afdelingen hoeven niet in staat te zijn specifieke patiëntengroepen met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.
- Een niveau 3-IC is een (gedeelte van een) IC-afdeling met een academische en/of supraregionale functie en is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meer vitale functies verstoord zijn, waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is. Het gaat hier meestal om specifieke functies zoals IC-behandeling van gecompliceerde thorax-, neuro- en transplantatiechirurgie dan wel om IC-behandeling van traumapatiënten of patiënten met (zeldzame) gecompliceerde aandoeningen.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'IC-afdelingen van niveau 1: "op weg naar verantwoorde zorg"; een inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van intensive care afdelingen van niveau 1', december 2008.

gezien de grote afstand⁹, net als bij de SEH de voorkeur verdient om patiënten in de eigen regio te (blijven) opvangen in plaats van deze patiënten te vervoeren naar een IC niveau 2 of 3 van een ziekenhuis buiten de provincie. Partijen kunnen individueel, dus zonder fusie geen niveau 2-IC realiseren. Patiënten lopen als gevolg hiervan een groter risico op gezondheidsschade, dan wel het risico om in kritieke situaties alsnog over een lange afstand verplaatst te moeten worden naar een ander ziekenhuis. Zoals gezegd, het onderhouden en uitbouwen van expertise op bepaalde behandelvormen en het uitbreiden van behandelvormen in Zeeland die opvang op IC niveau 2 vereisen, is naar het oordeel van partijen niet mogelijk zonder fusie.

28. Partijen constateren een ontwikkeling waarin de vraag naar zorg, met name als gevolg van de vergrijzing, stijgt en tegelijkertijd verandert. Steeds meer patiënten hebben chronische zorgvragen (hart- en vaatziekten, diabetes e.d.) en de toename van het aantal ouderen leidt volgens partijen tot een grotere vraag naar complexe behandelingen. Daarnaast is er medisch-technisch steeds meer mogelijk. Hierdoor en door de eisen vanuit de beroepsgroepen ten aanzien van kennis en ervaring is er een ontwikkeling gaande van steeds verdergaande subspecialisatie en wordt het steeds minder mogelijk om een totaal vakgebied uit te oefenen. Dit geldt bijvoorbeeld voor oncologie, maag-darm-lever, endocrinologie en infectieziekten. Oorspronkelijk waren dit aandachtsgebieden binnen de interne geneeskunde. Inmiddels zijn het bijna zelfstandige specialisaties, die een eigen continuïteit van zorg vragen. Genoemde ontwikkelingen leiden ook tot andere wensen bij de nieuwe generatie artsen. Partijen stellen dat jonge artsen in hun loopbaan mogelijkheden tot subspecialisatie en expertiseontwikkeling willen. Ze willen niet werken in praktijken waar alleen tijd is voor de basale geneeskunde. Er moet ruimte zijn voor verdieping.

29. Partijen constateren verder dat de geleverde zorg in toenemende mate wordt getoetst aan normen die door de beroepsverenigingen van medisch-specialisten worden opgelegd en door de IGZ en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) worden gehanteerd. Hierbij geven partijen aan dat er op dit moment een (beperkt) aantal normen is over kwaliteit in relatie tot ervaring en volume en dat eisen worden gesteld over kwaliteit in relatie tot deskundigheid en multidisciplinaire behandeling. Partijen geven aan dat slechts voor enkele praktijken duidelijke normen zijn geformuleerd. Zo is volgens partijen voor de kindergeneeskunde een minimale bezetting vereist van zes tot acht FTE kinderartsen. Voor gynaecologie is de minimale bezetting gesteld op vijf FTE. Voor andere vakgroepen zijn geen normen ten aanzien van de bezetting vastgesteld, aldus partijen. Partijen gaan daarom uit van de bezettingsnorm van vijf FTE per vakgroep voor alle specialismen. Ten aanzien van de IC zijn normen beschikbaar over

⁹ Voor (acute) complexe zorg moeten patiënten uit Zeeland een relatief grote afstand afleggen. Voor topklinische zorg is het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Breda en voor academische (topreferente) zorg moeten patiënten naar Rotterdam of Antwerpen. Volgens regionale afspraken moeten traumapatiënten met een niveau 2-indicatie naar Rotterdam.

aantallen beademingsdagen en de beschikbaarheid van intensivisten. Ten aanzien van een aantal chirurgische ingrepen worden eisen gesteld aan het minimum aantal verrichtingen per specialist.

30. Partijen stellen dat zij per ziekenhuis beschikken over een te kleine schaal (te weinig specialisten per vakgroep) en een te lage adherentie en daardoor te weinig behandelingen om expertise op te kunnen bouwen. Dit leidt tot twee, elkaar versterkende, effecten. Ten eerste: doordat niet, of in de toekomst niet meer, aan normen met betrekking tot schaalgrootte en volume kan worden voldaan, mogen bepaalde behandelingen niet meer worden uitgevoerd en kunnen in sommige gevallen specialismen niet meer worden aangeboden. Ten tweede: een situatie met te kleine vakgroepen en te weinig verrichtingen maakt subspecialisatie onmogelijk waardoor de praktijk voor specialisten onaantrekkelijk wordt. Deze vakgroepen zullen daardoor slechter aan normen over schaalgrootte kunnen voldoen. Dit leidt tot een neerwaartse spiraal waarbij uiteindelijk de kwaliteit van de te leveren zorg en de capaciteit om die zorg te leveren niet aan de normen kunnen voldoen.

31. De verschillende specialismen en functies van een ziekenhuis zijn, aldus partijen, niet los van elkaar te zien. Voor veel van deze specialismen en functies geldt dat de één niet zonder de ander kan bestaan. Partijen noemen hierbij een aantal, volgens hen, sterk samenhangende functies. Gynaecologie (verloskunde) en kindergeneeskunde kunnen niet zonder elkaar bestaan. Een deel van beide specialismen valt samen, namelijk de verloskunde en de opvang van de pasgeborenen. Volgens partijen zou het verdwijnen van voorzieningen als kindergeneeskunde of gynaecologie (verloskunde) zelfs kunnen leiden tot het verlies van de erkenning als ziekenhuis en daarmee het verlies van de 24-uursvoorziening. Complexe traumazorg en complexe chirurgische verrichtingen zoals carotis- en AAA-chirurgie kunnen niet in een ziekenhuis plaatsvinden zonder de beschikking te hebben over een niveau 2-IC. Dit maakt het ziekenhuis onaantrekkelijker voor chirurgen om in te werken. Ook zullen er moeilijker intensivisten te vinden zijn die op een niveau 1-IC willen werken, waardoor andere specialismen moeten bijspringen en ook de niveau 1-IC in gevaar komt. Dit heeft weer gevolgen voor andere vakgroepen, zoals interne geneeskunde en cardiologie, aldus partijen.

32. Door de combinatie van genoemde interne en externe omstandigheden en het cascade-effect, zoals beschreven in het vorige punt, stellen partijen binnen een periode van drie jaar zodanig te moeten inleveren op het totale zorgaanbod dat beide ziekenhuizen niet meer in staat zullen zijn om als zelfstandige ziekenhuizen de basiszorg op verantwoorde wijze te kunnen verlenen. Volgens partijen zal de verzekeraar naar verwachting geen middelmatige of te dure zorg willen inkopen en zal de IGZ vinden dat de kwaliteit niet langer gewaarborgd is. De IGZ zal afdelingen willen sluiten en erkenningen willen intrekken, en professionals zullen niet aan de ziekenhuizen kunnen worden gebonden. De sluiting van de IC en de moeder- en kindzorg vormt volgens partijen op dit moment reeds een serieuze dreiging.

Oplissing

33. Teneinde voor beide partijen te waarborgen dat (i) een maatschap een minimumaantal specialisten omvat en (ii) de medisch-specialisten vervolgens een bepaald minimumaantal operaties/behandelingen verrichten (zie punt 29), dienen partijen te fuseren. Een maatschap dient ook een minimumschaal te hebben om voldoende specialisatie en differentiatie te kunnen bieden. De toename in schaalgrootte zal partijen in staat stellen om gekwalificeerde medisch-specialisten en verpleegkundigen aan te trekken en als opleidingsziekenhuis te blijven functioneren. Als de ziekenhuizen beide verzorgingsgebieden tot één mogen rekenen en de patiëntenaantallen bij elkaar op mogen tellen, dan wordt tevens voldaan aan de criteria voor een niveau 2-IC. Een niveau 2-IC is voor een aantal kernspecialismen (chirurgie, kindergeneeskunde, interne geneeskunde en neurologie) van essentie om patiënten binnen de provinciegrenzen een breder spectrum aan behandel mogelijkheden te kunnen bieden. Hiermee wordt de keuze voor de patiënt dus vergroot, aldus partijen.

34. Voordelen van *scale* en *scope* laten zich volgens partijen vooral vertalen in efficiëntieverbeteringen als kwaliteitswinst (betere medische zorg), kostenbesparingen en aantrekkelijker werkgeverschap. Het is voor partijen niet mogelijk op dit moment de te verwachten schaalvoordelen te kwantificeren naar het aantal extra verrichtingen dat door de verschillende specialismen als gevolg van de fusie zal kunnen worden verricht. Waar het *scope*-voordelen betreft, wordt per specialisme aangegeven welke subspecialismen als gevolg van de voorgenomen fusie aan het huidige aanbod van de ziekenhuizen zullen worden toegevoegd.¹⁰ Tevens wordt door partijen aangegeven hoe door een herverdeling van aandachtsgebieden onder het totaal aantal specialisten de dekking per subspecialisatie en daarmee de continuïteit kan worden verbeterd en het behandelaanbod kan worden verbreed. Ook wijzen partijen op de mogelijkheid de door één van beide ziekenhuizen opgebouwde expertise met elkaar te delen.

35. Partijen wijzen op de volgende kostenbesparingen als gevolg van de fusie: inkoopvoordelen, gezamenlijke medische investeringen, zoals de aanschaf van een nieuw MRI-apparaat, niet-medische investeringen, zoals de aanschaf van een nieuw informatiesysteem, en het samenvoegen van gelijksoortige diensten tot één gemeenschappelijke serviceorganisatie (synergievoordelen). Het is voor partijen niet mogelijk gebleken om feitelijk op het niveau van diagnosebehandelcombinaties (hierna: dbc's) inzichtelijk te maken wat de concrete gevolgen van de fusie op de kostprijs zijn.

36. Partijen menen dat de met de fusie te behalen voordelen van *scale* en *scope*, mede door de positie en de ontwikkeling van de zorgverzekeraars, ten goede zullen komen aan de patiënten.

¹⁰ Minimaal invasieve chirurgie, navigatie/robotchirurgie, rugchirurgie, beenmergtransplantatie, endoscopische laserbehandelingen, PCI (percutane coronaire interventies).

37. Indien de ziekenhuizen niet fuseren vormt het handhaven van de huidige samenwerkingsvorm, dan wel elke andere vorm van samenwerking, geen reële oplossing voor de organisatorische, bestuurlijke en financiële problemen waar beide ziekenhuizen in de huidige situatie tegen aanlopen. In de unieke Zeeuwse situatie zal een beperktere samenwerking het geschetste probleem niet kunnen oplossen. De optelsom van het aantal samenwerkingsverbanden dat volgens partijen nodig zou zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven waarborgen, heeft *de facto* hetzelfde effect in termen van het beperken van de mededinging als de voorgenomen fusie.

Samenvatting

38. De ziekenhuizen zullen het steeds moeilijker krijgen om zelfs basiszorg van voldoende kwaliteitsniveau te kunnen blijven aanbieden. Het risico op afkalving van het zorgaanbod wordt als reëel gezien, evenals het risico dat op termijn slechts één van de beide ziekenhuizen in Midden-Zeeland als klein perifeer basisziekenhuis kan overleven. Alleen een fusie stelt de ziekenhuizen in staat hun kwalitatieve doelstellingen te realiseren en daarmee de continuïteit van zorg te garanderen, aldus partijen. Voor de toekomst van partijen en van de ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland is het bereiken van een grotere schaal noodzakelijk, aldus partijen.

ZIENSWIJZEN IGZ EN NZA

Inleiding

39. De NZa heeft in de onderhavige zaak een zienswijze gegeven. Op grond van artikel 19 van de Wet marktordening gezondheidszorg dient de NZa voor haar oordeel over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders het oordeel te volgen van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, waar de IGZ onderdeel van uitmaakt. De NZa heeft hiertoe vragen met betrekking tot de voorgenomen fusie gesteld aan de IGZ. In het kader van haar eigen onderzoek heeft de NMa tevens een aantal vragen gesteld aan de IGZ. De IGZ heeft op 27 oktober 2008 de NZa schriftelijk geadviseerd ten aanzien van de voorgenomen fusie. De antwoorden op de vragen van de NMa zijn door de IGZ in een bijlage bij dit advies gevoegd. Gezien het belang van het advies van de IGZ in de onderhavige zaak, zal dit advies worden besproken alvorens wordt ingegaan op de zienswijze van de NZa.

Advies IGZ

40. De IGZ stelt dat bij ongewijzigd beleid (dat wil volgens de IGZ zeggen zonder intensieve vormen van brede samenwerking van de beide ziekenhuizen) niet kan worden gegarandeerd dat de basisziekenhuisfuncties¹¹ in de regio Midden-Zeeland behouden kunnen blijven. Beide ziekenhuizen zijn buitengewoon kwetsbaar, zowel in formatieve zin (kwetsbare continuïteit) als voor wat betreft de kwaliteit van zorg (geen of geringe aandachtsgebiedverdeling). Beide ziekenhuizen beschikken over een SEH met een te laag niveau gelet op de daar aangeboden patiënten. Beide ziekenhuizen beschikken over een niveau 1-IC, waar regelmatig patiënten langer verblijven dan op dit niveau IC verantwoord is. Bijvoorbeeld interne geneeskunde en chirurgie/orthopedie kunnen niet verantwoord in hun volle omvang worden uitgevoerd, aldus de IGZ. Het is de stellige verwachting van de IGZ dat binnen afzienbare tijd – naar verwachting na een fase van steeds grotere problematiek op het gebied van personele formatie, kwaliteit van zorg, afnemend zorgaanbod en bedrijfsmatige resultaten – een van beide ziekenhuizen zijn basisfuncties niet langer (verantwoord) zal kunnen aanbieden. De IGZ sluit niet uit dat zij te eniger tijd de Minister van VWS zal moeten adviseren in te grijpen wanneer één of beide ziekenhuizen niet meer kan (kunnen) voldoen aan de minimumkwaliteitseisen. Materieel kan dit tot gevolg hebben dat er uiteindelijk maar één ziekenhuis overblijft, maar dan vanuit een zeer negatieve uitgangssituatie, aldus de IGZ.

41. De IGZ stelt, zoals gezegd, dat de omvang van de vakgroepen in beide ziekenhuizen te beperkt is en in een aantal gevallen zelfs onder de norm. De IGZ heeft bij brief van 29 juli 2008 aan partijen laten weten dat gelet op het huidige gebrek aan gynaecologen, concentratie op één locatie van de tweedelijns verloskunde en daaraan gerelateerd de klinische kindergeneeskunde onafwendbaar lijkt te zijn geworden. Deze maatregel dient genomen te worden om de kwaliteit van gynaecologische en verloskundige zorg te kunnen blijven garanderen. De IGZ gaat er daarbij vanuit dat ingeval van concentratie van de tweedelijns gynaecologische en verloskundige zorg en de daaraan gerelateerde klinische kindergeneeskunde in Goes, de poliklinische gynaecologische, verloskundige en kindergeneeskundige zorg in Vlissingen worden gecontinueerd.

¹¹ De IGZ verstaat onder basisziekenhuiszorg de zorg die geleverd wordt door de volgende medisch-specialistische functies, apart en in onderlinge samenwerking en die op basis van de WTZi in elk ziekenhuis beschikbaar moet zijn: acute zorg (traumazorg en acute zorg bij de onderstaande functies, alsmede de SEH en IC), interne geneeskunde, chirurgie/orthopedie, pulmonologie, gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde, keel-neus-oorgeneeskunde, oogheekunde, neurologie, cardiologie, urologie, dermatologie, medisch-ondersteunende afdelingen zoals radiodiagnostiek, anesthesiologie, klinisch chemisch laboratorium, pathologie, etc. Om de basisziekenhuiszorg verantwoord te kunnen uitvoeren is het nodig dat – naast de minimumformatie ten behoeve van 7x24 uur continuïteit van zorg (voor loondienstsituaties volgens de IGZ vijf FTE) – de formaties groter zijn om de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden mogelijk te maken, bij bepaalde functies ook 7x24 uur. Daarnaast gelden aanvullende criteria, zoals een bepaald minimumvolume aan patiënten voor bepaalde *hightech* en *mediumtech* interventies.

