

## Nederlandse Mededingingsautoriteit

### BESLUIT

Besluit van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van de Mededingingswet.

Nummer 7453/68

Betreft zaak: 7453/Zorggroep Leveste Middenveld - Ziekenhuis Refaja

#### 1 MELDING

1. Op 3 september 2012 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. Hierin is medegedeeld dat Stichting Zorggroep Leveste Middenveld voornemens is zeggenschap te verkrijgen, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder b, van de Mededingingswet, over Stichting Christelijk Ziekenhuis Refaja. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 18421 van 7 september 2012. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) heeft met betrekking tot de voorgenomen concentratie een zienswijze afgegeven. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen.
2. Conform de Beleidsregel Concentraties van Zorgaanbieders<sup>1</sup> heeft de Raad de cliëntenraden van de instellingen van partijen uitgenodigd tot het geven van een zienswijze over onderhavige zorgconcentratie. Naar aanleiding van deze uitnodiging hebben zowel de Centrale Cliëntenraad van Scheper-Bethesda (hierna: Cliëntenraad S-B) als de Cliëntenraad Refaja Ziekenhuis Stadskanaal (hierna: Cliëntenraad Refaja) een zienswijze afgegeven. Deze zienswijzen worden in punten 71 en 71 nader uiteengezet. Daarnaast heeft de NMa in het kader van het onderzoek naar de gevolgen van de onderhavige voorgenomen concentratie onderzoek gedaan naar verschillende zorgspecifieke aspecten conform de Beleidsregel Concentraties Zorgaanbieders (zie punt 72).

#### 2 PARTIJEN

---

<sup>1</sup> Beleidsregel van de Minister van Economische Zaken van 1 september 2009, nr. WJZ/9145416, houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders.

## Openbaar

3. Stichting Zorggroep Leveste Middenveld (hierna: ZLM) is een stichting naar Nederlands recht. ZLM is door middel van haar dochterondernemingen en dochterstichtingen actief op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, topklinische zorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg, begeleiding, dagactiviteiten en een aantal aanpalende activiteiten, te weten personenalarmering, fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. De ziekenhuiszorg is bij ZLM ondergebracht in Stichting Scheper-Bethesda Ziekenhuis, waarin ZLM uitsluitende zeggenschap heeft.
4. Stichting Christelijk Ziekenhuis Refaja (hierna: Refaja) is een stichting naar Nederlands recht. Refaja biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan.

### **3 DE GEMELDE OPERATIE**

5. De gemelde operatie betreft het voornemen tot een juridische fusie tussen Stichting Scheper-Bethesda ziekenhuis, onderdeel van ZLM, en Refaja. Beide stichtingen zullen opgaan in een nieuw op te richten stichting. Deze nieuw op te richten stichting wordt een dochteronderneming van ZLM en zal bestuurd worden door ZLM. De voorgenoemde transactie blijkt nader uit de overeenkomst “fusievoornemen” d.d. 17 juli 2012.

### **4 TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT**

6. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder b, van de Mededingingswet. De hierboven, onder punt 5, omschreven transactie leidt er toe dat ZLM uitsluitende zeggenschap verkrijgt over Refaja.
7. De betrokken ondernemingen zijn ZLM en Refaja.
8. Uit de bij de melding ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.

### **5 CONCURRENTIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN**

9. In recente besluiten van de NMa in de ziekenhuiszorgsector<sup>2</sup> is onderzoek verricht naar de concurrentie tussen ziekenhuizen in het algemeen. De belangrijkste vaststellingen hieruit zijn dat het een markt in transitie betreft waarop de prikkels en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen recent verder zijn toegenomen door belangrijke wijzigingen in de financierings- en bekostigingsstructuur. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen ervaren echter wel knelpunten in de onderhandelingen in 2012. Tegelijkertijd zijn hun inschattingen over de toekomst positief. Onzeker is echter hoe de onderhandelingen in de toekomst zullen verlopen. Voor de overwegingen die ten grondslag liggen aan deze conclusies wordt verwezen naar de relevante punten in bovengenoemde besluiten.<sup>3</sup>

## 6 BEOORDELING

### A. RELEVANTE MARKTEN

10. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.
11. In het hierna volgende wordt allereerst ingegaan op de horizontaal overlappende activiteiten van partijen. Vervolgens wordt ingegaan op de verticale relatie tussen de activiteiten van partijen op het gebied van algemene ziekenhuiszorg en de activiteiten van ZLM op het gebied van topzorg en verpleeghuiszorg. Hierbij wordt nader ingegaan op de vraag of als gevolg van de voorgenomen concentratie zich mogelijk marktuitsluitende effecten kunnen voordoen.