42. De IGZ merkt verder op dat dergelijke samenvoegingen vaak leiden tot een cascade van noodgedwongen samenvoegingen van andere functies doordat de verschillende basisfuncties van een ziekenhuis grote samenhang hebben met elkaar en dus een sterke onderlinge afhankelijkheid hebben. Zo zal met de samenvoeging van de tweedelijns verloskunde op één locatie ook de klinische kindergeneeskunde op dezelfde locatie samengevoegd dienen te worden. Voor het ziekenhuis dat de tweedelijns verloskunde en de klinische kindergeneeskunde verliest, is het niet meer mogelijk om met betrekking tot de basisfuncties de gebruikelijke zorg in de volle breedte verantwoord uit te voeren. Dit ziekenhuis verliest een basisfunctie. Dit zal zijn effect hebben op de nog overgebleven basisfuncties. Het wegvallen van de tweedelijns verloskunde en klinische kindergeneeskunde heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat de opleiding voor verpleegkundigen onder druk komt te staan, omdat de specialismen verloskunde en kindergeneeskunde deel uitmaken van de opleiding voor verpleegkundigen. Het ziekenhuis komt niet meer in aanmerking voor de opleiding tot gynaecoloog respectievelijk kinderarts. Verder onderhoudt gynaecologie nauwe relaties met chirurgie en urologie en zijn er afhankelijkheidsrelaties tussen bijvoorbeeld kindergeneeskunde en KNO (adeno-tonsillectomie), kindergeneeskunde en neurologie (kinderen met convulsies), kindergeneeskunde en chirurgie (traumatologie), kindergeneeskunde en interne geneeskunde (adolescenten met diabetes mellitus), aldus de IGZ.

43. Hierbij kan worden opgemerkt dat door samenwerking op specialistische aandachtsgebieden altijd een lateralisatie van deze aandachtsgebieden naar één ziekenhuis ontstaat, aldus de IGZ. De reden hiervan is dat specialistische aandachtsgebieden alleen verantwoord kunnen worden uitgeoefend, wanneer deze geconcentreerd worden op één van beide locaties, waar specifieke ondersteunende functies, gespecialiseerde medewerkers, speciale apparatuur en afdelingen (zoals IC, OK-faciliteiten, specifieke endoscopie) direct beschikbaar zijn. Bovendien dienen deze voor meerdere specialismen beschikbaar te zijn. Dit leidt ertoe dat een concentratie van functies in één van beide ziekenhuizen zal plaatsvinden (lateralisatie van functies op één locatie), aldus de IGZ.

44. Voor noodzakelijke aandachtsgebiedverdeling is in geen van beide ziekenhuizen voldoende personeel beschikbaar. Er zullen door maatschappen keuzes gemaakt moeten worden welke zorg nog wel verantwoord kan worden aangeboden en welke zorg niet meer. Wanneer zorg niet meer wordt aangeboden, zal uitstroom van patiënten plaatsvinden. Dit kan tot effect hebben dat deze patiënten ook wegblijven voor het zorgaanbod dat nog wel bestaat. Deze uitstroom is rechtstreeks bedreigend voor de kwaliteit van de nog wel aangeboden zorg in geval het verrichtingen betreft waar een minimaal aanbod voor aanwezig moet zijn om deze verrichtingen kwalitatief verantwoord te kunnen (blijven) uitvoeren. De uitstroom kan eveneens leiden tot een afname van financiële mogelijkheden. Een neerwaartse spiraal zal het gevolg zijn.

45. Zeeland moet naar het oordeel van de IGZ beschouwd worden als een unieke regio, die in het kader van het onderwerp fusie van ziekenhuizen niet te vergelijken is met welk ander deel van Nederland dan ook. Beide ziekenhuizen bevinden zich in een geïsoleerde positie, omdat er op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is. Indien zo'n ziekenhuis dichterbij gelegen zou zijn dan waren afspraken mogelijk geweest om de formatieve kwetsbaarheid te verminderen en het beperkte niveau van zorg te compenseren. Het feit dat dit niet zo is, maakt dat er een volwaardig basisziekenhuis noodzakelijk is met een aanvullend zorgaanbod, zoals dat in een algemeen ziekenhuis van deze omvang met een dergelijk adherentiegebied aangeboden wordt. Dat betekent volgens de IGZ, dat in elk geval de volgende faciliteiten moeten worden aangeboden:

- alle poortspecialismen met de daarbij behorende (medisch-)facilitaire mogelijkheden en toepassing van aandachtsgebieden die in een dergelijk ziekenhuis noodzakelijk zijn;
- faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties, zoals dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie; en
- IC/CCU faciliteiten met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning (een niveau 2-IC).

46. De IGZ is van mening dat basisziekenhuiszorg (inclusief de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden met voldoende formatieve dekking) in de regio Midden-Zeeland slechts behouden kan worden als sprake is van één bestuurlijk-juridische en financiële eenheid¹² binnen Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen. De adherentie in Midden-Zeeland is naar het oordeel van de IGZ onvoldoende om de ziekenhuiszorg zoals beschreven in het vorige punt aan te laten bieden door twee onafhankelijke ziekenhuizen. Een fusie geeft het bestuur de mogelijkheid om een ziekenhuis te creëren met een gezonde basis met betrekking tot adherentie, formatie, functies en aandachtsgebieden. Op deze wijze wordt de basisziekenhuiszorg voor deze regio behouden. Dit geldt voor acute zorg, electieve zorg en chronische zorg, aldus de IGZ.

47. De IGZ stelt dat wanneer beide ziekenhuizen toestemming krijgen voor de fusie, zij erop zal toezien dat aan een aantal voorwaarden zal worden voldaan. Om de meerwaarde van de fusie te kunnen realiseren zullen alle vakgroepen moeten fuseren. De bereikbaarheid van acute zorg zal moeten worden gegarandeerd. De ziekenhuizen dienen op korte termijn aandacht te besteden aan de verloskundige zorg. Bovenstaande aandachtspunten vallen volgens de IGZ deels buiten de competentie van het ziekenhuisbestuur. Actieve bemoeienis van zorgverzekeraars en de overheid is daarom geboden, aldus de IGZ. Ook is voor het welslagen van de fusie optimaal extern overleg met eerstelijns partners en zorgverzekeraars nodig. De IGZ acht het echter uiterst aannemelijk dat de door partijen gestelde positieve effecten van de fusie zich zullen gaan voordoen.

¹²Dit levert een concentratie in de zin van artikel 27 van de Mededingingswet op.

48. Naar het oordeel van de IGZ is het behoud van basisziekenhuiszorg in de regio Midden-Zeeland niet op andere wijze te realiseren dan door een fusie. Het probleem zal bijvoorbeeld niet kunnen worden opgelost door het aantrekken van meer specialisten. Beide ziekenhuizen afzonderlijk genereren op basis van de eigen patiëntenaantallen te weinig zorgvraag (te weinig patiënten en te weinig verrichtingen). Dit is niet passend bij een grotere maatschap met meer formatie. Van veel zorgverrichtingen is bekend dat het noodzakelijk is om hiervan een minimumaantal uit te voeren teneinde de kwaliteit van uitvoering van de zorg te garanderen. De adherentie van beide ziekenhuizen is te gering om zowel kwalitatief als kwantitatief boven de Westerschelde twee volledig geoutilleerde basisziekenhuizen te kunnen blijven exploiteren. Samenwerking tussen de ziekenhuizen is op een groot aantal gebieden, met name acute zorg, chirurgie/orthopedie, interne geneeskunde, moeder en kind zorg en cardiologie, noodzakelijk (zie punt 41). In combinatie met het cascade-effect en de lateralisatie van functies en afdelingen op één locatie, zoals beschreven in de punten 42 en 43, heeft dit tot gevolg dat een algehele fusie – ook uit bestuurlijk oogpunt – onvermijdelijk is.

Samenvatting

49. De IGZ sluit, samengevat, niet uit dat te eniger tijd één of beide ziekenhuizen niet meer kan (kunnen) voldoen aan de minimumkwaliteitseisen. Voorts stelt de IGZ dat zonder een fusie tussen de beide ziekenhuizen het behoud van de basisziekenhuisfuncties (inclusief de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden met voldoende formatieve dekking) voor Midden-Zeeland niet mogelijk is. Daarnaast is, gelet op de specifieke situatie in Zeeland, een aanvullend zorgaanbod noodzakelijk dat in elk geval bestaat uit het aanbod van alle poortspecialismen met de daarbij behorende (medisch-)facilitaire mogelijkheden en toepassing van aandachtsgebieden, faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties, zoals dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie, en IC/CCU-faciliteiten met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning (een niveau 2-IC). De adherentie in Midden-Zeeland is naar het oordeel van de IGZ onvoldoende om de ziekenhuiszorg zoals hiervoor beschreven aan te laten bieden door twee onafhankelijke ziekenhuizen.

Zienswijze NZa

50. De NZa heeft op 22 december 2008 een zienswijze uitgebracht in de onderhavige zaak. De zienswijze van de NZa gaat in op de verwachte gevolgen van de voorgenomen concentratie voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Ten aanzien van de kwaliteit heeft de IGZ de NZa geadviseerd. Het advies van de IGZ is hiervoor weergegeven in de punten 40 tot en met 49.

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

52. De NZa wijst er in haar zienswijze op dat uit het advies van de IGZ en uit de gesprekken die de NZa met de IGZ heeft gevoerd, naar voren komt dat de IGZ de stellige verwachting heeft dat zonder een fusie tussen de partijen het kwaliteitsniveau van de geleverde zorg onder het noodzakelijke minimumniveau zakt, waardoor de continuïteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland in gevaar komt. Dit komt met name door de unieke geografische ligging van beide ziekenhuizen, waarbij er op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is. De kwaliteitsvoordelen bij deze fusie bestaan daarmee naar de mening van de NZa uit het voorkomen van een onaanvaardbaar kwaliteitsverlies van de zorg. De NZa acht de borging van de minimumkwaliteit van groot belang en geeft aan dat de conclusie daarom voor haar niet anders kan zijn dan dat zij vanwege dit kwalitatieve oordeel van de IGZ de NMa in beginsel positief adviseert ten aanzien van de voorliggende vergunningaanvraag.

53. Naast het voordeel van deze fusie voor de consument in de zin van de borging van de minimumkwaliteit, ziet de NZa echter ook duidelijke nadelen van deze fusie voor de consument. Deze nadelen liggen op het vlak van de betaalbaarheid van de zorg, alsmede van de toegankelijkheid en de kwaliteit boven het minimumniveau. De nadelen dienen naar de mening van de NZa te worden gecompenseerd door passende maatregelen, voorwaarden en gedragsvoorschriften die de NMa in haar fusiebesluit aan de partijen op zou moeten leggen. De NZa tekent aan dat zij niet vooruit kan lopen op het proces dat zou moeten leiden tot de vaststelling van een zinvol pakket aan maatregelen waarmee de fusie in haar ogen gepaard zou moeten gaan. De NZa beseft dat de beide ziekenhuizen zelf hierbij een grote verantwoordelijkheid hebben. Indien de partijen niet of onvoldoende bereid zouden zijn om medewerking te verlenen aan de totstandkoming van maatregelen ter borging van de publieke belangen voor de consument, adviseert de NZa om de vergunningaanvraag alsnog af te wijzen.

54. De NZa adviseert de NMa om in het fusiebesluit een combinatie van een aantal structurele voorwaarden (het afstoten dan wel het verzelfstandigen van bedrijfsonderdelen), een tweetal daaraan ondersteunende gedragsvoorwaarden en een aantal voorwaarden op het gebied van kwaliteit op te nemen.

55. Voor wat de structurele voorwaarden betreft, dient naar het oordeel van de NZa het volgende te worden overwogen:

- alle specialismen met meer dan 30% omzet in het B-segment afstoten;
- integratie van alle maatschappen waarvoor schaalvergroting niet noodzakelijk is, achterwege laten. De NZa acht integratie alleen noodzakelijk voor de SEH, de IC, kindergeneeskunde, verloskunde en diagnostische afdelingen, zoals radiologie en laboratoria;
- alle zelfstandige behandelcentra afstoten of de gelieerdheid van de ziekenhuizen daarmee opheffen.

De NZa vindt dat door het toepassen van structurele voorwaarden daadwerkelijke concurrentie kan worden gestimuleerd (op onderdelen). Deze onderdelen moeten voldoende kritische productie opleveren om op korte termijn te kunnen leiden tot effectieve en duurzame concurrentie.

56. Voor wat betreft de gedragsvoorwaarden stelt de NZa een prijsvoorschrift voor het vrije B-segment en een aanpassing van de toelatingsovereenkomst met medisch-specialisten voor. Doel van het prijsvoorschrift is om te voorkomen dat de ziekenhuizen buitensporige prijzen gaan hanteren in het vrije B-segment. Naar het oordeel van de NZa verdient het de voorkeur om als prijsvoorschrift te kiezen voor een plafond op basis van de landelijke gemiddelde contractprijzen en de landelijke gemiddelde stijging, gedurende de komende drie jaar voor alle dbc's in het B-segment.¹³ Bij het prijsplafond kan ook rekening worden gehouden met verschillen in *case mix* die van invloed kunnen zijn op de prijzen.¹⁴ Daarnaast adviseert de NZa om de toelatingsovereenkomst van de fuserende ziekenhuizen zodanig te wijzigen dat het medisch-specialisten zal zijn toegestaan om binnen de regio werkzaamheden te verrichten die concurreren met de ziekenhuisactiviteiten, bijvoorbeeld door het oprichten van een zelfstandig behandelcentrum of voor andere zorgaanbieders. Deze aanpassing van de medische toelatingsovereenkomst kan toetreding in Midden-Zeeland vergemakkelijken, aldus de NZa.

¹³ De NZa geeft in haar zienswijze aan dat uit een nadere analyse van de gehanteerde contractprijzen 2008 op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde informatie blijkt dat beide partijen contractprijzen zijn overeengekomen met de zorgverzekeraars die niet significant afwijken van het Nederlandse gemiddelde. Daarnaast kan op basis van de bij de NZa

57. Verder zijn naar het oordeel van de NZa voorwaarden voor de borging van de minimumkwaliteit binnen het gefuseerde ziekenhuis van groot belang. Omdat het naar de mening van de NZa geen vanzelfsprekendheid is dat de door partijen voorgestelde en volgens de IGZ noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen na de fusie daadwerkelijk worden behaald, acht de NZa het noodzakelijk om eisen te stellen aan het gefuseerde ziekenhuis ten aanzien van deze gestelde kwaliteitsverbeteringen. De NZa vindt dat de door de IGZ gestelde voorwaarden voor verantwoorde zorg opgenomen moeten worden als voorwaarden bij de fusie. Het gaat dan met name om de volgende voorwaarden:

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

Samenvatting

58. Gegeven de specifieke omstandigheden in Midden-Zeeland en vanuit het belang van de borging van de minimumkwaliteit van zorg, levert naar de mening van de NZa realisatie van de fusie tussen Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen, nadrukkelijk mét inbegrip van de voorwaarden die daar naar haar mening aan verbonden moeten zijn, uiteindelijk het beste resultaat voor de zorgconsument in Midden-Zeeland.

OVERIGE ZIENSWIJZEN

Clëntenraden en patiëntenplatform

59. De NMa heeft vragen gesteld aan de cliëntenraden van beide ziekenhuizen, alsmede aan het patiëntenplatform Stichting Klaverblad Zeeland. De beide cliëntenraden en het patiëntenplatform zijn alle voorstander van fusie van de beide ziekenhuizen.

aangeleverde informatie geconcludeerd worden dat de ontwikkeling van de contractprijzen van de partijen in de jaren 2005 tot en met 2008 nagenoeg gelijk is aan de gemiddelde contractprijsontwikkeling in Nederland.

¹⁴ Verschillen in *case mix* worden veroorzaakt door verschillen in de productmix en de zorgzwaarte, waarbij de productmix weergeeft welk aandeel in volume een bepaalde dbc heeft in het totale dbc-volume in een bepaald jaar. De productmix kan per ziekenhuis of landelijk voor alle ziekenhuizen worden bepaald. Door de gemiddelde prijzen te wegen met de aantallen van de dbc's, geleverd binnen het ziekenhuis, worden prijsverschillen weggenomen die door een andere productmix binnen het gefuseerde ziekenhuis worden veroorzaakt, aldus de NZa.

60. De cliëntenraad van Oosterscheldeziekenhuizen is van mening dat fuseren de enige mogelijkheid is om kwalitatieve patiëntenzorg te kunnen waarborgen. Wanneer een fusie uitblijft, bestaat volgens de cliëntenraad kans op meer uitstroom van patiënten doordat de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd blijft. De cliëntenraad is van mening dat een fusie voor wat betreft de financiële situatie en de vacatures voor medisch-specialisten op lange termijn een oplossing kan bieden. Als mogelijke nadelen van de fusie ziet deze cliëntenraad de verslechtering van de bereikbaarheid voor bepaalde groepen patiënten. De cliëntenraad acht de bereikbaarheid echter ondergeschikt aan de kwaliteit van zorg. Wel zou er extra aandacht moeten komen voor de verbetering van het openbaar vervoer, aldus de cliëntenraad. Bij vergaande samenwerking tussen de beide ziekenhuizen zal volgens de cliëntenraad van Oosterscheldeziekenhuizen de kwaliteit van zorg minder gewaarborgd zijn dan bij een complete fusie.