---

<sup>2</sup> Zie besluit in de vergunningsfase van 2 november 2012 in zaak 7295/ *TweeSteden Ziekenhuis- St. Elisabeth Ziekenhuis*, het besluit in de vergunningsfase van 2 november 2012 in zaak 7332/ *Spaarne Ziekenhuis-Kennemer Gasthuis* en het besluit in de vergunningsfase van 2 november 2012 in zaak 7236/ *Atrium – Orbis*.

<sup>3</sup> Zie besluit in de vergunningsfase in zaak 7295/ *TweeSteden Ziekenhuis - St. Elisabeth Ziekenhuis*, reeds aangehaald, punt 20 tot en met punt 35, het besluit in de vergunningsfase in zaak 7332/ *Spaarne Ziekenhuis-Kennemer Gasthuis*, reeds aangehaald, punt 19 tot en met punt 34 en het besluit in de vergunningsfase in zaak 7236/ *Atrium – Orbis*, reeds aangehaald, punt 21 tot en met punt 36.

## Openbaar

Relevante productmarkten

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

Onderscheid klinische en niet-klinische zorg

12. In eerdere besluiten<sup>4</sup> is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodssubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van het bestaan van aparte relevante markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Er is sprake van niet-klinische ziekenhuiszorg 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.
13. Evenals in deze eerdere besluiten wordt in de onderhavige zaak op het gebied van algemene ziekenhuiszorg uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Onderscheid algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen

14. Vanuit de vraagzijde – de patiënt – bezien vormt ieder medisch specialisme in beginsel een eigen relevante markt. Het ene specialisme is niet of nauwelijks substitueerbaar met een ander specialisme. In eerdere besluiten<sup>5</sup> is overwogen dat er, vanwege mogelijke aanbodssubstitutie tussen verschillende specialismen, sprake kan zijn van markten voor algemene ziekenhuiszorg.
15. ZLM en Refaja zijn actief op vrijwel dezelfde specialismen binnen de algemene ziekenhuiszorg. Het aanbod van specialismen van partijen is vergeleken met het aanbod van specialismen van omliggende ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat er geen specialisme is dat partijen beide aanbieden en dat niet ook door elk van de ziekenhuizen in de omgeving van partijen wordt aangeboden. Een beoordeling van de gevolgen per specialisme zal derhalve

---

<sup>4</sup> Zie onder meer het besluit van 28 januari 2004 in zaak 352A/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, punt 45 tot en met 48, het besluit van 15 juli 2004 in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punt 14 en 15 en het besluit in de vergunningsfase van 25 maart 2009 in zaak 642A/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, punten 12 tot en met 17 en het besluit van 18 februari 2010 in zaak 6669/*Coöperatie Vlietland-Vlietland Ziekenhuis*, punt 28.

<sup>5</sup> Zie onder meer het besluit in zaak 352A/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, reeds aangehaald, punten 37 tot en met 40, het besluit in de vergunningsfase van 8 juni 2005 in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punten 20 tot en met 48, het besluit in zaak 642A/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, reeds aangehaald, punt 14 en het besluit in de meldingsfase van 14 februari 2012 in zaak 7332/*Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis*, punt 13 tot en met 17.

## Openbaar

niet in significante mate afwijken van een beoordeling van de gevolgen op de markten voor algemene ziekenhuiszorg. In het onderhavige geval zal daarom niet verder worden ingegaan op dit mogelijke nadere onderscheid.

Onderscheid naar algemene ziekenhuiszorg en topzorg (waaronder topklinische en topreferente zorg)

16. In eerdere besluiten<sup>6</sup> van de NMa is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbods substitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van het bestaan van aparte productmarkten voor topzorg (waaronder topklinische en topreferente zorg) en algemene (niet-hoogspecialistische) ziekenhuiszorg. Behandelingen waarvoor een vergunning is vereist op basis van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (hierna: WBMV) worden in ieder geval gerekend tot de topklinische ziekenhuiszorg en worden als afzonderlijke productmarkten binnen de (topklinische) ziekenhuiszorg aangemerkt.
17. Alleen ZLM biedt in het Scheper Ziekenhuis ook topklinische zorg aan op cardiologisch vlak, namelijk het plaatsen van Implanteerbare Cardioverter Defibrillatoren (ICD's) en uitvoeren van Percutane Coronaire Interventies (PCI's), waarvoor ZLM over vergunningen beschikt in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Op het gebied van topzorg is derhalve geen sprake van horizontale overlap. Met betrekking tot eventuele verticale effecten die het gevolg zouden kunnen zijn van doorgeleiding van de patiënten van Refaja naar de topklinische zorg van het Scheper Ziekenhuis zijn andere ziekenhuizen bevraagd. Al deze marktpartijen hebben aangegeven voor hun topklinische zorg (voorzover zij deze aanbieden) niet afhankelijk te zijn van doorgeleiding vanuit Refaja. Op basis hiervan is er geen reden om aan te nemen dat er sprake zou kunnen zijn van marktafsluitende effecten. Hierop zal in het hiernavolgende derhalve niet nader worden ingegaan.

Overige markten

18. ZLM is tevens actief op het gebied van psychogeriatrische en somatische verpleeghuiszorg. Aangezien Refaja alleen actief is op het gebied van ziekenhuiszorg, bestaat er op dit gebied geen horizontale overlap. Als gevolg van de voorgenomen concentratie zouden zich marktuitsluitende effecten kunnen voordoen wanneer partijen als gevolg van de concentratie de mogelijkheid en prikkel zouden krijgen om patiënten op het gebied van (psychogeriatrische en/of somatische) verpleeghuiszorg uitsluitend naar de verpleeghuizen

---

<sup>6</sup> Zie het besluit in zaak 352A/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, reeds aangehaald, punt 36 en 52, het besluit van 13 september 2007 in zaak 5886/*MCA – Gemini*, punt 8, het besluit van 6 september 2010 in zaak 6951/*Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis de Tjongerschans*, punt 18 en het besluit in de meldingsfase van 5 september 2011 in zaak 7236/*Orbis – Atrium*, punt 17 en 18.

## Openbaar

van ZLM in de gemeenten Borger-Odoorn, Emmen en Coevorden door te verwijzen, waardoor andere aanbieders van verpleeghuiszorg kunnen worden uitgesloten van de markt(en) voor (psychogeriatrische en/of somatische) verpleeghuiszorg in deze gemeenten. Partijen zijn daarom bevraagd over het aantal patiënten dat Refaja in 2010 en in 2011 naar een verpleeghuis in bovengenoemde gemeenten heeft doorverwezen. Uit de antwoorden van partijen blijkt dat het dermate kleine aantallen patiënten betreft dat de Raad het niet aannemelijk acht dat er sprake zou kunnen zijn van marktafsluitende effecten. Hierop zal in het hiernavolgende derhalve niet nader worden ingegaan.

Relevante geografische markten

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

19. Evenals in eerdere zaken<sup>7</sup> is door de NMa in deze zaak onderzoek gedaan naar de omvang van de geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg op basis van (a) onderzoek naar herkomst- en bestemmingsgegevens in de werkgebieden van partijen, (b) reistijdenanalyse, en (c) kwalitatief onderzoek. In het kader van het laatste is gesproken met zes ziekenhuizen, te weten het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (hierna: Wilhelmina Ziekenhuis), de Ommelander Ziekenhuis Groep (hierna: OZG)<sup>8</sup>, het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: UMCG), het Martini Ziekenhuis<sup>9</sup>, het Diaconessenhuis Meppel (hierna: Diaconessenhuis) en de Saxenburgh Groep<sup>10</sup>. Daarnaast is ook gesproken met de voor partijen belangrijkste verzekeraars, namelijk Menzis en Achmea. Bij de bepaling van de omvang van de geografische markt gebruikt de NMa gewoonlijk de inzichten uit deze verschillende onderzoeken in onderlinge samenhang.

---

<sup>7</sup> Zie onder meer het besluit in de vergunningsfase in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, reeds aangehaald, het besluit in de meldingsfase van 18 november 2005 in zaak 5196/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, het besluit van 19 februari 2007 in zaak 5935/*Laurentius Ziekenhuis – St. Jans Gasthuis Gasthuis*, het besluit in zaak 5886/*MCA – Gemini*, reeds aangehaald, het besluit in de meldingsfase in zaak 7236/*Orbis – Atrium*, reeds aangehaald, punt 25, en het besluit in de vergunningsfase in zaak 6951/*Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis De Tjongerschans*, reeds aangehaald.

<sup>8</sup> OZG beschikt over ziekenhuislocaties in Delfzijl en Winschoten.

<sup>9</sup> Het Martini Ziekenhuis beschikt over een ziekenhuislocatie in Groningen.

<sup>10</sup> De Saxenburgh Groep beschikt over ziekenhuislocaties in Coevorden en Hardenberg.

## Openbaar

### Ligging van de ziekenhuizen

20. In **Bijlage 1** is een kaart opgenomen met de vestigingen van de ziekenhuizen en eventuele poliklinieken van partijen en van de omliggende aanbieders van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.
21. Refaja biedt algemene ziekenhuiszorg aan vanuit een ziekenhuislocatie in de gemeente Stadskanaal en een polikliniek in de gemeente Veendam. ZLM biedt algemene ziekenhuiszorg aan vanuit het Scheper Ziekenhuis dat is gevestigd in Emmen en vanuit het Bethesda Ziekenhuis dat is gevestigd in Hogeveen.
22. In de regio waarin partijen actief zijn, zijn voorts onder meer gevestigd het UMCG en Martini Ziekenhuis in Groningen, het Delfzicht Ziekenhuis in Delfzijl<sup>11</sup>, het St. Lucas Ziekenhuis in Winschoten<sup>12</sup>, het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen, het Diaconessenhuis in Meppel, het Röpcke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg<sup>13</sup> en Zorgcentrum Aleida Kramer in Coevorden<sup>14</sup>.