61. De cliëntenraad van Ziekenhuis Walcheren stelt dat het zonder fusie zeer moeilijk zal zijn de kwaliteit van de zorg voor cliënten in het werkgebied van beide ziekenhuizen in de directe toekomst en op de langere termijn op niveau te houden of te verbeteren. Naar verwachting zal het aantal inwoners van Zeeland in de toekomst afnemen. Dit heeft niet alleen onmiddellijke consequenties voor de exploitatie van de ziekenhuizen, maar ook voor het aantal specialisten dat kan worden ingezet. De ziekenhuizen verkeren bovendien in een zwakke financiële positie. Wanneer fusie uitblijft en de kwaliteit van zorg onder druk komt te staan, zullen meer patiënten uitwijken naar andere ziekenhuizen en komt het bestaan van de ziekenhuizen in gevaar. De cliëntenraad vindt bundeling van krachten daarom nodig, aldus de cliëntenraad van Ziekenhuis Walcheren. Naar de mening van de cliëntenraad biedt vergaande samenwerking tussen de beide ziekenhuizen minder garantie voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg aan de patiënt dan bij fusie het geval zou zijn.

62. De cliëntenraad van Ziekenhuis Walcheren stelt dat door fusie en een andere inrichting van de zorg binnen de provincie Zeeland kan worden voorzien in een *high level* IC. Op dit moment moeten patiënten met een multitrauma, vanwege het ontbreken van zo'n *high level* IC, altijd de provincie uit, met risico van overlijden onderweg. Volgens de cliëntenraad van Ziekenhuis Walcheren is het daarnaast belangrijk om Zeeland aantrekkelijk te houden voor vestiging van specialisten. Het baart de cliëntenraad grote zorg dat het verloop van specialisten in de afgelopen jaren is toegenomen en dat vacatures moeilijk te vervullen blijken. Wanneer een maatschap vacatures kent worden de overige leden overbelast en nemen risico's voor de patiënt toe. Specialist kunnen door het beperkte aantal bijzondere specialistische handelingen en operaties hun vaardigheid op sommige deelgebieden verliezen dan wel niet uitbouwen. Voor de patiënt betekent dit dat steeds vaker wordt doorverwezen naar een (academisch) ziekenhuis buiten de provincie, aldus de cliëntenraad.

63. De cliëntenraad van Ziekenhuis Walcheren is van oordeel dat het nadeel van de verminderde bereikbaarheid voor een deel van de Zeeuwse bevolking kan worden gecompenseerd door een kwaliteitsverbetering van de zorg. Als de kwaliteit daadwerkelijk toeneemt, zullen cliënten eerder bereid zijn naar Goes te reizen, aldus de cliëntenraad. Niettemin is de bereikbaarheid een punt van aandacht. Goede bereikbaarheid is volgens de cliëntenraad een voorwaarde voor de uitvoering van de fusieplannen. Dit betekent dat zorgvuldig moet worden gekeken hoe locaties worden ingericht. Locaties dienen een volwaardige polikliniek te krijgen en een eerstehulpafdeling. De in te richten locatie voor acute en complexe zorg moet binnen de daarvoor geldende normen per ambulance bereikt kunnen worden. De omliggende infrastructuur moet daarop worden ingericht. Hetzelfde geldt voor de ambulancedienst en –posten. Punt van aandacht daarbij is de verloskundige zorg in relatie tot de mogelijkheid van thuis bevallen, aldus de cliëntenraad. De cliëntenraad geeft aan dat er provinciaal een stuurgroep bereikbaarheid curatieve zorg boven de Westerschelde wordt ingesteld, die hiermee aan de slag gaat. De cliëntenraad heeft er vertrouwen in dat de fusie geen nadelige gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg, zeker wanneer het inmiddels in gang gezette traject “operationele excellentie”, ter verbetering van de interne processen door nieuwbouw en herschikking van diensten, na fusie optimaal vorm kan krijgen.

64. Beide cliëntenraden wijzen tot slot op het belang van goede communicatie door de bestuurders en van een snelle fusie om de onzekerheid en onrust die nu bestaan onder cliënten, medewerkers en specialisten weg te nemen.

65. Patiëntenplatform Stichting Klaverblad Zeeland stelt zich op het standpunt dat in de huidige situatie de bewoners van Midden-Zeeland te weinig keuze hebben om in de nabije omgeving de meer ingewikkelde ziekenhuiszorg en behandeling te ontvangen. Door het beperkte volume kunnen de medisch-specialisten te weinig vaardigheden opdoen voor het uitvoeren van de meer ingewikkelde ingrepen. Door de fusie en daarmee door het grotere volume mag verwacht worden dat het niveau van de ziekenhuiszorg in Zeeland omhoog gaat en dat meer ingrepen in Zeeland kunnen worden uitgevoerd die thans nog buiten de provincie plaatsvinden. In de nieuwe situatie wordt de keuze dus niet beperkt maar zal het keuzeaanbod kwalitatief verbeteren, aldus de stichting. Ook de Stichting Klaverblad Zeeland is van oordeel dat kwaliteit van de zorg een zwaarwegender belang is dan bereikbaarheid.

Zorgverzekeraars

66. De twee belangrijkste zorgverzekeraars in het gebied Midden-Zeeland zijn CZ, met circa 60% marktaandeel, en UVIT, met circa 15% marktaandeel. De NMa heeft beide zorgverzekeraars vragen gesteld over de voorgenomen fusie. Beide verzekeraars zijn voorstanders van fusie van de ziekenhuizen.

67. Volgens zowel CZ als UVIT is het aannemelijk dat de fusie zal leiden tot een betere kwaliteit van het door de ziekenhuizen geleverde zorgaanbod. In de eerste plaats worden door concentratie van de zorg de beschikbaarheid en daarmee de continuïteit gewaarborgd, wat op zichzelf al de basis is voor het kunnen leveren van de minimaal gewenste kwaliteit. Daarnaast wordt door de fusie subspecialisatie mogelijk. Door de fusie wordt het volume vergroot en mag verwacht worden dat capaciteitsproblemen, zoals die zich in het verleden hebben voorgedaan bij kindergeneeskunde, gynaecologie, cardiologie en IC/SEH, niet meer voorkomen. Door de mogelijke door groei van de IC naar niveau 2 kunnen meer patiënten in Zeeland worden geholpen die nu, volgens protocol, naar een IC buiten Zeeland moeten worden verplaatst, aldus CZ.

68. Wanneer de fusie niet door zou gaan, worden de problemen waar de ziekenhuizen heden ten dage al mee kampen volgens CZ alleen maar groter. Op dit moment zijn de ziekenhuizen nauwelijks in staat om, met name op het gebied van kindergeneeskunde, gynaecologie en tweedelijns verloskunde, verantwoorde zorg te leveren. Samengaan van de ziekenhuizen als geheel biedt naar de mening van CZ en UVIT meer mogelijkheden om de gewenste effecten te bereiken, beslissingen te nemen en jarenlange (interne) discussies te voorkomen of te bekorten dan samenwerking op slechts enkele onderdelen.

69. CZ vertrouwt erop dat er als gevolg van de voorgenomen fusie een betere prijs/kwaliteitverhouding zal ontstaan. De prijzen/kosten van de aangeboden zorg worden volgens CZ na de fusie eerder lager dan hoger, in verband met door het fusieziekenhuis te behalen inkoopvoordelen, samenvoeging van ondersteunende en facilitaire diensten, een groter volume om de vaste kosten over te verdelen en het efficiënter kunnen organiseren van zorgprocessen. Bovendien zullen compenserende maatregelen om de beschikbaarheid te kunnen garanderen bij fusie niet langer noodzakelijk zijn.

70. CZ veronderstelt voorts dat de dreiging van sturing door verzekeraars afdoende zal zijn om de ziekenhuizen in het gareel te houden met betrekking tot prijs en kwaliteit. Indien de minimaal gewenste kwaliteit door het fusieziekenhuis niet kan worden geleverd, of indien niet kan worden vastgesteld dat deze wordt geleverd, zal CZ niet meer contracteren. Ook UVIT laat weten invloed te kunnen uitoefenen op het prijsbeleid van de ziekenhuizen. Wanneer de prijzen fors (bijvoorbeeld met 10%) zouden stijgen, zou UVIT vooral in Terneuzen en Bergen op Zoom ziekenhuiszorg inkopen. In dat geval zou zij bijvoorbeeld ook de vervoerskosten van patiënten naar deze verder weg gelegen ziekenhuizen voor haar rekening kunnen nemen. Elders in het land heeft UVIT al eens bedreigd met dergelijke maatregelen en daarmee gedrag van ziekenhuizen kunnen disciplineren, zo geeft zij aan.

71. Een ander instrument voor sturing is het stellen van voorwaarden aan de fusiebonus die binnen de FB-systematiek¹⁵ is verbonden aan een schaalvergroting. Zo hebben CZ en UVIT bij eerdere fusies als voorwaarde voor de (gedeeltelijke) toekenning van deze bonus gesteld dat (bepaalde) maatschappen gefuseerd moesten zijn. Meer in het algemeen onderzoekt CZ de mogelijkheid van sturing door middel van het niet inhouden van het eigen risico van verzekerden wanneer zij voor een bepaalde behandeling kiezen voor een door CZ aanbevolen ziekenhuis. Ook wordt onderzocht in hoeverre het mogelijk is om verzekerden te sturen via de huisartsen. Tot slot kan CZ de invulling van de locatieprofielen door het fusieziekenhuis blijven volgen en agenderen bij (bestuurlijke) overleggen.

72. CZ geeft aan dat zij de voornoemde mogelijkheden voor het uitoefenen van invloed op de prijs/kwaliteitverhouding van de door het fusieziekenhuis aangeboden zorg aan zal wenden.

73. UVIT geeft aan dat zij zich wel enigszins zorgen maakt over de gevolgen die de voorgenomen fusie zal hebben voor de keuzevrijheid van haar verzekerden. Het merendeel van de verzekerden van UVIT in de regio Midden-Zeeland woont echter op Tholen en is van oudsher al sterk gericht op Bergen op Zoom. Afweging van kwaliteit en keuzevrijheid leidt voor UVIT derhalve tot een voorkeur voor fusie van de beide ziekenhuizen.

74. Volgens zowel CZ als UVIT is fusie van de ziekenhuizen geen garantie voor kwaliteit, maar wel een voorwaarde. Grote belemmeringen voor kwaliteitsverbeteringen zijn er volgens UVIT niet. Mogelijk zou de financiële positie van de ziekenhuizen een belemmerende factor kunnen zijn.

Specialisten

75. De NMa heeft gesproken met specialisten van de maatschappen chirurgie-orthopedie, gynaecologie, kindergeneeskunde, interne geneeskunde, anesthesiologie en cardiologie van de beide ziekenhuizen. Ook heeft zij van een aantal (oud-)specialisten zienswijzen ontvangen. De specialistische maatschappen zijn alle voorstander van fusie van de ziekenhuizen; een aantal individuele specialisten heeft echter een afwijkende mening. De specialisten met een afwijkende mening plaatsen vooral kanttekeningen bij de locatiekeuze uit het fusieplan. Een enkele specialist is van oordeel dat de fusieplannen in hun geheel (met name financieel) onvoldoende onderbouwd zijn.

76. De specialistische maatschappen stellen dat het op dit moment zeer moeilijk is om vacatures op te vullen. Zij vrezen dat steeds meer specialisten zullen vertrekken als er niet gefuseerd wordt, omdat zij hun vak niet op niveau kunnen blijven uitoefenen en/of omdat zij de

¹⁵ FB staat voor Functionele Budgettering. Deze bekostigingssystematiek geldt voor het A-segment van de ziekenhuiszorg. Het ziekenhuis krijgt haar budget toegewezen aan de hand van met de zorgverzekeraars af te spreken aantallen budgetparameters en de door de NZa vastgestelde tarieven.

dienstenbelasting te zwaar vinden. De specialistische maatschappen zijn van oordeel dat een gefuseerd ziekenhuis met niveau 2-IC voor nieuwe specialisten aantrekkelijker is om te komen werken. Ook zal een groter ziekenhuis meer patiënten trekken waardoor het financieel draagvlak voor de (gefuseerde) ziekenhuizen groter zal worden.

77. Daarnaast stellen de specialistische maatschappen dat de geldende kwaliteitsnormen nu met moeite worden gehaald. De normen worden steeds strikter en in de nabije toekomst (vijf jaar) zullen de beide ziekenhuizen er niet meer aan kunnen voldoen. Met name de grote chirurgische specialismen die nu nog in de ziekenhuizen behandeld mogen worden, krijgen last van de strengere volume-eisen. De ziekenhuizen zijn ieder afzonderlijk te klein om de voor bepaalde behandelingen benodigde faciliteiten te kunnen bieden. Dit geldt met name voor IC niveau 2, een *dedicated* operatiekamer voor borstbesparende operaties met bestraling en voor spoedkeizersneden, opvangruimte voor traumapatiënten, 24-uurs beschikbaarheid van bepaalde specialismen, röntgenfaciliteiten, een laparoscopisch centrum, MRI-faciliteiten, CT-scanapparatuur en (opleiding voor) gespecialiseerd verpleegkundigen.

78. Ten aanzien van het niveau aan IC-voorzieningen stellen de specialistische maatschappen dat het IC-niveau van de ziekenhuizen nu nog voldoet, maar dat de IGZ binnen afzienbare tijd strenger zal gaan toezien op handhaving van de IC-normen. Op dat moment zullen de beide ziekenhuizen – evenals veel andere kleine ziekenhuizen in Nederland – niet meer kunnen voldoen aan de normen. In tegenstelling tot bij die andere kleine ziekenhuizen kunnen de problemen met de IC kunnen in Zeeland niet worden opgelost door middel van samenwerkingsverbanden, omdat er in Zeeland geen groter ziekenhuis is waar op kan worden teruggevallen.

79. Samenwerken op deelterreinen is volgens de specialistische maatschappen geen optie, in de eerste plaats omdat er teveel samenhang bestaat tussen de verschillende specialismen en in de tweede plaats omdat dit financieel/administratief te ingewikkeld zou zijn.

Walcherse gemeenten en Provincie Zeeland

80. De Walcherse gemeenten Veere, Middelburg en Vlissingen hebben, zowel gezamenlijk als apart, eveneens zienswijzen ingediend. Deze zienswijzen komen er, samengevat, op neer dat de Walcherse gemeenten zich grote zorgen maken over de keuze van de ziekenhuizen om de acute zorg zoveel mogelijk te concentreren in Goes. Zij wijzen er met name op dat op een groot deel van Walcheren thuisbevallingen onmogelijk zullen worden omdat de aanrijtijden naar het ziekenhuis in Goes, waar de acute verloskundige zorg geconcentreerd zal worden, te lang zullen zijn. Bovendien, zo stellen zij, komt het hoofdziekenhuis te liggen op een decentrale plek in het verzorgingsgebied. Circa 90% van de bewoners van Midden-Zeeland woont ten westen van de

ziekenhuislocatie in Goes, die bovendien door het ontbreken van een volwaardige afslag van de A58 ook nog bijzonder slecht bereikbaar is, aldus de gemeenten.

81. Naar aanleiding van de onrust die is ontstaan onder de Walcherse bevolking over het fusievoornemen van partijen, heeft Gedeputeerde Staten van de Provincie Zeeland een onderzoek laten verrichten door het Centrum Bouw en Zorg, onderdeel van TNO. Centrale vraag in dit onderzoek was of de Raden van Bestuur op grond van de hun ter beschikking staande en verzamelde gegevens in redelijkheid tot hun besluit inzake de locatiekeuze hebben kunnen komen. Deze vraag is door het Centrum Bouw en Zorg bevestigend beantwoord. Wel is aan de Raden van Bestuur de aanbeveling gedaan om meer transparantie te betrachten in de besluitvorming en zodoende meer draagvlak te creëren. Gedeputeerde Staten van de Provincie Zeeland hebben bij monde van gedeputeerde de heer Van Heukelom aan de Raad laten weten achter de fusieplannen te staan.

Huisartsen

82. De Huisartsenkring Zeeland, onderdeel van de Landelijke Huisartsen Vereniging, heeft eveneens een zienswijze ingediend. De Zeeuwse huisartsen geven aan dat zij het fusieplan van de ziekenhuizen ondersteunen en dat zij samen met de specialisten willen denken over een goede invulling van de tweedelijns zorg in Zeeland.

Eerstelijns verloskundigen

83. Een groep eerstelijns verloskundigen uit Walcheren heeft in een zienswijze aangegeven zich grote zorgen te maken over de gevolgen die de voorgenomen fusie zal hebben voor de kwaliteit van de verloskundige zorg op Walcheren. De verloskundigen vrezen dat thuisbevallingen op Walcheren na de fusie niet langer mogelijk zullen zijn, gezien de keuze van de ziekenhuisbesturen voor Goes als centrum voor acute zorg. De reisafstand tussen bepaalde delen van Walcheren en Goes is te groot om vrouwen die in deze delen van Walcheren wonen, nog verantwoord thuis te laten bevallen. Als zich complicaties voordoen bij de bevalling, zullen deze vrouwen niet tijdig in het ziekenhuis kunnen zijn. De verloskundigen stellen daarom een aantal maatregelen voor voor het geval de fusie doorgaat, waaronder de inrichting van een volwaardig eerstelijns verloskundig centrum op Walcheren met beschikking over een 24-uurs parate ambulancstandplaats, goede bereikbaarheid van het ziekenhuis in Goes voor patiënten en verloskundigen uit Walcheren, toekenning van adequate beschikbaarheidsfinanciering voor de Walcherse verloskundigen en oprichting van een overlegplatform tussen verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen in Midden-Zeeland.