#### a) Reistijdenanalyse

23. Uit eerdere besluiten van de NMa blijkt dat reistijd (ofwel nabijheid) een relevante keuzeparameter is voor patiënten bij de keuze voor een ziekenhuis. De NMa heeft een reistijdenanalyse uitgevoerd met behulp van de Geodan Drive Time Matrix versie 2010. Voor een elftal gemeenten gelegen in de provincies Drenthe en Groningen is uitgerekend wat de gewogen gemiddelde reistijd is vanuit deze gemeenten naar de ziekenhuizen van partijen en de omliggende ziekenhuizen. De resultaten daarvan staan in **Bijlage 2** weergegeven.
24. Uit de reistijdenanalyse blijkt dat partijen wat betreft reistijd alleen voor de inwoners van de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde de meest nabije alternatieven zijn. In de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde is Refaja met respectievelijk 26 minuten en 25 minuten de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie. In beide gemeenten is het Scheper Ziekenhuis het eerstvolgende alternatief met respectievelijk 5 en 6 extra reisminuten. Daarna volgen voor de inwoners van Borger-Odoorn het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en het St. Lucas Ziekenhuis in Winschoten op respectievelijk 8 en 15 extra reisminuten ten opzichte van het Scheper Ziekenhuis (en 13 respectievelijk 20 extra reisminuten ten opzichte van Refaja). Voor de inwoners van Vlagtwedde volgen het St. Lucas Ziekenhuis in Winschoten en het UMCG in Groningen op respectievelijk 2 en 23 extra reisminuten ten opzichte van het Scheper

---

<sup>11</sup> Het Delfzicht Ziekenhuis behoort tot OZG.

<sup>12</sup> Het St. Lucas Ziekenhuis behoort tot OZG.

<sup>13</sup> Het Röpcke-Zweers Ziekenhuis behoort tot de Saxenburgh Groep.

<sup>14</sup> Zorgcentrum Aleida Kramer behoort tot de Saxenburgh Groep en is een Dagziekenhuis waar alleen niet-klinische algemene ziekenhuiszorg wordt aangeboden.

## Openbaar

Ziekenhuis(en respectievelijk 8 en 29 extra reisminuten ten opzichte van Refaja). In de andere gemeenten waarvoor een reistijdenanalyse is uitgevoerd zijn partijen wat reistijd betreft niet de meest nabije alternatieven voor de inwoners van deze gemeenten.<sup>15</sup>

b) Herkomst- en bestemmingscijfers in het werkgebied van partijen

25. Om inzicht te verkrijgen in de markt heeft de NMa een analyse gemaakt van de gerealiseerde patiëntenstromen. De gegevens hiervoor zijn ontleend aan de DIS<sup>16</sup> database waarover de NMa beschikt. Dit is een databestand waarin elke door instellingen voor medisch-specialistische zorg uitgevoerde combinatie van diagnose en behandeling (DBC) is geregistreerd. Op DBC-niveau zijn patiëntkenmerken beschikbaar, waaronder het postcodegebied (viercijferig) waar de patiënt woont, en door welk ziekenhuisconcern de DBC is uitgevoerd. In de analyse is voor zover mogelijk gecorrigeerd voor onderscheid naar zorgprofiel van de diverse ziekenhuizen.<sup>17</sup>
26. De resultaten van de analyse zijn weergegeven in **Bijlage 3 t/m 5** en worden hieronder verder omschreven. Aangezien de gegevens voor niet-klinische zorg geen wezenlijk ander beeld opleveren worden alleen de gegevens voor klinische zorg in 2010 weergegeven.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Voor inwoners van de gemeenten Pekela, Midden-Drenthe, Aa en Hunze en De Wolden behoort de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie niet tot één van partijen. Voor inwoners van de gemeenten Coevorden, Hoogeveen en Emmen is één van de twee ziekenhuislocaties van ZLM de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie, terwijl één of meer locaties van andere marktpartijen dichterbij zijn gelegen dan Refaja. Voor de inwoners van de gemeenten Stadskanaal en Veendam is Refaja de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie terwijl één of meer locaties van andere marktpartijen dichterbij zijn gelegen dan de locaties van ZLM.

<sup>16</sup> DBC Informatie Systeem.

<sup>17</sup> Zo is het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: UMCG) een academisch ziekenhuis, zijn de Isala Klinieken en het Martini Ziekenhuis topklinische ziekenhuizen en biedt het Scheper Ziekenhuis ook enkele vormen van topklinische zorg aan. Om te corrigeren voor behandelingen die wel door bepaalde ziekenhuizen worden aangeboden, maar niet tot de algemene ziekenhuiszorg horen is gekeken naar gerealiseerde DBC-codes in de jaren 2009, 2010 en 2011 (t/m augustus). De groep ziekenhuizen bestaande uit de twee vestigingen van het OZG, het Diaconessenhuis Meppel, het Röpcke-Zweers Ziekenhuis in Harderberg, het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen, het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal en het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen zijn als basisziekenhuizen aangemerkt. Indien een bepaalde DBC-code door een van deze ziekenhuizen in de genoemde periode gerealiseerd is wordt uitgegaan dat dit een DBC-code betreft die op basiszorg ziet. Indien een bepaalde DBC-code geen enkele keer in de genoemde periode door een van deze ziekenhuizen is gerealiseerd wordt ervan uitgegaan dat het een topzorg DBC betreft en wordt deze uit de dataverzameling gehaald. Op deze wijze wordt derhalve getracht de patiëntenstroom die bijvoorbeeld naar het UMCG gaat voor basiszorg niet te overschatten doordat de gegevens beïnvloed worden door stromen die naar het UMCG gaan voor een type zorg dat alleen in het UMCG wordt aangeboden.

<sup>18</sup> De data met betrekking tot klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg over 2011 zijn nog niet beschikbaar. Een vergelijking met de gegevens voor 2009 heeft geen significant ander beeld opgeleverd.



## Openbaar

### Herkomst patiënten

27. Allereerst is in kaart gebracht vanuit welke gemeenten partijen hun belangrijkste patiëntenstromen aantrekken (zie **Bijlage 3** voor het overzicht).
28. Van de patiënten van Refaja is in totaal [90-100]<sup>19</sup> afkomstig uit de gemeenten Stadskanaal ([30-40]%), Veendam ([10-20]%), Vlagtwedde ([10-20]%), Borger-Odoorn ([10-20]%), Aa en Hunze ([0-10]%) en Pekela ([0-10]%). Deze gemeenten tezamen worden in het vervolg aangeduid als het werkgebied van Refaja. De overige herkomst is relatief verspreid ([0-10]% of minder per gemeente).
29. Van de patiënten van het Scheper Ziekenhuis is in totaal [90-100]% afkomstig uit de gemeenten Emmen ([70-80]%), Coevorden ([10-20]%), Borger-Odoorn ([0-10]%) en Vlagtwedde ([0-10]%). Deze gemeenten tezamen worden in het vervolg aangeduid als het werkgebied van het Scheper Ziekenhuis. De overige herkomst is relatief verspreid ([0-10]% of minder per gemeente).
30. Van de patiënten van het Bethesda Ziekenhuis is in totaal [90-100]% afkomstig uit de gemeenten Hoogeveen ([60-70]%), De Wolden ([10-20]%), Midden-Drenthe ([0-10]%), Emmen ([0-10]%), Coevorden ([0-10]%) en Westerveld ([0-10]%). Deze gemeenten tezamen worden in het vervolg aangeduid als het werkgebied van het Bethesda Ziekenhuis. De overige herkomst is relatief verspreid ([0-10]% of minder per gemeente).
31. Uit bovenstaande blijkt dat alleen de werkgebieden van Refaja en het Scheper Ziekenhuis geografisch overlappen, namelijk in Vlagtwedde en Borger-Odoorn.

### Bestemming patiënten

32. In **Bijlage 4** is weergegeven naar welke ziekenhuizen de patiënten op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg uit de werkgebieden van de ziekenhuizen van partijen zijn gegaan. Omdat uit de reistijdenanalyse en de analyse van de herkomstgegevens is gebleken dat Refaja en het Bethesda ziekenhuis geen nabije alternatieven zijn en dat de werkgebieden van deze ziekenhuizen niet overlappen, wordt het Bethesda ziekenhuis bij de afbakening van de relevante geografische markt(en) waarop de ziekenhuizen van partijen actief zijn verder buiten beschouwing gelaten.
33. Van de patiënten uit het werkgebied van Refaja kiest in totaal [40-50]% voor Refaja. Dit betekent dat minder dan de helft van de patiënten uit dit gebied kiest voor het ziekenhuis dat binnen dit gebied gevestigd is. De overige patiënten kiezen voor ziekenhuizen die ten

---

<sup>19</sup> Percentages in dit besluit worden op hele cijfers afgerond.

## Openbaar

noorden en westen van het werkgebied van Refaja liggen: [10-20]% gaat naar het OZG, [10-20]% gaat naar het Wilhelmina Ziekenhuis, [0-10]% gaat naar het Scheper Ziekenhuis, [0-10]% gaat naar het Martini Ziekenhuis en [0-10]% gaat naar het UMCG.<sup>20</sup> Alleen in de gemeenten die behoren tot het werkgebied van Refaja kiest per gemeente meer dan 10% van de patiënten voor Refaja.