Overig

84. In de overige door de NMa ontvangen zienswijzen worden de hiervoor weergegeven argumenten voor en tegen de fusie in grote lijnen herhaald. Vrijwel alle indieners van zienswijzen geven aan in beginsel voorstander te zijn van fusie tussen de beide ziekenhuizen in Midden-Zeeland. Het merendeel van de kritiek richt zich op de locatiekeuze van de ziekenhuisbesturen, in verband met de geografische en demografische karakteristieken van de streek en de verkeersproblematiek in het toeristenseizoen.

VII. BEOORDELING

GEVOLGEN VAN DE FUSIE VOOR DE MARKSTRUCTUUR

85. Partijen zijn de enige aanbieders van klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in de regio Midden-Zeeland. De voorgenomen fusie zal daarmee tot gevolg hebben dat er na de fusie voor de patiënten in Midden-Zeeland slechts één ziekenhuisorganisatie overblijft op de relevante markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, zonder dat sprake is van substantieel alternatief aanbod.

86. In eerdere besluiten in de ziekenhuissector¹⁶ is het gezamenlijke marktaandeel voor de markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg ook wel weergegeven als het percentage van het totaal aantal patiënten in de regio dat voor zorg naar een ziekenhuis binnen de regio is geweest (de zogenaamde LIFO-score van de Elzinga-Hogarty test).¹⁷ Op deze wijze berekend zal het fusieziekenhuis een marktaandeel van circa 84% hebben op de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en een marktaandeel van circa 88% op de markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

¹⁶ Zie onder meer het besluit in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, reeds aangehaald, punt 59 tot en met 63 en het besluit in de meldingsfase in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, reeds aangehaald, punt 30 tot en met 38.

¹⁷ Het gezamenlijke marktaandeel op basis van patiëntenaantallen valt lager uit dan bij een gebruikelijke marktaandeelberekening omdat rekening wordt gehouden met een deel van de (zorg)vraag die wordt bediend door aanbieders die zich buiten de afgebakende geografische markt bevinden. In het concrete geval wordt het gezamenlijke marktaandeel (op basis van omzet) van (bijna) 100% genuanceerd omdat patiënten, met name aan de randen van het gebied, ook zorg in andere ziekenhuizen hebben afgenomen.

87. Sinds januari 2007 is het Medisch Wellness Centrum Zeeland (hierna: MWCZ) gevestigd in Goes. Het MWCZ is een instelling voor medisch-specialistische zorg die vooralsnog alleen planbare klinische en niet-klinische zorg aanbiedt. Het betreft met name kaakchirurgie, cosmetische tandheelkunde, plastische chirurgie en radiologie.¹⁸ Bij het MWCZ werken specialisten, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers, waarvan een aantal tevens in dienst is bij Ziekenhuis Walcheren en/of Oosterscheldeziekenhuizen. Het MWCZ maakt voor het aanbieden van haar diensten gebruik van de locaties en faciliteiten van Ziekenhuis Walcheren, Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen.

88. Daarnaast is sinds april 2008 het Cardio Centrum te Goes actief als aanbieder van planbare niet-klinische cardiologische zorg. Bij het Cardio Centrum zijn vier cardiologen werkzaam, die alle vier tevens werkzaam zijn bij Oosterscheldeziekenhuizen. De instelling levert, als aanvulling op de cardiologische ziekenhuiszorg in de regio, met name cardiologische diagnostiek op indicatie van huisartsen.

89. Beide genoemde instellingen zijn klein en hun activiteiten overlappen op dit moment niet of nauwelijks met het aanbod van Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen.

90. Uit het bovenstaande volgt dat er na de fusie (vrijwel) geen alternatief zorgaanbod meer zal bestaan op de relevante markt en dat het fusieziekenhuis een zeer sterke positie op de markt, in casu een bijna-monopoliepositie, zal innemen. De voordelen voor consumenten die zijn verbonden aan het bestaan van een daadwerkelijke mededinging zullen daarmee in beginsel verdwijnen.

Relativerende factoren

91. Volgens vaste rechtspraak vormt een dergelijk hoog marktaandeel op zichzelf reeds voldoende bewijs voor het bestaan van een machtspositie op de markt.¹⁹ Dit kan anders zijn indien er sprake is van relativerende factoren. Zo zou er bijvoorbeeld een disciplinerende werking kunnen uitgaan van een dreiging van toetreding. Ook zou er sprake kunnen zijn van compenserende afnemersmacht.

¹⁸ MWCZ heeft de beschikking over een MRI-scan voor de zogenaamde kleine extremiteiten: de enkels, polsen en knieën.

¹⁹ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, PbEG 2004, C31, punt 17.

92. Mogelijk zou een hoog marktaandeel nog kunnen worden gemitigeerd door reële (dreiging van) toetreding. Gedurende de procedure rond de vergunningaanvraag hebben twee private investeerders, DaVaci en Orange Cure, bekend gemaakt geïnteresseerd te zijn in toetreding tot de markt voor algemene ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland. Uit onderzoek van de NMa is evenwel niet gebleken van een voldoende concrete uitwerking van deze plannen. De toetredingsdrempels op de markten voor klinische dan wel niet-klinische algemene ziekenhuiszorg zijn aanzienlijk, evenals de investeringen die met toetreding gemoeid zijn. Het is dan ook niet aannemelijk dat toetreding op korte termijn te realiseren zal zijn.

93. Een andere relativerende factor zou gelegen kunnen zijn in het bestaan van grote afnemers die de fusiepartijen kunnen disciplineren (compenserende afnemersmacht). In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies²⁰ (hierna: Richtsnoeren) definieert de Europese Commissie compenserende afnemersmacht als *“de sterke onderhandelingspositie van de afnemer in commerciële onderhandelingen met de verkoper, welke hij te danken heeft aan zijn omvang, zijn commerciële betekenis voor de verkoper en zijn vermogen om over te schakelen op andere leveranciers.”*²¹

94. Partijen hebben te maken met verschillende zorgverzekeraars die de zorg inkopen. Hoewel zorgverzekeraars beschouwd moeten worden als grote, professionele afnemers, is dat gegeven op zichzelf onvoldoende om aan te nemen dat sprake is van compenserende afnemersmacht. Hiervoor moet de afnemer de reële mogelijkheid hebben om op korte termijn zijn toevlucht te nemen tot alternatieve aanbieders. In casu bestaan er binnen de relevante geografische markt geen alternatieve aanbieders van algemene ziekenhuiszorg.

²⁰ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald.

²¹ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald, punt 64.

95. De twee grootste zorgverzekeraars in Midden-Zeeland hebben verklaard dat zij voldoende in staat zullen zijn om het fusieziekenhuis in de onderhandelingen te disciplineren omdat zij kunnen dreigen met sturing van patiënten naar ziekenhuizen buiten de relevante geografische markt. De Raad acht deze stelling van de zorgverzekeraars onvoldoende aannemelijk. De verzekeraars hebben immers een wettelijke zorgplicht²², waaruit onder meer volgt dat zij voldoende zorgaanbieders moeten contracteren opdat een verzekerde tijdig en binnen een redelijke reisafstand bij een aanbieder terecht kan.²³ De verzekeraar loopt mogelijk bij patiëntsturing ook een commercieel risico, gelegen in het overstappen van verzekerden naar andere verzekeraars. Hiermee is aannemelijk dat zorgverzekeraars zich niet zonder meer onafhankelijk kunnen gedragen ten opzichte van de zorgaanbieders. Veeleer is sprake van een situatie van wederzijdse afhankelijkheid.²⁴

96. Gezien het voorgaande acht de Raad het niet aannemelijk dat in casu factoren aanwezig zijn die de zeer sterke marktpositie van partijen na de voorgenomen fusie zouden kunnen relativeren of compenseren.

Conclusie gevolgen voor de marktstructuur

97. Op basis van het hierboven beschrevene zou kunnen worden geconcludeerd dat als gevolg van de voorgenomen concentratie de mededinging op de markt voor algemene klinische en algemene niet-klinische ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland op significante wijze wordt belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie. Partijen voeren evenwel een efficiëntieverweer, dat hierna zal worden behandeld.

²² Artikel 11 Zorgverzekeringswet.

²³ Zie onder meer MvT Zorgverzekeringswet, TK 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 28-34 en MvA Zorgverzekeringswet, TK 2004-2005, 29 763, E, p. 14 en p. 46-52.

²⁴ Zie ook de 'Monitor ziekenhuiszorg 2008' van de NZa,

EFFICIËNTIEVERWEER

98. Partijen stellen ter onderbouwing van het door hen gevoerde efficiëntieverweer, samengevat, dat door het samenvoegen van de adherenties van beide ziekenhuizen het mogelijk wordt om behandelingen en voorzieningen aan te bieden waar de beide ziekenhuizen thans op basis van hun afzonderlijke adherenties niet toe in staat blijken, zoals IC niveau 2, SEH niveau 2 en bepaalde vormen van acute interventie. Met name een niveau 2-IC is van belang om patiënten binnen de provinciegrenzen een breder spectrum aan behandel mogelijkheden te kunnen bieden. Hiermee wordt de keuze voor de patiënt in Midden-Zeeland volgens partijen vergroot. Ook zullen zich als gevolg van de fusie kwaliteitsverbeteringen voordoen ten aanzien van de medische zorg die zij ook op dit moment al aanbieden, doordat het voor specialisten eenvoudiger zal worden om de volume-eisen voor verrichtingen te behalen en doordat er meer mogelijkheden zullen ontstaan voor subspecialisatie. Voorts stellen partijen dat als gevolg van de fusie efficiëntieverbeteringen als kostenbesparingen (inkoopvoordelen, gezamenlijke investeringen, samenvoegen van ondersteunende diensten) en aantrekkelijker werkgeverschap zullen worden gerealiseerd. Volgens partijen kunnen alleen met een fusie de ziekenhuizen hun kwalitatieve doelstellingen realiseren en daarmee de continuïteit van de zorg garanderen. De met de fusie te behalen voordelen zullen ten goede komen aan de patiënten in Midden-Zeeland, aldus partijen.²⁵

Beoordelingskader efficiëntieverweer

99. Volgens de Memorie van Toelichting bij de wijziging van de Mededingingswet als gevolg van de evaluatie van die wet kunnen efficiëntieverbeteringen zoals door partijen aangevoerd, worden meegenomen bij de beoordeling van de ontwikkeling van de technische en economische vooruitgang voor zover deze in het voordeel van de consument is en bijgevolg de concentratie geen significante belemmering vormt voor de mededinging.²⁶ Dit beoordelingskader sluit aan bij de EG-concentratieverordening²⁷, met name artikel 2 lid 1 sub b) en overweging 29²⁸.

²⁵ Zie voor de opvattingen van partijen verder ook de punten 22 tot en met 38.

²⁶ TK 2004-2005, 30 071, nr. 3, p. 21.

²⁷ Verordening (EG) Nr. 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen (Pb van 29-1-2004, L 24/1).

²⁸ Overweging 29: "Bij het vaststellen van de invloed van een concentratie op de mededinging in de gemeenschappelijke markt is het dienstig rekening te houden met alle waarschijnlijke efficiëntieverbeteringen die de betrokken ondernemingen aannemelijk maken. Het is mogelijk dat de efficiëntieverbeteringen die de concentratie teweegbrengt, opwegen tegen de gevolgen voor de mededinging. [...] en dat de concentratie bijgevolg de daadwerkelijke mededinging op de gemeenschappelijke markt of een wezenlijk deel daarvan niet op significante wijze zou belemmeren [...]."

100. De Memorie van Toelichting verwijst naar de Richtsnoeren²⁹: uit de concentratie voortvloeiende efficiëntieverbeteringen kunnen een tegenwicht bieden tegen de effecten op de mededinging die de concentratie anders zou kunnen veroorzaken. Volgens de Richtsnoeren zal de Europese Commissie ervan overtuigd moeten zijn dat de door de concentratie gegenereerde efficiëntieverbeteringen de mogelijkheid en de prikkel voor de fusieonderneming waarschijnlijk zullen versterken om concurrentiebevorderend op te treden ten voordele van de afnemers, en daarmee de negatieve effecten op de mededinging tegengaan die de concentratie bij afwezigheid van die efficiëntieverbeteringen zou hebben veroorzaakt. De Europese Commissie wijst er in de Richtsnoeren vervolgens op dat bij de beoordeling van een concentratie efficiëntieverbeteringen:

- a) ten goede moeten komen aan de afnemers. De efficiëntieverbeteringen moeten in voldoende mate ten goede komen aan de afnemers op die relevante markten waar anders waarschijnlijk mededingingsproblemen zouden ontstaan;
- b) specifiek uit de fusie moeten voortvloeien. De efficiëntieverbeteringen dienen specifiek een direct resultaat te zijn van de aangemelde fusie en niet in dezelfde mate te kunnen worden bereikt met minder concurrentiebeperkende middelen;
- c) verifieerbaar moeten zijn. Het moet voldoende zeker zijn dat de efficiëntieverbeteringen zich daadwerkelijk zullen voordoen. Zij moeten substantieel en tijdig zijn. Zij dienen voldoende nauwkeurig te zijn gedocumenteerd, waar mogelijk gekwantificeerd.

De hierboven weergegeven voorwaarden gelden cumulatief.

101. In punt 84 van de Richtsnoeren³⁰ staat: "Hoe groter de mogelijke negatieve mededingingseffecten zijn, des te meer moet de Europese Commissie zeker zijn dat de beweerde efficiëntieverbeteringen substantieel zijn, naar alle waarschijnlijkheid tot stand zullen worden gebracht, en in voldoende mate aan de afnemers worden doorgegeven."³¹

²⁹ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald.

³⁰ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald.

³¹ Zie ook het besluit van de Europese Commissie COMP/M.4439 – Ryanair / Air Lingus van 27 juni 2007, randnummer 1103.

Beoordeling efficiëntieverweer

(i) *De efficiëntieverbeteringen moeten ten goede komen aan de afnemers*

102. Teneinde te kunnen toetsen of er sprake is van efficiëntieverbeteringen die ten goede komen aan de afnemer, dient eerst te worden vastgesteld wanneer sprake is van efficiëntieverbeteringen in de zin van de Memorie van Toelichting³² en de Richtsnoeren.³³ De Raad overweegt hiertoe onder meer het volgende.

103. Een daadwerkelijke mededinging draagt ertoe bij dat (zorg)aanbieders gedwongen worden om hun (zorg)aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen van de afnemers. Het (zorg)aanbod kan worden vormgegeven via verschillende concurrentieparameters waarvan het aannemelijk is dat ze bepalend zijn voor de keuze van de afnemer voor een bepaald (zorg)product. Bij de waardering door de afnemer van het (zorg)aanbod zijn diverse aspecten van belang. Kwaliteit is daarvan een belangrijke maar naast kwaliteit spelen ook bereikbaarheid en prijs een rol. De onderlinge verhouding tussen deze verschillende aspecten bepaalt de waardering van de afnemer voor een bepaald (zorg)aanbod. Effecten van een fusie dienen daarom slechts dan als efficiëntieverbeteringen te worden beschouwd, wanneer het voldoende aannemelijk is dat afnemers de verandering van het aanbod in alle facetten gezamenlijk positief waarderen. Of sprake is van een efficiëntieverbetering kan derhalve slechts worden bepaald indien alle relevante kenmerken van het aanbod bekend zijn en in de afweging kunnen worden meegenomen.³⁴ Positieve kwaliteitseffecten zijn in deze optiek op zichzelf nog niet voldoende om efficiëntieverbeteringen aan te nemen.

104. Waar partijen in de door hen overgelegde stukken spreken over efficiëntieverbeteringen, worden in feite telkens kwaliteitsverbeteringen in het zorgaanbod bedoeld. Partijen maken geen afweging tussen deze – gestelde – kwaliteitsverbeteringen en overige voor de afnemer van belang zijnde aspecten van het zorgaanbod, zoals bereikbaarheid en prijs. Waar partijen spreken over efficiëntieverbeteringen, wordt daarom in het hiernavolgende gesproken van kwaliteitsverbeteringen, teneinde het onderscheid met daadwerkelijke efficiëntieverbeteringen zoals omschreven in de punt 102 en 103 te benadrukken.

³² Memorie van Toelichting bij de wijziging van de Mededingingswet als gevolg van de evaluatie van die wet, TK 2004-2005, 30 071, nr. 3.

³³ Strikt genomen geldt dit ook voor de andere criteria van *merger specificity* (zie punt 115) en verifieerbaarheid.