34. Van de patiënten uit het werkgebied van het Scheper Ziekenhuis kiest [60-70]% voor het Scheper Ziekenhuis. De overige patiënten kiezen voor ziekenhuizen die ten noorden en (zuid)westen van het werkgebied van het Scheper Ziekenhuis gelegen zijn: [10-20]% gaat naar de Saxenburgh Groep, [0-10]% gaat naar Refaja, [0-10]% gaat naar het UMCG, [0-10]% gaat naar het Bethesda Ziekenhuis, [0-10]% gaat naar het Wilhelmina Ziekenhuis en [0-10]% gaat naar het Martini ziekenhuis. Alleen in de gemeenten die behoren tot het werkgebied van het Scheper Ziekenhuis kiest per gemeente meer dan 10% van de patiënten voor Scheper Ziekenhuis.
  35. Wanneer op gemeenteniveau wordt gekeken blijkt uit de bestemmingsgegevens (zie voor het volledige overzicht **Bijlage 5**) duidelijk dat partijen alleen in de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde beide een significant aandeel in de bestemmingsstromen hebben. In Borger-Odoorn gaat [30-40]% van de patiënten naar het Scheper Ziekenhuis en [30-40]% naar Refaja. Daarna kiest [10-20]% voor het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en [0-10]% voor het UMCG. In Vlagtwedde gaat [20-30]% van de patiënten naar het Scheper Ziekenhuis en [40-50]% naar Refaja. Daarna kiest [10-20]% voor het OZG en [0-10]% voor het UMCG. Bij de gevolgen van de concentratie wordt nader op deze gemeenten ingegaan.
- c) Kwalitatieve gegevens m.b.t. geografische markt
36. Marktpartijen zijn bevraagd, onder meer over reisgedrag en reisbereidheid, en over de mate waarin andere ziekenhuizen een alternatief vormen voor de fusiepartners.
  37. Verzekeraar Achmea geeft aan dat het OZG, het Wilhelmina Ziekenhuis, het UMCG en het Martini Ziekenhuis de belangrijkste alternatieven vormen voor Refaja. Ten aanzien van het Scheper Ziekenhuis geeft Achmea aan dat het Wilhelmina Ziekenhuis, het Röpcke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg (onderdeel van De Saxenburgh Groep) en de Isala Klinieken in Zwolle alternatieven vormen.
  38. Verzekeraar Menzis geeft aan dat het OZG en het Wilhelmina Ziekenhuis de belangrijkste alternatieven zijn voor Refaja. Ten aanzien van het Scheper Ziekenhuis geeft Menzis aan dat het Wilhelmina Ziekenhuis, het UMCG en het Martini Ziekenhuis alternatieven zijn. Met betrekking tot Borger-Odoorn en Vlagtwedde geeft Menzis aan dat de afstand naar

<sup>20</sup> Het aantal patiënten uit het werkgebied van Refaja dat voor het Bethesda Ziekenhuis kiest is zeer gering.

## Openbaar

Groningen of Assen vanwege de goede wegen niet zoveel verder is dan naar Emmen en dat deze mensen toch al relatief veel moeten reizen omdat ze niet in een stad wonen waar een ziekenhuis is gevestigd.

39. De bevroegde ziekenhuizen achten het niet waarschijnlijk dat mensen uit de provincie Groningen naar een ziekenhuis in Emmen zullen gaan of dat mensen uit de omgeving van Emmen naar een ziekenhuis in Stadskanaal zullen gaan. Als alternatief voor Refaja zouden patiënten uit de omgeving van Refaja volgens marktpartijen voor een ziekenhuis in de provincie Groningen of mogelijk het Wilhelmina Ziekenhuis kiezen en niet naar het Scheper Ziekenhuis gaan. Voor het Scheper Ziekenhuis worden de Saxenburgh Groep, het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en de Isala Klinieken in Zwolle als alternatief gezien. Alleen in Borger-Odoorn en (een deel van) Vlagtwedde<sup>21</sup> vormen het Scheper Ziekenhuis en Refaja volgens de bevroegde marktpartijen wel alternatieven voor elkaar. Ook het Wilhelmina Ziekenhuis vormt volgens hen een reële keuzemogelijkheid voor de betreffende patiënten. Het Bethesda Ziekenhuis in Hogeveen wordt door geen van de bevroegde marktpartijen als alternatief gezien voor Refaja.

Conclusie geografische markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

40. Op basis van de reistijdenanalyse zijn partijen in de meeste gemeenten in hun werkgebieden geen nabij gelegen concurrenten van elkaar.
41. Uit de herkomstcijfers blijkt dat de drie betrokken ziekenhuislocaties voor hun instroom in sterke mate afhankelijk zijn van een aantal gemeenten die tezamen hun respectievelijke werkgebied vormen. De herkomst van de overige patiënten van partijen is relatief versnipperd over verschillende andere gemeenten.
42. De bestemmingscijfers laten zien dat in de werkgebieden van Refaja en het Scheper Ziekenhuis [40-50]% respectievelijk [60-70]% van de patiënten voor Refaja respectievelijk het Scheper Ziekenhuis kiest. De overige patiënten kiezen voor een ziekenhuis dat buiten het betreffende gebied is gelegen.
43. Als alternatief voor Refaja zien marktpartijen vooral de ziekenhuizen in de provincie Groningen en het Wilhelmina Ziekenhuis. Als alternatief voor het Scheper Ziekenhuis zien marktpartijen de Saxenburgh Groep, het Wilhelmina Ziekenhuis en de Isala Klinieken. Refaja wordt niet als alternatief gezien.
44. Uit eerdergenoemde analyses blijkt dat de werkgebieden van partijen alleen in de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde overlappen. Refaja en het Scheper Ziekenhuis zijn voor

---

<sup>21</sup> Het betreft Ter Apel.

## Openbaar

inwoners van deze gemeenten de twee dichtstbij gelegen alternatieven en patiënten uit deze gemeenten kiezen in significante mate voor Refaja én het Scheper Ziekenhuis.

45. Op grond van bovenstaande wordt geconcludeerd dat om de ziekenhuislocaties van partijen sprake is van een werkgebied. Gezien de uitkomsten van de verschillende analyses acht de Raad het aannemelijk dat de werkgebieden om de ziekenhuislocaties van partijen elk een onderdeel zijn van aparte (grotere) relevante markten waarop meerdere omliggende ziekenhuizen actief zijn. Voor partijen geldt dat alleen de werkgebieden van Refaja en het Scheper Ziekenhuis overlap vertonen, namelijk in Borger-Odoorn en Vlagtwedde. Een marktafbakeningsscenario waarin de werkgebieden van deze twee ziekenhuizen samen de relevante geografische markt zouden vormen acht de Raad op basis van de bestemmingsgegevens en de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek niet aannemelijk.
46. Uiteindelijk kan de precieze geografische omvang van de relevante productmarkten in dit besluit in het midden worden gelaten, omdat het de beoordeling van de onderhavige concentratie niet beïnvloedt.

### **B. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE**

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

47. Voor de beoordeling van de gevolgen van de concentratie staat de vraag centraal of partijen als gevolg van de fusie in staat zullen zijn winstgevend de prijs-kwaliteitverhouding te verslechteren. Dit hangt met name af van de mate waarin partijen voorafgaand aan de fusie concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen en van de rol van de verzekeraar.
48. Uit de analyse van de bestemmingsgegevens, de reistijden en de door marktpartijen verstrekte informatie volgt dat voor de beoordeling alleen de gevolgen die uitgaan van het wegvallen van de bestaande concurrentiedruk tussen Refaja en het Scheper Ziekenhuis relevant zijn. Immers, er is geen sprake van overlap tussen de werkgebieden van Refaja en het Bethesda Ziekenhuis, zodat bij de hiernavolgende beoordeling het Bethesda Ziekenhuis buiten beschouwing wordt gelaten.

Onderlinge concurrentiedruk partijen en concurrentiedruk vanuit andere ziekenhuizen

49. Zoals hiervoor is vastgesteld in punt 44 overlappen de werkgebieden van partijen alleen in de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde, zodat partijen met name in deze twee gemeenten

## Openbaar

concurrentiedruk van elkaar ondervinden. Hoewel Borger-Odoorn en Vlagwedde geen relevante markt vormen, zou de concentratie de mededinging op significante wijze kunnen belemmeren indien partijen vanuit deze gemeenten een groot deel van hun instroom zouden krijgen en zij daar weinig concurrentiedruk van andere ziekenhuizen zouden ondervinden.

50. Uit **Bijlage 2** blijkt dat in Borger-Odoorn en Vlagwedde Refaja en het Scheper Ziekenhuis qua reistijd de twee dichtstbij gelegen alternatieven zijn, terwijl uit **Bijlage 5** blijkt dat zij tevens de twee ziekenhuizen zijn waarvoor de meeste patiënten afkomstig uit die gemeenten kiezen (in totaal [70-80]%). Partijen zijn voor hun instroom niet in grote mate afhankelijk van Borger-Odoorn en Vlagwedde. Wel vormen deze gemeenten een niet onbelangrijk deel van de instroom van partijen: uit de herkomstgegevens blijkt dat Refaja uit deze gemeenten ongeveer [20-30]% van haar patiënten haalt en het Scheper Ziekenhuis ongeveer [0-10]%).
51. In de gemeente Borger-Odoorn ondervinden partijen tevens met name concurrentiedruk vanuit het Wilhelmina Ziekenhuis: [10-20]% van de patiënten uit deze gemeente gaan naar dit ziekenhuis. Ook qua reistijd is dit ziekenhuis na Refaja (26 minuten) en het Scheper Ziekenhuis (31 minuten) met 39 reisminuten het eerstvolgende alternatief. Daarnaast kiest ongeveer [10-20]% van de patiënten uit de gemeente Borger-Odoorn voor een ziekenhuis in de stad Groningen (UMCG (54 minuten) en Martini Ziekenhuis (53 minuten).
52. In Vlagwedde ondervinden partijen tevens met name concurrentie vanuit OZG. Van de patiënten uit deze gemeente gaat [10-20]% naar dit ziekenhuis. Ook qua reistijd is dit ziekenhuis na Refaja (25 minuten) en het Scheper Ziekenhuis (31 minuten) met 33 reisminuten het eerstvolgende alternatief. Daarnaast kiest ongeveer [10-20]% van de patiënten uit deze gemeente voor een ziekenhuis in de stad Groningen (UMCG (54 minuten) en Martini Ziekenhuis (59 minuten).