³⁴ Röller et al stellen: "In practice horizontal mergers may also generate product (quality) improvements. In this case, consumers may benefit from a merger even without price decreases, provided that quality increases sufficiently. The discussion [...] must thus be rephrased in terms of "quality-adjusted" price effects of horizontal mergers (e.g. Rosen, 1974). The spirit of the various results will therefore also apply to mergers with product (quality) improvements."; 'Efficiency gains from Mergers', in: 'European merger control: do we need an efficiency defense?', Edward Elgar, 2006, p. 21.

Verwachte effecten van de fusie op kwaliteit, bereikbaarheid en prijs

105. Om de noodzakelijke inschatting te kunnen maken van de verandering in waardering van de afnemer voor het (zorg)aanbod, overweegt de Raad het volgende.

106. De NZa geeft in haar advies aan dat zij als gevolg van de fusie negatieve effecten verwacht voor de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid (in de zin van bereikbaarheid) en in beginsel ook voor kwaliteit, boven het minimumniveau.³⁵

107. Tegenstanders van de fusie wijzen op het feit dat een groot deel van de patiënten in Midden-Zeeland, met name in Walcheren, voor bepaalde vormen van (met name acute) zorg na de fusie grotere afstanden zal moeten afleggen. Daar staat tegenover de stelling van partijen dat thans veel patiënten in Midden-Zeeland bepaalde behandelingen niet in hun eigen regio kunnen ondergaan, die partijen volgens eigen zeggen na de fusie binnen de regio kunnen gaan aanbieden.

108. In de beleidsnotitie 'Acute zorg'³⁶ en in de brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg'³⁷ en de daarbij horende achtergrondnotitie benoemt de Minister van VWS een aantal dilemma's in de zorg die verder inhoud geven aan deze kaders en daarmee aan de invulling van het begrip marktwerking. De Minister benoemt hier met name de spanning tussen de bereikbaarheid van zorg en de (minimale) kwaliteit van de zorg. In de brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg' stelt de Minister: "*...dat in sommige dunbevolkte gebieden relatief kleine zorgaanbieders maar met moeite aan bepaalde veiligheidsnormen van zorg kunnen voldoen omdat zij te weinig ervaring kunnen opdoen met complexe, niet vaak voorkomende zorgvragen. Hun schaal beperkt hen ook in hun mogelijkheden het complete zorgpakket doelmatig te leveren. Zij zoeken dan begrijpelijkerwijs naar mogelijkheden voor intensieve samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van afspraken voor doorverwijzing. De keerzijde hiervan kan zijn dat (onderdelen van) het vertrouwde ziekenhuis in de regio van karakter verandert of zelfs verdwijnt en dat sommige mensen langer dan voorheen moeten reizen voordat zij geholpen kunnen worden.*"³⁸ De Minister geeft in deze brief voorts het volgende aan: "*Als de minimumnormen voor kwaliteit ertoe leiden dat bepaalde vormen van zorg slechts op een aantal plekken in Nederland beschikbaar zijn en daarmee een spanning ontstaat met de bereikbaarheid van die zorg, dan kiezen wij kwaliteit boven bereikbaarheid.*"³⁹ Beneden

³⁵ De NZa acht de realisatie van de fusie echter wel van groot belang ter voorkoming van een onaanvaardbaar verlies van de kwaliteit tot beneden het minimumniveau, zie ook punt 52.

³⁶ TK 2007-2008, 29 247, nr. 75.

³⁷ Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg'; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

³⁸ Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008, reeds aangehaald, p. 1.

³⁹ Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008, reeds aangehaald, p. 4.

een bepaalde, door de Minister vast te stellen, ondergrens zullen de Minister en de IGZ ingrijpen. De Minister schrijft: *“We stellen de ondergrenzen helder vast”*⁴⁰.

109. De Minister van VWS geeft tegelijkertijd aan dat die minimumnormen nog moeten worden opgesteld. In eerste instantie is het, volgens de Minister, aan het veld om die normen te ontwikkelen. De IGZ zal ontwikkelde normen handhaven. Als het veld de normen niet (adequaat) ontwikkelt zal de Minister op advies van de IGZ normen vaststellen. In de ‘Beleidsagenda 2009’ van VWS verwoordt de Minister het als volgt: *“Het toekomstige regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid zal erop toezien dat de ontwikkeling, verbetering en het gebruik van richtlijnen in de hele zorg een impuls krijgt [...]. De Inspectie zal het toezicht op de door de beroepsgroepen vastgestelde algemeen bindende normen verder verscherpen. Daar waar de beroepsgroepen niet zelf tot normstelling komen, zal de Inspectie meer druk uitoefenen om toch te komen tot de gewenste richtlijnontwikkeling en normstelling. Daar waar de veldpartijen alsnog falen zal de Inspectie zelf met voorstellen voor normen en richtlijnen komen.”*⁴¹

110. De aanscherping van normen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, in combinatie met toenemende transparantie, biedt volgens de Minister een helder uitgangspunt voor de fusietoets van de NMa. Hij vindt het dan ook van groot belang dat de IGZ komt tot een duidelijk toetsingskader met kenbare normen en uitgangspunten. De Minister schrijft: *“Door essentiële (veiligheids)eisen vast te leggen in (wettelijke) regelingen ontstaat een duidelijker toetsingskader: als kwaliteitseisen vragen om meer concentratie is dat ook voor de NMa een helder uitgangspunt.”*⁴²

111. De IGZ weegt in haar advies aan de NZa de bereikbaarheid af tegen de kwaliteit van zorg. Zij verwijst daarbij uitdrukkelijk naar hetgeen de Minister van VWS heeft gesteld in de in voorgaande punten besproken brief ‘Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg’⁴³ (zie punt 108). De IGZ voert daarbij voorts aan dat indien partijen niet fuseren, de kwaliteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland binnen afzienbare tijd beneden het minimumniveau dreigt te komen. De IGZ sluit niet uit dat zij in dat geval de Minister van VWS zal moeten adviseren één van beide ziekenhuizen te sluiten.

112. Met betrekking tot het aspect van de prijs geldt het volgende. Het ontstaan van een (bijna) monopolie als gevolg van de voorgenomen fusie, kan ertoe leiden dat het fusieziekenhuis prijsstijgingen gaat doorvoeren. Indien deze prijsstijgingen onevenredig zijn in verhouding tot de verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod, kan niet worden gesteld dat sprake is van efficiëntieverbeteringen die ten goede komen aan de afnemers. Een verbetering waarvoor een

⁴⁰ Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008, reeds aangehaald, p. 3.

⁴¹ Beleidsagenda 2009; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 24 en 25.

⁴² Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008, reeds aangehaald, p. 10.

⁴³ Brief aan de Tweede Kamer 27 juni 2008, reeds aangehaald, p. 4.

onevenredig hoge prijs moet worden betaald, zal immers in het algemeen door de afnemers niet worden beschouwd als een daadwerkelijke (netto) efficiëntieverbetering.

Conclusie (i) de efficiëntieverbeteringen moeten ten goede komen aan de afnemers

113. De Raad vindt het, gezien hetgeen hierboven in de punten 102 tot en met 112 is weergegeven met betrekking tot de mogelijke effecten op de verschillende aspecten van het zorgaanbod, met name hetgeen in punt 112 is gesteld over het mogelijke prijseffect, vooralsnog onvoldoende aannemelijk dat er sprake is van daadwerkelijke (netto) efficiëntieverbeteringen die ten goede zullen komen aan de afnemers.

114. Partijen hebben echter oplossingen aangeboden die bovengenoemde bezwaren wegnemen en de Raad doet concluderen dat er sprake is van efficiëntieverbeteringen die worden doorgegeven aan de afnemers, zie hierna de punten 152 en 154 tot en met 157.

(ii) de efficiëntieverbeteringen moeten specifiek uit de fusie voortvloeien

115. Ingevolge de Richtsnoeren moeten de gestelde efficiëntieverbeteringen specifiek uit de fusie voortvloeien ('*merger specificity*').⁴⁴ Als er minder mededingingsbeperkende manieren zijn om de efficiëntieverbeteringen te realiseren, is aan dit criterium niet voldaan en kan het efficiëntieverweer dus niet worden gehonoreerd.

116. Partijen stellen, in dit verband, samengevat, dat de twee ziekenhuizen ieder afzonderlijk te klein zijn en een te geringe adherentie hebben om bepaalde behandelingen en voorzieningen te kunnen aanbieden. De gestelde kwaliteitsverbeteringen kunnen volgens partijen slechts worden bereikt door middel van een algehele fusie van de beide ziekenhuisorganisaties.

117. De NMa heeft aan de IGZ de vraag voorgelegd of alle door partijen bedoelde behandelingen en voorzieningen behoren tot het noodzakelijke aanbod van een basisziekenhuis. De IGZ heeft deze vraag beantwoord met het standpunt dat niet ieder ziekenhuis alle door partijen genoemde behandelingen en voorzieningen hoeft te kunnen aanbieden. Niettemin acht de IGZ het noodzakelijk dat een deel van deze behandelingen en voorzieningen binnen een regio op enigerlei wijze beschikbaar is. De beschikbaarheid van de behandelingen en voorzieningen kan in bepaalde regio's ook worden gegarandeerd doordat kleinere ziekenhuizen samenwerken met grotere (al dan niet academische) centra voor medisch-specialistische zorg en in bepaalde gevallen gebruik kunnen maken van hun voorzieningen. Gezien de geografische ligging van de beide ziekenhuizen van partijen is dit in casu evenwel niet mogelijk en is concentratie van zorg in Midden-Zeeland geboden, aldus de IGZ.

⁴⁴ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald, punt 85.

Onderzoek naar problemen en gekozen oplossingen in andere maar vergelijkbare ziekenhuizen

118. Om een beter beeld te krijgen van de door partijen geclaimde noodzaak tot fuseren heeft de NMa zelf onderzoek gedaan naar de mate waarin andere ziekenhuizen in Nederland, die vergelijkbaar zijn met partijen, dezelfde knelpunten ervaren als die door partijen worden aangevoerd. Daarbij is ook bekeken op welke wijze die ziekenhuizen met de genoemde knelpunten omgaan en of daarbij mogelijk passende alternatieven worden aangedragen voor een fusie.

119. Aangezien de kern van het door partijen geclaimde probleem gerelateerd is aan het gebrek aan adherentie per ziekenhuis en het tekort aan formatiecapaciteit per ziekenhuis, heeft de NMa zich bij de selectie van vergelijkbare ziekenhuizen tot deze twee parameters beperkt. Als (objectief/kwantitatief) vergelijkbare ziekenhuizen zijn die ziekenhuizen geselecteerd die niet meer dan 10% naar boven of beneden afwijken van de gemiddelde adherentie (gemiddelde van klinische en poliklinische adherentie) of van het aantal erkende specialisten bij Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren. Een aantal ziekenhuizen op de hieruit volgende lijst met ziekenhuizen waarvan op voorhand al bekend was dat zij naast een universitair medisch centrum liggen of in sterk verstedelijkt gebied staan, is uit de selectie gelaten. Dit leverde een uiteindelijke lijst op van twintig ziekenhuizen. De geselecteerde ziekenhuizen zijn in maat en getal vergelijkbaar met de ziekenhuizen van partijen. Uiteraard heeft ieder ziekenhuis unieke eigenschappen en externe omstandigheden die de onderlinge vergelijkbaarheid moeilijker maken, zoals de ligging van concurrenten of historisch gegroeide speerpunten.

120. De vragen die aan deze ziekenhuizen zijn gesteld, richten zich per onderwerp (IC, SEH, moeder-en-kindzorg en oncologie) op de relatie tussen schaalgrootte (in volume verrichtingen en capaciteit van specialisten) en kwaliteit en de wijze waarop ziekenhuizen met die omstandigheden omgaan. De insteek hiervan is geweest om voorbeelden te verkrijgen van mogelijke alternatieve oplossingen voor een fusie. Daarnaast zijn vragen gesteld over de omstandigheden waaronder de ziekenhuizen functioneren, zoals de ligging ten opzichte van andere ziekenhuizen, de bereikbaarheid en de bestaande schaalgrootte. Deze vragen geven meer informatie over de vergelijkbaarheid met partijen. Uit de antwoorden komen, op één punt na, echter geen grote (externe) factoren naar voren die deze ziekenhuizen significant onderscheiden van Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen. De enige omstandigheid waarin partijen zich relevant onderscheiden ten opzichte van de andere ziekenhuizen, is de grote afstand ten opzichte van het dichtstbijzijnde topklinische en academische ziekenhuis.

121. De antwoorden van de geselecteerde ziekenhuizen laten het beeld zien van ziekenhuizen die alle in meer of mindere mate te maken hebben met een relatief kleine schaal en daarbij toch willen of moeten voldoen aan bepaalde kwaliteitsstandaarden. Hiertoe worden verschillende oplossingen genoemd. Veel ziekenhuizen geven aan extra investeringen te moeten doen omdat, gezien de schaal, relatief hoge kosten betaald moeten worden om voorzieningen als IC-zorg, SEH en verloskunde te kunnen leveren. De beschikbaarheid van die functies moet betaald worden en daar is de schaal relatief klein voor. Daarnaast worden verschillende voorbeelden van samenwerking tussen ziekenhuizen of maatschappen genoemd om dit schaalprobleem te ondervangen. Hierbij worden zaken als betere taakverdeling (specialisatie), delen van diensten (continuïteit) en concentratie van beperkte volumes opgevoerd.

122. Uit het onderzoek komen ten aanzien van de verschillende onderwerpen (IC, SEH, moeder-en-kindzorg en oncologie) voorbeelden naar voren van ziekenhuizen die knelpunten ervaren die vergelijkbaar zijn met die van partijen, maar daarvoor werkbare oplossingen hebben gevonden die minder ingrijpend zijn voor de mededinging dan een algehele fusie. Uit het onderzoek blijkt niet dat die ziekenhuizen dergelijke knelpunten en oplossingen over een brede *range* van de bedrijfsvoering ervaren, zoals wel door partijen wordt geclaimd.

123. Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat veel ziekenhuizen van een vergelijkbare omvang als de ziekenhuizen van partijen inderdaad extra moeite en/of investeringen moeten doen om bepaalde behandelingen en voorzieningen aan te kunnen bieden.

Onderzoek naar 'merger specificity' door Twynstra Gudde

124. Aanvullend op bovengenoemd onderzoek van de NMa heeft de NMa adviesbureau Twynstra Gudde gevraagd een onderzoek te doen naar de *merger specificity*. De centrale vraag aan Twynstra Gudde luidde: welke andere, minder concurrentiebeperkende, maatregelen kunnen worden genomen voor het oplossen van de door partijen gestelde problemen? Voor de beantwoording van deze vraag heeft Twynstra Gudde gebruik gemaakt van theoretische uitgangspunten, openbare bronnen, kennis en ervaring van de eigen adviseurs en interviews met experts op het terrein van fusies, samenwerking, organisatie-inrichting en dergelijke.

125. Volgens Twynstra Gudde ligt het voor de hand om voor vormen van samenwerking op deelterreinen te kiezen als de *scope* van de problematiek smal is en het strategisch belang van de samenwerking beperkt. Naarmate het palet van samenwerking breder is, ligt de keuze voor een model met lagere transactiekosten en hogere bestuurbaarheid meer voor de hand. Dit zou waarschijnlijk een gefuseerde organisatie zijn.

126. Twynstra Gudde concludeert op basis van het onderzoek dat er een alternatief beschikbaar is om elk van de door partijen geclaimde problemen afzonderlijk het hoofd te bieden. Al die afzonderlijke alternatieven worden op diverse plaatsen in Nederland in de praktijk gebracht. Twynstra Gudde stelt tevens vast dat er in Nederland ziekenhuizen met een vergelijkbaar adherentiegebied die in staat blijken om goede tweedelijns basiszorg te bieden.

127. Niettemin geeft Twynstra Gudde aan dat indien de beide ziekenhuizen op alle basisfuncties te kwetsbaar zouden zijn, het alternatief voor een algehele fusie gelegen zou zijn in een vergaande vorm van samenwerking en specialisatie waarbij een situatie ontstaat van twee gespecialiseerde ziekenhuizen die elkaar ook niet meer beconcurreren omdat ze enkel nog aanvullend zijn. Wanneer alle maatschappen te klein zijn in aantal artsen, zullen de maatschappen van de beide ziekenhuizen intensief met elkaar moeten gaan samenwerken, dan wel fuseren. Indien van de meeste ingrepen het volume per arts of per maatschap te klein is, zou per ziekenhuis kunnen worden gespecialiseerd en zullen beide ziekenhuizen een ander aanbod ontwikkelen. In beide situaties zal echter de keuzevrijheid voor de patiënt verdwijnen en blijft er *de facto* één aanbieder over, die monopolist is.

Opvatting partijen

128. Partijen hebben in hun schriftelijke reactie op het rapport aangegeven, samengevat, dat in hun situatie de optelsom van het aantal samenwerkingsverbanden dat nodig zou zijn om de kwaliteit van de zorg te kunnen blijven waarborgen, *de facto* hetzelfde effect heeft in termen van de beperking van de mededinging als de voorgenomen fusie.

Opvatting IGZ

129. De IGZ stelt in antwoord op de vraag of de door partijen gestelde kwaliteitsverbeteringen ook behaald kunnen worden met alternatieve vormen van samenwerking die minder mededingingsbeperkend zijn, dat de adherentie van de beide ziekenhuizen te gering is om zowel kwalitatief al kwantitatief boven de Westerschelde twee volledig geoutilleerde basisziekenhuizen te kunnen blijven exploiteren. Zij merkt op dat eventuele intensieve samenwerking bij bepaalde zorgfuncties (acute zorg, verloskunde, kindergeneeskunde en bepaalde aandachtsgebieden binnen de vakgroepen chirurgie, gynaecologie, cardiologie enz.) vereist dat de betrokken medisch-specialisten hierbij onderling geen concurrerende belangen zouden hebben. Dit betekent dat financiële regelingen getroffen zouden moeten worden om eventuele ongewenste inkomensverschuivingen op te vangen. In de praktijk betekent dit vrijwel altijd fusie van de betrokken maatschappen, aldus de IGZ.

130. Ook het eerder genoemde cascade-effect (zie de punten 31 en 32) maakt dat samenwerking op onderdelen in casu onvoldoende oplossing biedt om de problemen op te lossen. Daarnaast ontstaat er door verdergaande samenwerking op specialistische

aandachtsgebieden volgens de IGZ altijd een lateralisatie van deze aandachtsgebieden naar een van beide ziekenhuizen. De reden daarvoor is dat specialistische aandachtsgebieden alleen verantwoord kunnen worden uitgeoefend wanneer deze geconcentreerd worden op een van beide locaties, waar specifieke ondersteunende functies, gespecialiseerde medewerkers en speciale apparatuur en afdelingen (IC, operatiekamers, specifieke endoscopie) aanwezig zijn. Aangezien deze specifieke ondersteunende functies voor verschillende specialismen beschikbaar moeten zijn, zal concentratie van functies altijd in een van beide ziekenhuizen plaatsvinden. Daardoor ontstaan er volgens de IGZ twee niet langer gelijkwaardige zelfstandige ziekenhuizen, die niet meer gelijkwaardig met elkaar zullen concurreren.

131. Tot slot stelt de IGZ dat voor de totstandkoming van deze volgens haar essentiële vormen van samenwerking eenduidige leiding nodig is, zowel op bestuursniveau als op het niveau van de medische staf, waarbij het gemeenschappelijke belang prevaleert boven concurrerende belangen.

132. Concluderend acht de IGZ het vanuit de bovenstaande overwegingen eigenlijk niet mogelijk dat de voor de kwaliteit en continuïteit van zorg essentiële vormen van samenwerking tot stand zullen komen zonder fusie.

Conclusie (ii) de efficiëntieverbeteringen moeten specifiek uit de fusie voortvloeien

133. De Raad acht het, gezien het voorgaande, voldoende aannemelijk dat voor de instandhouding van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland een dusdanig brede samenwerking tussen partijen noodzakelijk is dat een algehele fusie voor de hand ligt. De IGZ stelt nadrukkelijk dat in Midden-Zeeland slechts ruimte is voor één basisziekenhuis. De Raad acht het daarom, mede in het licht van het door partijen gestelde en door de IGZ onderschreven cascade-effect en de onderlinge samenhang tussen de verschillende ondersteunende functies en faciliteiten (IC, operatiekamers e.d.), voldoende aannemelijk dat er geen reële minder mededingingsbeperkende manieren zouden zijn om de efficiëntieverbeteringen te realiseren.

134. De Raad acht het derhalve aannemelijk dat de door partijen gestelde efficiëntieverbeteringen alleen kunnen worden behaald door een algehele fusie van de beide ziekenhuizen.

(iii) Verifieerbaarheid

135. Tot slot moet worden beoordeeld of in voldoende mate verifieerbaar is aangevoerd dat er naar aanleiding van de fusie substantiële efficiëntieverbeteringen zullen optreden. Hoe nauwkeuriger en overtuigender de efficiëntieverbeteringen worden beschreven, hoe beter de beweerde verbeteringen beoordeeld kunnen worden. Indien redelijkerwijs mogelijk, dienen de

efficiëntieverbeteringen en het daaruit voor de afnemers voortvloeiende voordeel te worden gekwantificeerd. Daarnaast geldt dat hoe verder in de toekomst de aanvang van de efficiëntieverbeteringen verwacht wordt, hoe minder aannemelijk het is dat de efficiëntieverbeteringen daadwerkelijk tot stand zullen worden gebracht.⁴⁵

136. Partijen hebben ter onderbouwing van de aangevoerde kwaliteitsverbeteringen⁴⁶ hoofdzakelijk twee documenten aangedragen, te weten het eerder aangehaalde document 'Hoofdkoers Ziekenhuis Zeeland i.o.' van 9 april 2008 en het eveneens hiervoor aangehaalde document 'Beleidsafwegingen ten behoeve van melding en vergunningprocedure juni 2008'.⁴⁷

137. De Raad vindt dat de door partijen overgelegde stukken onvoldoende nauwkeurig en onvoldoende overtuigend genoeg zijn om de geclaimde kwaliteitsverbeteringen te kunnen beoordelen. Beide stukken hebben vooral een visionair karakter. Partijen stellen dat bepaalde verbeteringen zich zullen voordoen en beargumenteren dit in zekere zin, maar maken niet voldoende verifieerbaar duidelijk wat de waarschijnlijkheid is dat deze verbeteringen zich zullen voordoen. Bepaalde aspecten van de stellingen van partijen zijn door hen ten tijde van de procedure bij de NMa niet nader uitgewerkt. Zo ontbreken bijvoorbeeld uitgewerkte (fusie)plannen van maatschappen. De NMa heeft voorts geen objectieve onderbouwing kunnen vinden van de meeste door partijen gestelde normen ten aanzien van formatiegrootte van de vakgroepen en aantallen verrichtingen. Daarnaast is op basis van hetgeen partijen hebben overgelegd niet voldoende duidelijk geworden welke kwaliteitsverbeteringen moeten worden beschouwd als wenselijk en welke als noodzakelijk. Partijen hebben bij de melding en de vergunningaanvraag evenmin rapporten overgelegd van objectieve en onafhankelijke deskundigen die de (waarschijnlijkheid van de) geclaimde kwaliteitsverbeteringen zouden kunnen bevestigen.⁴⁸

⁴⁵ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald, punt 86.

⁴⁶ Partijen gebruiken in de door hen overgelegde stukken de term 'efficiëntieverbeteringen'. Feitelijk betreffen de door hen gestelde verbeteringen echter alleen verbeteringen op het vlak van de kwaliteit van de aangeboden zorg. Zie ook de punten 102 tot en met 104.

⁴⁷ Zie voor de inhoudelijke beschrijving van deze documenten de punten 22 tot en met 38.

⁴⁸ Volgens punt 88 van de Richtsnoeren zijn als bewijsmateriaal dat dienstig is voor de beoordeling van efficiëntieverbeteringen onder meer te beschouwen: "*interne documenten die door de directie werden gebruikt om tot de fusie te beslissen, verklaringen van de directies aan de eigenaars en de financiële markten over de verwachte efficiëntieverbeteringen en de voordelen voor de consument, alsmede vóór de fusie uitgevoerde studies van deskundigen over het soort en de omvang van de verwachte efficiëntieverbeteringen en over de mate waarin dat de gebruikers waarschijnlijk ten goede zal komen.*" In het besluit van de Europese Commissie in de eerder aangehaalde zaak COMP/M.4439 – Ryanair / Air Lingus, punt 1133, preciseert de Europese Commissie: "*There appear not to exist business documents, dated pre-merger, which objectively and independently assess the scope for efficiency gains [...]*".

138. Voorts dienen volgens de Richtsnoeren, indien mogelijk, de gestelde efficiëntieverbeteringen en het daaruit voor de afnemers voortvloeiende voordeel te worden gekwantificeerd. Indien de noodzakelijke gegevens voor een nauwkeurige kwantitatieve analyse niet voorhanden zijn, moeten duidelijk aanwijsbare – niet slechts marginale – positieve gevolgen voor de afnemers te voorzien zijn.⁴⁹ In casu kan worden vastgesteld dat de geclaimde kwaliteitsverbeteringen niet door partijen worden gekwantificeerd. Daar waar kwantificering niet mogelijk is, bestaat er ingevolge de Richtlijnen de mogelijkheid om de gestelde efficiëntieverbeteringen en het daaruit voor de afnemers voortvloeiende voordeel op andere wijze te onderbouwen. De argumentatie van partijen biedt echter evenmin andere objectieve aanwijzingen op basis waarvan zou kunnen worden geconstateerd dat de geclaimde kwaliteitsverbeteringen substantieel zijn.

139. De gestelde efficiëntieverbeteringen moeten tot slot voldoende concreet zijn, dat wil zeggen dat zij binnen een afzienbare tijd moeten worden gerealiseerd. Hoe verder in de toekomst het begin van de efficiëntieverbeteringen verwacht wordt, des te minder de Europese Commissie in het algemeen geneigd zal zijn aan te nemen dat de efficiëntieverbeteringen daadwerkelijk tot stand zullen worden gebracht.⁵⁰ Partijen hebben geen stukken overgelegd waarin met een voldoende mate van zekerheid wordt onderbouwd wanneer de geclaimde kwaliteitsverbeteringen zich (naar verwachting) zullen voordoen.

140. De door partijen bij de melding en de vergunningaanvraag ingediende stukken bieden derhalve onvoldoende objectieve grond om met een voldoende mate van zekerheid aan te kunnen nemen dat de geclaimde kwaliteitsverbeteringen substantieel zijn en zich daadwerkelijk zullen voordoen.⁵¹ Het is daarom voor de Raad niet mogelijk om louter op basis van de argumentatie van partijen het belang van de geclaimde kwaliteitsverbeteringen te beoordelen en deze af te wegen tegen de mededingingsbeperkende gevolgen van de fusie.

141. Op basis van het voorgaande concludeert de Raad dat, louter op basis van de visie en standpunten van partijen zoals neergelegd in de genoemde documenten, onvoldoende sprake is van verifieerbare efficiëntieverbeteringen die opwegen tegen het geconstateerde mededingingsprobleem. Het ontbreekt daarvoor in deze stukken aan voldoende objectieve onderbouwing dat de gestelde verbeteringen substantieel zijn en dat zij zich tijdig en met een voldoende mate van zekerheid zullen voordoen.

⁴⁹ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald, punt 89.

⁵⁰ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies, reeds aangehaald, punt 86.

⁵¹ Het hiervoor in de punten 40 tot en met 49 besproken advies van de IGZ doet dat wel, zie hierna ook de punten 142 tot en met 144.

Objectivering en noodzaak van de geclaimde kwaliteitsverbeteringen

142. De Raad acht het advies van de IGZ aan de NZa van groot belang voor de objectivering en de concretisering van de door partijen geclaimde kwaliteitsverbeteringen, alsmede voor de beantwoording van de vraag of het substantiële kwaliteitsverbeteringen betreft. De IGZ adviseert de NZa met klem om de fusie mogelijk te maken conform de vergunningaanvraag van de beide ziekenhuizen. Het advies van de IGZ, zoals hiervoor uiteengezet in de punten 40 tot en met 49, behelst samengevat dat het op bepaalde gebieden voor het kwaliteitsniveau van de zorg noodzakelijk is dat er een zorgaanbieder van een grotere schaal in de regio Midden-Zeeland actief zal zijn. De IGZ stelt hiertoe onder meer dat zonder deze noodzakelijke schaalvergroting er een zeer reëel gevaar bestaat dat het zorgniveau in Midden-Zeeland onder het minimum valt. De NZa adviseert om deze reden de NMa in beginsel positief ten aanzien van de fusie waarvoor een vergunningaanvraag is ingediend.

143. De Raad beschouwt de IGZ vanuit haar (overheids)taak⁵² als objectief deskundige op het gebied van het noodzakelijke zorgniveau. Het advies van de IGZ aan de NZa is in dat kader een voldoende objectieve bron ter onderbouwing van (de noodzaak van) bepaalde kwaliteitsverbeteringen. Uit het feit dat bepaalde kwaliteitsverbeteringen door de IGZ als noodzakelijk worden gekwalificeerd, blijkt dat zij zeer substantieel zijn. Ook het feit dat de IGZ aanvoert dat het kwaliteitsniveau van de zorg in deze regio zonder fusie onder het minimum zal komen, speelt hierin een belangrijke rol. Het voorkómen van dit scenario door middel van een fusie, wordt door de Raad beschouwt als een extra en substantiële kwaliteitsverbetering op zichzelf.⁵³ Op basis van het voorgaande meent de Raad dat het geheel van kwaliteitsverbeteringen waar het in deze zaak potentieel om gaat, substantieel is.

144. De IGZ maakt in haar advies aan de NZa nog de kanttekening dat, om de geclaimde kwaliteitsverbeteringen tot stand te brengen, aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan (zie punt 47). Volgens de IGZ zullen alle vakgroepen moeten fuseren, zal de bereikbaarheid van acute zorg moeten worden gegarandeerd en dienen de ziekenhuizen op korte termijn aandacht te besteden aan de verloskundige zorg. Deze aandachtspunten vallen volgens de IGZ deels buiten de competentie van het ziekenhuisbestuur. Actieve bemoeienis van zorgverzekeraars en de overheid is daarom geboden, aldus de IGZ. Ook is voor het welslagen van de fusie optimaal extern overleg met eerstelijns partners en zorgverzekeraars nodig.

⁵² De IGZ heeft tot taak de volksgezondheid te bevorderen door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De website van de IGZ vermeldt: "De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel."

⁵³ Bij fusiebeoordelingen moeten toekomstige (markt)omstandigheden die redelijkerwijs te voorzien zijn wanneer de fusie niet zou plaatsvinden ook in de beoordeling worden meegenomen. Zie ook randnummer 9 van de Richtsnoeren.

Conclusie (iii) verifieerbaarheid

145. De Raad concludeert op basis van hetgeen partijen en de IGZ hebben aangevoerd dat de door partijen gestelde kwaliteitsverbeteringen voldoende objectief zijn aangetoond en substantieel zijn. Het is echter vooralsnog onvoldoende zeker dat de gestelde kwaliteitsverbeteringen zich daadwerkelijk (volledig) en tijdig zullen realiseren. Het voorgaande in aanmerking genomen, acht de Raad de gestelde kwaliteitsverbeteringen voorshands onvoldoende verifieerbaar.

146. Partijen hebben oplossingen aangeboden om bovengenoemd bezwaar weg te nemen, zie hieronder de punten 154 tot en met 157.

Conclusie efficiëntieverweer

147. De Raad acht aannemelijk dat de door partijen gestelde kwaliteitsverbeteringen, indien deze gerealiseerd worden, zullen worden doorgegeven aan patiënten in Midden-Zeeland. De Raad acht evenwel, vanwege mogelijk negatieve prijseffecten, vooralsnog onvoldoende aangetoond dat sprake is van efficiëntieverbeteringen die in voldoende mate worden doorgegeven aan de afnemers (zie de punten 113 en 114).

148. De Raad is, gezien het advies van de IGZ aan de NZa, in combinatie met het rapport van Twynstra Gudde, tot de overtuiging gekomen dat de door partijen gestelde kwaliteitsverbeteringen, mits deze zich daadwerkelijk en tijdig zullen voordoen, specifiek een direct resultaat zijn van de voorgenomen fusie en niet in dezelfde mate kunnen worden bereikt met minder concurrentiebeperkende middelen dan een algehele fusie (zie de punten 133 en 134).

149. De Raad concludeert op basis van hetgeen partijen en de IGZ hebben aangevoerd dat de door de ziekenhuizen gestelde kwaliteitsverbeteringen voldoende objectief zijn aangetoond en substantieel zijn. Het is echter vooralsnog onvoldoende zeker dat de gestelde kwaliteitsverbeteringen zich daadwerkelijk (volledig) en tijdig zullen realiseren. Het voorgaande in aanmerking genomen, acht de Raad de gestelde kwaliteitsverbeteringen voorshands onvoldoende verifieerbaar (zie de punten 145 en 146).

150. Gezien het voorgaande, is de Raad voorshands van oordeel dat niet is voldaan aan de criteria van het efficiëntieverweer zoals hiervoor weergegeven in de punten 99 tot en met 101.

DOOR PARTIJEN AANGEBODEN VERBINTENISSEN

Inleiding

151. In de loop van de behandeling van deze zaak hebben partijen, in overleg met de NMa, voorstellen gedaan teneinde de door de Raad geconstateerde mededingingsbezwaren op de markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg (zie punt 97) weg te nemen en de efficiëntieverbeteringen die uit de voorgenomen fusie zouden voortvloeien zeker te stellen. Het definitieve voorstel voor aan het besluit te verbinden voorschriften is als bijlage bij dit besluit gevoegd. Het voorstel bepaalt, samengevat, dat na de concentratie het gefuseerde ziekenhuis gehouden zal zijn aan een prijsplafond voor dbc's in het B-segment, dat het gefuseerde ziekenhuis zich ertoe verplicht na de concentratie bepaalde kwaliteitsverbeteringen te realiseren en dat het gefuseerde ziekenhuis de toetreding tot de markt voor huidige en toekomstige aanbieders van medisch-specialistische zorg zal vereenvoudigen.

Prijsplafond

152. Het prijsplafond geldt voor dbc's in het B-segment en is gebaseerd op de landelijke gemiddelde prijs van dbc's in het B-segment. Dit landelijk gemiddelde zal gecorrigeerd worden voor de productmix (zie voetnoot 14) van het gefuseerde ziekenhuis. Hiermee zal het gefuseerde ziekenhuis geen last of voordeel kunnen ondervinden van een mogelijke over- of ondervetegenwoordiging van dure of juist goedkope dbc's. Het prijsplafond geldt in principe voor onbepaalde tijd.⁵⁴

Beoordeling van het prijsplafond

153. Het prijsplafond voorkomt dat het gefuseerde ziekenhuis, bij gebrek aan concurrentiedruk, te hoge prijzen zal rekenen voor dbc's in het vrij onderhandelbare B-segment. Door uit te gaan van een gewogen gemiddelde van de prijs van andere in Nederland aanwezige ziekenhuizen wordt naar het oordeel van de Raad een marktconforme (concurrentiële) situatie nagebootst. Het prijsplafond heeft daarnaast als effect dat eventuele prijsstijgingen niet onevenredig kunnen zijn in verhouding tot de verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod, voor zover dit in het vrij onderhandelbare B-segment valt. Het prijsplafond dient er in dit opzicht toe te verzekeren dat de kwaliteitsverbeteringen leiden tot een daadwerkelijke (netto) efficiëntieverbetering die in voldoende mate wordt doorgegeven aan de afnemer. In de bijlage bij dit besluit is nog niet aan alle begrippen volledig invulling gegeven. Dit zal door de NMa, indien

⁵⁴ Bij gewijzigde marktomstandigheden kunnen partijen bij de NMa een gemotiveerd verzoek indienen tot wijziging van het onderhavige besluit.

en voor zover nodig voor de vaststelling en bewaking van het prijsplafond, in redelijkheid en met het doel van het prijsplafond voor ogen, worden gedaan.

Toezeggingen met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen

154. Het gefuseerde ziekenhuis verplicht zich binnen drie jaar na de datum van dit besluit over het aanbod van alle poortspecialismen te beschikken met de daarbij horende medische faciliteiten en de toepassing van aandachtsgebieden die in een volwaardig basisziekenhuis noodzakelijk zijn. Het gefuseerde ziekenhuis verplicht zich eveneens binnen drie jaar een IC niveau 2 en een daarop toegesneden SEH te realiseren. Ook verplicht het gefuseerde ziekenhuis zich binnen drie jaar operationele faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties zoals dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie te realiseren, alsmede laparoscopische colonchirurgie aan het zorgaanbod toe te voegen.

155. Het gefuseerde ziekenhuis verplicht zich verder zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes maanden na de datum van dit besluit, te voldoen aan de geldende normen ten aanzien van de minimale omvang van vakgroepen en van aandachtsgebieden binnen die vakgroepen en ten aanzien van het minimale aantal verrichtingen per specialist.

156. De genoemde termijnen gelden als fatale termijnen behoudens een situatie van overmacht. Als overmacht kunnen enkel omstandigheden worden aangemerkt die geheel buiten de invloedssfeer van het gefuseerde ziekenhuis liggen.

157. Het gefuseerde ziekenhuis zal zich bovendien inspannen om alle vakgroepen ertoe te bewegen binnen zes maanden na de datum van dit besluit gefuseerd te zijn en om de bereikbaarheid van acute zorg steeds te waarborgen. Het gefuseerde ziekenhuis zal zich met name met het oog op de bereikbaarheid van de zorg tevens inspannen om een goede samenwerking en afstemming met alle relevante eerstelijns hulpverleners, waaronder huisartsen en eerstelijns verloskundigen in Midden-Zeeland, steeds te waarborgen.

Beoordeling van de toezeggingen met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen

158. De hiervoor genoemde toezeggingen betreffende kwaliteit zijn gericht op het realiseren van faciliteiten en omstandigheden die in de Zeeuwse situatie onmisbaar zijn om de daar noodzakelijk basisziekenhuiszorg te kunnen aanbieden. Deze faciliteiten en omstandigheden maken het mogelijk om het zorgaanbod te verbreden, te verdiepen en te verbeteren. Zij maken het mogelijk ingewikkelder operaties uit te voeren en patiënten met complexe aandoeningen binnen de eigen regio te verplegen. Zij hebben een onderlinge samenhang. Zo zullen er bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een niveau 2-IC ingewikkelder operaties kunnen worden verricht, waardoor er meer patiënten binnen de regio behouden blijven. Hierdoor wordt verdeling van

aandachtsgebieden binnen specialismen mogelijk en zou het werk qua omvang en inhoud voor artsen aantrekkelijker kunnen worden. Vervolgens zou het eenvoudiger kunnen worden om artsen aan te trekken en te behouden, enzovoort.

159. De toezeggingen van partijen over het realiseren van kwaliteitsverbeteringen dienen ertoe zeker te stellen dat na de fusie de in de Zeeuwse situatie noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen daadwerkelijk en tijdig worden gerealiseerd. Het in punt 152 besproken prijsplafond voorkomt daarbij dat voor de kwaliteitsverbeteringen te hoge prijzen in rekening zullen worden gebracht. Door deze toezeggingen is het voldoende aannemelijk geworden dat de door partijen geclaimde efficiëntieverbeteringen zich als gevolg van de voorgenomen concentratie ook daadwerkelijk en tijdig zullen voordoen. Hiermee zijn de efficiëntieverbeteringen naar het oordeel van de Raad voldoende verifieerbaar.

Maatregelen om toetreding te faciliteren

160. Het gefuseerde ziekenhuis verplicht zich om zijn faciliteiten ter beschikking te stellen aan iedere partij die medisch-specialistische zorg wil aanbieden. Dit geldt zowel voor bestaande als voor toekomstige aanbieders van medisch-specialistische zorg. Voor het gebruik van de faciliteiten zal het gefuseerde ziekenhuis gebruikelijke landelijk marktconforme tarieven in rekening brengen.

161. Daarnaast zal het gefuseerde ziekenhuis medisch-specialisten die zorg op het gebied van hun medische specialisatie wensen aan te bieden buiten het gefuseerde ziekenhuis, hiertoe toestemming verlenen, indien en zolang de continuïteit van de zorg van het gefuseerde ziekenhuis hierdoor niet in gevaar komt.

Beoordeling van de maatregelen om toetreding te faciliteren

162. De Raad is van oordeel dat door de in de punten 160 en 161 weergegeven maatregelen de toetreding tot de markt wordt vergemakkelijkt. De maatregelen zijn bovendien naar het oordeel van de Raad voldoende concreet en, in combinatie met de hieronder in punt 164 vermelde rapportageverplichting en de mogelijkheid om geschillen voor te leggen aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg (zie punt 165), voldoende handhaafbaar.

Monitoring, rapportageverplichting, geschillenbeslechting en sanctionering

163. De NMa zal bij de implementatie van het prijsplafond nauw samenwerken met de NZa, aangezien deze organisatie over een aantal voor de uitvoering van het prijsplafond belangrijke

gegevens en rekenmodellen beschikt.⁵⁵ De NMa zal, indien aangewezen, het oordeel van de IGZ inroepen over de vraag of het gefuseerde ziekenhuis voldoet aan de eisen betreffende kwaliteit. De IGZ is in Nederland immers de organisatie die beoordeelt of zorgaanbieders aan de eisen betreffende kwaliteit voldoen en die ook zelf kwaliteitsnormen op kan stellen.

164. Het gefuseerde ziekenhuis zal op 1 mei van jaar $t+2$ de NMa door middel van een definitieve afrekening laten weten of het in jaar t het prijsplafond al dan niet heeft overschreden. Deze rapportage zal vergezeld gaan van een goedkeurende accountantsverklaring. Omdat de definitieve afrekening pas kan worden opgesteld wanneer alle gegevens beschikbaar zijn, kan deze pas in jaar $t+2$ worden verstrekt. Voor het gefuseerde ziekenhuis geldt een driemaandelijkse rapportageverplichting over de voortgang van de realisatie van de kwaliteitsverbeteringen en over de verzoeken die het gefuseerde ziekenhuis heeft gekregen – en hun reactie daarop – van medisch-specialisten die zorg wensen aan te bieden buiten het gefuseerde ziekenhuis of die gebruik wensen te maken van de faciliteiten van het gefuseerde ziekenhuis. Het gefuseerde ziekenhuis zal een afschrift van de rapportage over de realisatie van de kwaliteitsverbeteringen toezenden aan de IGZ. Op deze wijze wordt de IGZ geïnformeerd over hetgeen het gefuseerde ziekenhuis aan de NMa rapporteert. Dit kan van belang zijn voor het toezicht van de IGZ.

165. Geschillen die ontstaan tussen het gefuseerde ziekenhuis en medisch-specialisten over de afhandeling van verzoeken die het gefuseerde ziekenhuis heeft gekregen van medisch-specialisten die zorg wensen aan te bieden buiten het gefuseerde ziekenhuis of die gebruik wensen te maken van de faciliteiten van het gefuseerde ziekenhuis, zullen worden voorgelegd aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg.

166. Indien het gefuseerde ziekenhuis zich niet aan de voorschriften houdt, kan de Raad op basis van artikel 75 van de Mededingingswet een last onder dwangsom opleggen die ertoe strekt alsnog de desbetreffende voorschriften te doen naleven. Deze last onder dwangsom kan worden gecombineerd met een boete. Een boete kan ook zonder last onder dwangsom worden opgelegd.

Markttest

167. De verzekeraars CZ en UVIT, alsmede de NZa en de IGZ, zijn door de NMa in de gelegenheid gesteld hun opvattingen over de effectiviteit en de uitvoerbaarheid van de door partijen aangeboden verbintenissen te geven. Hun opmerkingen hebben geleid tot enkele kleine tekstuele aanpassingen.

⁵⁵ De samenwerking tussen NMa en NZa zal gebaseerd zijn op het Protocol tussen de NMa en de NZa over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang van 10 oktober 2006, artikel 13 en de Werkafspraken tussen NMa en NZa met betrekking tot concentratiezaken van februari 2008 (Staatcourant 5 maart 2008, nr. 46, pag. 11).

Gemotiveerde afwijking zienswijze NZa

168. De NZa heeft in haar zienswijze de NMa geadviseerd om in het fusiebesluit een combinatie van een aantal structurele voorwaarden (het afstoten dan wel verzelfstandigen van bedrijfsonderdelen), een tweetal daaraan ondersteunende gedragsvoorwaarden en een aantal voorwaarden op het gebied van kwaliteit op te nemen (zie de punten 54 tot en met 57). De door de NZa geadviseerde structurele voorwaarden maken geen onderdeel uit van de door partijen voorgestelde verbintenissen. Daarnaast is één van de door de NZa voorgestelde voorwaarden op het gebied van kwaliteit niet opgenomen, namelijk het voldoen aan een formatie van ten minste vijf FTE aan medisch-specialisten voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg⁵⁶.

169. De Raad ziet, gezien het feit dat niet voldoende vast is komen te staan dat voor het behoud van de minimumkwaliteit van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland een formatie van ten minste vijf FTE per vakgroep moet worden gehanteerd⁵⁷, onvoldoende aanleiding om deze norm van vijf FTE als voorschrift aan dit besluit te verbinden.

170. De door de NZa voorgestelde structurele voorwaarden houden in dat partijen zich ertoe verplichten om:

- alle specialismen met meer dan 30% omzet in het B-segment af te stoten;
- integratie van alle maatschappen waarvoor schaalvergroting niet noodzakelijk is, achterwege te laten. De NZa acht integratie alleen noodzakelijk voor de SEH, de IC, kindergeneeskunde, verloskunde en diagnostische afdelingen, zoals radiologie en laboratoria;
- alle zelfstandige behandelcentra af te stoten of de gelieerdheid van de ziekenhuizen daarmee op te heffen.

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

⁵⁶ Deze norm is door de IGZ genoemd in haar advies aan de NZa, zie ook voetnoot 11. De IGZ geeft in haar advies voorts aan dat daar waar de wetenschappelijke verenigingen geen normen vaststellen, de IGZ uitgaat van de norm zoals die ook voor loondienstsituaties geldt, te weten dat een minimumformatie van vijf FTE nodig is om de beschikbaarheid van één persoon 7x24 uur te kunnen garanderen.

⁵⁷ De NZa merkt hierover in haar zienswijze op: "De NZa kan zich niet vinden in de door de IGZ gehanteerde minimale formatienorm van 5 FTE voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg, zeker als zij erbij stelt dat deze norm alleen geldt voor personeel in loondienst, aangezien vrijgevestigde specialisten bereid zijn langer te werken. Bovendien wijkt deze norm af van de praktijk in ziekenhuizen, omdat veel (kleine) ziekenhuizen hier niet aan voldoen. De norm van 5 FTE berust op een rekenkundige formule en het is discutabel of deze norm zo breed, voor alle specialismen van de basisziekenhuiszorg zou moeten gelden." De NZa is evenwel van oordeel dat deze norm, bij gebrek aan outputvoorwaarden voor de kwaliteit van zorg, als benadering van die output van kwaliteit opgenomen moeten worden als voorwaarde bij de fusie (zie ook punt 57).

171. De Raad acht het opleggen van voornoemde structurele voorschriften niet wenselijk om de volgende redenen.⁵⁸ Naar het oordeel van partijen zal de in deze basisziekenhuizen noodzakelijke kwaliteit alleen kunnen worden behaald door middel van een brede samenwerking waardoor een algehele fusie van de ziekenhuizen de enige oplossing is. Dit wordt bevestigd door de IGZ. De IGZ heeft er in haar zienswijze op gewezen dat de verschillende basisfuncties van een ziekenhuis grote samenhang hebben met elkaar en dus een sterke onderlinge afhankelijkheid (zie de punten 42 en 43). Het geheel of ten dele afstoten van bepaalde specialismen staat, naar het oordeel van de Raad, haaks op de gegeven oplossing en zal derhalve contraproductief kunnen werken bij het behalen van de noodzakelijke kwaliteit. De Raad acht de door de NZa voorgestelde structurele remedies daarnaast in de praktijk niet uitvoerbaar, aangezien medisch-specialisten niet kunnen worden verplicht een met de ziekenhuizen concurrerende praktijk te starten. Een zodanige remedie zal om die reden niet afdwingbaar zijn en is derhalve naar het oordeel van de Raad niet passend. De Raad acht het door partijen gedane voorstel, bestaande uit een combinatie van een prijsplafond met diverse toezeggingen op het gebied van kwaliteitsverbeteringen en het faciliteren van toetreding, een passende oplossing. Hiermee wordt het mededingingsprobleem als beschreven in punt 97 voldoende gemitigeerd en wordt verzekerd dat de door partijen geschetste en door de IGZ noodzakelijk geachte kwaliteitsverbeteringen (zie punt 45), zullen worden behaald.

⁵⁸ De NMa heeft de NZa hiervan mondeling en schriftelijk op de hoogte gesteld.

Conclusie

172. Het hierboven kort beschreven en aangehechte voorstel van partijen maakt het voldoende aannemelijk dat als gevolg van de voorgenomen concentratie (noodzakelijke) kwaliteitsverbeteringen daadwerkelijk en tijdig zullen worden gerealiseerd zonder dat de zeer sterke positie van partijen ertoe leidt dat de prijzen van dbc's in het B-segment (het vrij onderhandelbare deel van de markt) onevenredig stijgen. Daarnaast zal de toetreding van nieuwe zorgaanbieders tot de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland worden vergemakkelijkt. Het voorstel van partijen biedt aldus een oplossing voor het gesignaleerde mededingingsprobleem op de markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland.

173. Mede op basis van de door partijen aangeboden verbintenissen zoals hiervoor weergegeven in punt 151 tot en met 166, acht de Raad het voldoende aannemelijk dat de door partijen gestelde efficiëntieverbeteringen ten goede komen aan de afnemers, specifiek uit de fusie voortvloeien en verifieerbaar zijn en daarmee een tegenwicht bieden tegen de effecten op de mededinging die de fusie anders zou veroorzaken.

VIII. CONCLUSIE

174. Op grond van het voorgaande is de Raad van Bestuur van de NMa tot de conclusie gekomen dat de voorgenomen concentratie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht.

175. De Raad van Bestuur van de NMa is van oordeel dat de voorgenomen concentratie, indien aan de vergunning geen voorschriften zouden worden verbonden, ertoe zal leiden dat de daadwerkelijke mededinging op de markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland op significante wijze zal worden belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie.

176. De Raad van Bestuur van de NMa is, gezien de door partijen aangeboden verbintenissen, als beschreven in de punten 151 tot en met 166 en neergelegd in de bij dit besluit gevoegde bijlage, welke bijlage integraal onderdeel uitmaakt van dit besluit, van oordeel dat, mits volledig uitvoering wordt gegeven aan de verbintenissen, als gevolg van de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan niet op significante wijze zal worden belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie.

177. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de NMa mede dat voor de concentratie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft een vergunning wordt verleend.

178. Aan de vergunning worden de volgende voorschriften verbonden:

- a. partijen houden zich na de concentratie aan een prijsplafond voor dbc's in het B-segment;
- b. partijen realiseren na de concentratie bepaalde kwaliteitsverbeteringen, binnen de termijnen, genoemd in de aan dit besluit gehecht bijlage;
- c. partijen faciliteren de toetreding tot de markt voor huidige en toekomstige aanbieders van medisch-specialistische zorg;
- d. de onder a, b en c genoemde voorschriften dienen te worden uitgevoerd conform het bepaalde in de aan dit besluit gehechte bijlage, die integraal onderdeel uitmaakt van dit besluit.

Datum: 25 maart 2009

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,

namens deze,

overeenkomstig het door de Raad genomen besluit,

W.g. R.J.P. Jansen

Lid van de Raad van Bestuur

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.

Notitie

Nederlandse Mededingingsautoriteit

Mr T.M. Snoep en Mr S. Chamalaun
Datum 24 maart 2009
Onze ref. M6032831/1/20327730/SC

Betreft: Remedievoorstel zaak 6424 Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldeziekenhuizen

- (1) In dit document doen wij namens Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen (na implementatie van de concentratie voor deze doeleinden te noemen "Gemeenschappelijk Ziekenhuis"), een voorstel voor diverse remedies waarmee zij tegemoet komen aan de door de NMa gesignaleerde mogelijke mededingingsbezwaren. In dit document zullen achtereenvolgens aan de orde komen: A. het prijsplafond, B. de te realiseren kwaliteitsverbeteringen, en C. maatregelen ter vereenvoudiging van toetreding tot de relevante markt.

A. Prijsplafond

- (2) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal gehouden zijn aan een prijsplafond dat een maximumtarief voor de gemiddelde prijs voor een DBC in het B-segment inhoudt. Dit maximumtarief wordt vastgesteld door de landelijk gemiddelde prijs voor een DBC te corrigeren voor de productmix van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis.
- (3) In het prijsplafondmodel worden de volgende kernbegrippen gehanteerd:

Landelijk gemiddelde prijs is de gewogen landelijk gemiddelde prijs voor een DBC.

Gemiddelde prijs van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis is de gewogen gemiddelde prijs voor een DBC uitgevoerd door het Gemeenschappelijk Ziekenhuis.

Productmix cijfer geeft weer welk aandeel in volume een bepaalde DBC heeft in het totale DBC-volume in een jaar. (Bijvoorbeeld: in een jaar wordt 100 keer de DBC 'heup' geopend en in totaal worden er 1000 DBC's geopend. Het productmix cijfer van de DBC 'heup' is dan 10%.) Als alle percentages van de verschillende DBC's opgeteld worden, moet dit 100% zijn.

Landelijk productmix gewicht is een verhoudingsgetal dat de zwaarte van de prijs van een DBC weergeeft ten opzichte van de landelijk gemiddelde prijs. Indien dit getal groter is dan 1 is de prijs van de betreffende DBC hoger dan de landelijk gemiddelde prijs en als het getal kleiner is dan 1 is de prijs van de betreffende DBC lager dan de landelijk gemiddelde prijs.

Productmix index Gemeenschappelijk Ziekenhuis is een correctiefactor per DBC om de landelijk gemiddelde prijs te corrigeren voor de specifieke productmix in het Gemeenschappelijk Ziekenhuis.

- (4) Om voorafgaand aan jaar t een voorlopig prijsplafond voor het Gemeenschappelijk Ziekenhuis voor jaar t vast te stellen, worden eerst enkele landelijke cijfers berekend:
- (i) *Berekenen totale landelijke omzet per DBC*
De totale landelijke omzet wordt gevormd door de som van de omzetten per DBC in het B-segment. De omzet per DBC wordt berekend door het totaal aantal dezelfde DBC's dat in heel Nederland in jaar t-2 geopend is (en in jaar t-2 of t-1 gesloten is) te vermenigvuldigen met de landelijk gemiddelde prijs van die DBC. De landelijk gemiddelde prijs is de prijs uit jaar t-1 zoals verzameld door de NZa en gecorrigeerd voor de loon-en prijsinflatie, afgegeven in oktober van jaar t-1. Ook het totaal aantal dezelfde DBC's dat in jaar t-2 in heel Nederland is geopend (en in jaar t-2 of t-1 is gesloten), wordt verzameld door de NZa.
 - (ii) *Berekenen landelijk gemiddelde prijs*
De landelijk gemiddelde prijs wordt berekend door de totale landelijke omzet te delen door het totaal aantal DBC's dat in jaar t-2 geopend is. De landelijk gemiddelde prijs is dus een gewogen gemiddelde van de prijzen per DBC.
 - (iii) *Berekenen landelijk productmix gewicht*
Per DBC wordt het landelijk productmix gewicht berekend door de landelijk gemiddelde prijs van die DBC uit jaar t-1 te delen door de landelijk gemiddelde prijs uit jaar t-1.
- (5) De landelijke gegevens worden gecorrigeerd voor de productmix van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis om het voorlopige prijsplafond vast te stellen. De volgende gegevens worden daarvoor berekend:
- (iv) *Berekenen productmix Gemeenschappelijk Ziekenhuis*
De productmix van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis wordt berekend door het aantal dezelfde DBC's geopend in jaar t-2 (en gesloten in jaar t-2 of t-1) te delen door het totaal aantal DBC's geopend in jaar t-2 (en gesloten in jaar t-2 of t-1).
 - (v) *Berekenen productmix index Gemeenschappelijk Ziekenhuis*
De productmix index van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis wordt berekend door per DBC het productmix cijfer te vermenigvuldigen met het landelijke productmix gewicht van diezelfde DBC. De correctiefactor die wordt toegepast op de landelijk gemiddelde prijs voor een DBC ontstaat uit de som van alle productmix indices van de verschillende DBC's van het Gemeenschappelijk

Ziekenhuis.

(vi) *Maximumtarief vaststellen*

Het prijsplafond voor jaar t wordt bepaald door de landelijk gemiddelde prijs te vermenigvuldigen met de som van de productmix indices van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis. Het getal dat ontstaat is de maximale gemiddelde prijs voor een DBC van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis.

- (6) Op basis van de bovenstaande berekeningen wordt een voorlopig prijsplafond voor jaar t voor het Gemeenschappelijk Ziekenhuis vastgesteld. In jaar t kan het Gemeenschappelijk Ziekenhuis nog niet het definitieve prijsplafond voor dat jaar vaststellen. Daarom zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis gedurende jaar t bewaken of de werkelijke productmix nog aansluit bij de vooraf geschatte productmix en de prijzen. Voor de bewaking van het prijsplafond gedurende jaar t zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis gebruik maken van het door de NZa hiervoor ontwikkelde model.
- (7) Aan het begin van jaar t+2 zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis het definitieve prijsplafond uitrekenen. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van de landelijke prijzen uit jaar t zoals verzameld door de NZa en van de werkelijke volumes uit jaar t zoals ook verzameld door de NZa. Aan de hand van deze gegevens zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis de definitieve maximale gemiddelde prijs voor een DBC berekenen.
- (8) Om vervolgens vast te stellen of in jaar t het prijsplafond is overschreden, zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis haar gemiddelde prijs voor een DBC berekenen door de totale omzet van jaar t in het B-segment te delen door het aantal DBC's dat in jaar t geopend is. Deze gemiddelde prijs voor een DBC mag het maximumtarief niet overschrijden.
- (9) Wanneer er nieuwe DBC's aan het B-segment worden toegevoegd, is het niet mogelijk voor de berekening van het voorlopig prijsplafond gebruik te maken van de landelijke gemiddelde prijs van de nieuwe DBC's. Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal voor nieuwe DBC's gebruik maken van de tarieven die hiervoor door de NZa worden afgegeven.
- (10) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis levert de definitieve afrekening op 1 mei van jaar t+2 aan de NMa met behulp van een goedkeurende accountantsverklaring.

Toelichting

De maatregel van het prijsplafond heeft tot doel te voorkomen dat het Gemeenschappelijk Ziekenhuis door een eventueel gebrek aan concurrentiedruk te hoge prijzen rekent voor de DBC's in het B-segment waarvan de prijzen vrij onderhandelbaar zijn. Het prijsplafond wordt vastgesteld aan de hand van de gewogen gemiddelden van

vergelijkbare prijzen van alle andere in Nederland aanwezige ziekenhuizen zodat een prijsplafond wordt vastgesteld dat is gebaseerd op prijzen die in concurrentie tot stand zijn gekomen.

Op basis van gegevens uit voorgaande jaren, waarvan de landelijke gegevens beschikbaar zijn gesteld door de NZa, wordt een voorlopig prijsplafond berekend. Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal op basis van haar productmix uit het verleden en de landelijk gemiddelde prijs het verwachte maximumtarief voor een DBC berekenen. Dit verwachte prijsplafond zal zij in de gaten moeten houden wanneer zij prijzen afspreekt met de verzekeraars voor de DBC's in het B-segment. Achteraf zal er controle plaatsvinden of het Gemeenschappelijk Ziekenhuis het prijsplafond niet heeft overschreden. Dit kan aan het begin van jaar t+2 wanneer alle gegevens van jaar t definitief bekend zijn. Er zal op dat moment een definitieve afrekening worden overgelegd aan de NMa. Op deze wijze wordt aan eventuele bezwaren op het gebied van prijzen tegemoet gekomen .

B. Te realiseren kwaliteitsverbeteringen

- (11) Het Gemeenschappelijke Ziekenhuis zal het zorgaanbod uitbreiden door binnen een termijn van drie jaren na de datum van het vergunningbesluit:
- I over het aanbod van alle poortspecialismen te beschikken met de daarbij horende medische faciliteiten en toepassing van aandachtsgebieden die in een volwaardig basisziekenhuis noodzakelijk zijn;
 - II een IC level-2 conform de daarvoor geldende normen te realiseren;
 - III een SEH (regionaal traumacentrum) met een niveau dat is toegesneden op de voornoemde IC level-2 te realiseren conform de daarvoor geldende normen;
 - IV operationele faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties zoals dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie conform de daarvoor geldende normen te realiseren;
 - V laparoscopische colonchirurgie conform de daarvoor geldende normen aan het zorgaanbod toe te voegen.

- (12) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal daarnaast zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen zes maanden na de datum van het vergunningbesluit:
- VI voldoen aan de geldende normen ten aanzien van de minimale omvang van vakgroepen en van aandachtsgebieden binnen de vakgroepen;

VII voldoen aan de geldende normen ten aanzien van het minimale aantal
verrichtingen per specialist.

- (13) De termijnen zoals hierboven vermeld onder I tot en met VII gelden behoudens
overmacht als fatale termijnen. Het is aan het Gemeenschappelijk Ziekenhuis om aan
te tonen dat sprake is van overmacht. Direct na het bekend worden van een situatie van
overmacht doet het Gemeenschappelijk Ziekenhuis hiervan melding bij de NMa. Het is
aan de NMa om te bepalen of inderdaad sprake is van overmacht en om te bepalen wat
hiervan het gevolg zal zijn. Als overmacht kunnen enkel omstandigheden worden
aangemerkt die geheel buiten de invloedssfeer van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis
liggen.
- (14) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal zich bovendien inspannen om:
- VIII alle vakgroepen ertoe te bewegen binnen zes maanden na de datum van het
vergunningbesluit gefuseerd te zijn waarbij het Gemeenschappelijk Ziekenhuis
gebruik zou kunnen maken van artikel 24 lid 1 sub e van de
Toelatingsovereenkomst;
 - IX de bereikbaarheid van acute zorg steeds te waarborgen;
 - X met name met het oog op de bereikbaarheid van de zorg een goede
samenwerking en afstemming met alle relevante eerstelijns hulpverleners,
waaronder huisartsen en eerstelijns verloskundigen in Midden-Zeeland steeds
te waarborgen.
- (15) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis rapporteert ten minste ieder kwartaal, telkens
uiterlijk op de eerste dag van een nieuw kwartaal en te beginnen per het eerste
kwartaal na de datum van het vergunningbesluit, schriftelijk aan de NMa over de
voortgang ten aanzien van de realisatie van de kwaliteitsvoorwaarden. Het
Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal in haar rapportage in ieder geval ingaan op de
status quo, de verwachte realisatietermijn, de bestaande risico's en de ingezette
oplossingen.
- (16) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis vermeldt in haar rapportage de rapporten die IGZ in
het afgelopen kwartaal heeft uitgebracht over het Gemeenschappelijk Ziekenhuis. Het
Gemeenschappelijk Ziekenhuis stuurt een afschrift van haar rapportage aan IGZ.

Toelichting

*Door het formuleren van bovenstaande voorwaarden is het
Gemeenschappelijk Ziekenhuis gehouden na de concentratie ook
daadwerkelijk kwaliteitsverbeteringen tot stand te brengen die
rechtvaardigen dat door de concentratie de mededinging mogelijk zal*

worden beperkt. Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis krijgt drie jaren de tijd, te berekenen vanaf de datum van het vergunningbesluit, om de kwaliteitsverbeteringen onder I tot en met V te realiseren.

Uiteraard is het Gemeenschappelijk Ziekenhuis voor het bereiken van de kwaliteitsverbeteringen afhankelijk van allerlei factoren. Enkele factoren liggen geheel buiten de invloedssfeer van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis. Enkel voor die factoren kan de NMa, na een melding hiervan door het Gemeenschappelijk Ziekenhuis, bepalen dat sprake is van overmacht. Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis is op deze manier verplicht om alles wat zij kan beïnvloeden, ook daadwerkelijk te beïnvloeden om de kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

Aangezien het Gemeenschappelijk Ziekenhuis ieder kwartaal rapporteert aan de NMa, kan de NMa op die manier in de gaten houden hoe de realisatie van de kwaliteitsverbeteringen vordert. Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal ook de rapporten van IGZ over het Gemeenschappelijk Ziekenhuis meesturen naar de NMa, zodat de NMa middels de rapporten ook op de hoogte raakt van het standpunt van IGZ.

Op deze wijze wordt tegemoet gekomen aan eventuele bezwaren dat de ziekenhuizen kunnen besluiten of beïnvloeden dat eventuele kwaliteitsverbeteringen niet worden gerealiseerd, bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van kostenbesparingen.

C. Vereenvoudiging van toetreding tot de relevante markt

- (17) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal haar faciliteiten ter beschikking stellen aan iedere partij die medisch specialistische zorg wil aanbieden. Dit geldt zowel voor bestaande als voor toekomstige aanbieders van medisch specialistische zorg. Voor het gebruik van de faciliteiten zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis gebruikelijke landelijk marktconforme tarieven in rekening brengen.
- (18) Het bestuur van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis zal medisch specialisten die zorg op het gebied van hun medische specialisatie wensen aan te bieden buiten het Gemeenschappelijk Ziekenhuis, hiertoe toestemming verlenen, indien en zolang de continuïteit van de zorg van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis hierdoor niet in gevaar komt.
- (19) Alle geschillen welke ontstaan uit de hierboven beschreven maatregelen tot vereenvoudiging van de toetreding tot de markt zullen worden voorgelegd aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg overeenkomstig het reglement van dat

Scheidsgerecht.

Toelichting

Door deze maatregelen kan het Gemeenschappelijk Ziekenhuis toetreding tot de relevante markt vergemakkelijken. Iedere bestaande of nieuwe aanbieder van medisch specialistische zorg is verzekerd van de mogelijkheid om de faciliteiten van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis te kunnen gebruiken. Bovendien is de aanbieder van medisch specialistische zorg voor het gebruik van de faciliteiten van het Gemeenschappelijk Ziekenhuis ook zeker van een in concurrentie tot stand gekomen prijs. Verder maken deze maatregelen het voor medisch specialisten die verbonden zijn aan het Gemeenschappelijk Ziekenhuis mogelijk om ook elders actief te zijn als medisch specialist voor zover dit de continuïteit van de zorg zoals die door het Gemeenschappelijk Ziekenhuis geleverd wordt, niet in gevaar brengt. De toetreding tot de relevante markt door andere aanbieders van medisch specialistische zorg wordt hierdoor verder vergemakkelijkt.

- (20) Het Gemeenschappelijk Ziekenhuis rapporteert ten minste ieder kwartaal, telkens uiterlijk op de eerste dag van een nieuw kwartaal en te beginnen per het eerste kwartaal na de datum van het vergunningbesluit, schriftelijk aan de NMa over toetreding tot de relevante markt. Zij zal in haar rapportage ingaan op het aantal verzoeken dat zij heeft gehad van partijen die medisch specialistische zorg willen aanbieden en hoe zij op deze verzoeken heeft gereageerd. Tevens zal het Gemeenschappelijk Ziekenhuis ingaan op het aantal verzoeken dat het bestuur heeft gehad van medisch specialisten die zorg wensen aan te bieden buiten het Gemeenschappelijk Ziekenhuis en hoe het bestuur op deze verzoeken heeft gereageerd.
- (21) Stichting Ziekenhuis Walcharen en Stichting Oosterscheldeziekenhuizen verplichten zich ertoe hun rechtsopvolger aan deze remedies te binden.