### Uitstroompercentages

53. Om een beeld te krijgen van de mate waarin partijen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, heeft de NMa naast de overlap in patiëntenstromen gekeken naar de uitstroompercentages uit de werkgebieden van partijen, welke door de NZa zijn berekend. Deze percentages geven aan naar welke ziekenhuizen patiënten nu reeds gaan en in welke verhouding patiënten voor de fusie de verschillende ziekenhuizen, waaronder het ziekenhuis van de fusiepartner, als alternatief zien. Deze percentages geven daarmee een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere ziekenhuizen mocht een van de fusiepartners zijn prijzen verhogen of in geval van een kwaliteitsdaling. De NMa gaat hierbij uit van de aanname dat de patiëntenstromen een goede weerspiegeling zijn van de uitstroompercentages die na de concentratie bij een verslechtering van de prijs-

## Openbaar

kwaliteitverhouding zouden kunnen optreden. Hierbij geldt dat het ziekenhuis dat op dit moment het grootste deel van de patiënten uit het werkgebied van respectievelijk ZLM<sup>22</sup> of Refaja trekt, de meest gereede kandidaat zal zijn om patiënten in de toekomst op te vangen en daarmee wordt verondersteld de meeste concurrentiedruk op deze partij uit te oefenen.

54. Onderstaande tabellen laten de door de NZa berekende uitstroompercentages voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg zien, waarbij uitstroompercentages kleiner dan 5% zijn weggelaten.

Markt	UMCG	Saxenburgh Groep	Wilhelmina Ziekenhuis	Refaja	Isala Klinieken	Diaconessenhuis Meppel	Martini Ziekenhuis
Klinische algemene ziekenhuiszorg	[20-30]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Niet-klinische algemene ziekenhuiszorg	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%

**Tabel 1 Uitstroompercentages vanuit ZLM voor algemene ziekenhuiszorg (Bron: NZa)**

Markt	OZG	UMCG	Martini Ziekenhuis	ZLM	Wilhelmina Ziekenhuis
Klinische algemene ziekenhuiszorg	[20-30]%	[20-30]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%
Niet-klinische algemene ziekenhuiszorg	[20-30]%	[20-30]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%

**Tabel 2 Uitstroompercentages vanuit Refaja voor algemene ziekenhuiszorg (Bron: NZa)**

55. Tabel 1 laat zien dat [10-20]% (klinisch) respectievelijk [10-20]% (niet-klinisch) van de patiënten in de werkgebieden van het Scheper Ziekenhuis en het Bethesda Ziekenhuis die niet naar een van deze ziekenhuizen gaan, naar Refaja gaat. Omgekeerd gaat [10-20]% (klinisch) respectievelijk [10-20]% (niet-klinisch) van de patiënten uit het werkgebied van Refaja die niet naar Refaja gaan naar het Scheper Ziekenhuis of het Bethesda Ziekenhuis (zie Tabel 2).

<sup>22</sup> De door de NZa berekende uitstroompercentages hebben betrekking op ZLM en zijn niet gesplitst naar de ziekenhuizen Scheper en Bethesda. De uitstroom vanuit het Bethesda Ziekenhuis is derhalve ook meegenomen in de berekening. Indien alleen de uitstroompercentage vanuit Scheper Ziekenhuis zouden kunnen worden berekend, zou het uitstroompercentage naar Refaja waarschijnlijk hoger zijn. Echter, dit geldt eveneens voor de uitstroompercentages naar de Saxenburgh Groep en het Wilhelmina Ziekenhuis, terwijl de uitstroompercentages naar Isala Klinieken en het Diaconessenhuis Meppel waarschijnlijk juist lager zou zijn.

## Openbaar

56. Bij een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding van één van de fusiepartners is het op grond van de bovenstaande cijfers en met inachtneming van de genoemde aannames aannemelijk dat van de patiënten die zouden uitwijken slechts [10-20]-[10-20]% (klinisch en niet-klinisch) van de cliënten van partijen naar de fusiepartner zou uitwijken. Qua rangorde zijn partijen elkaars vierde alternatief,<sup>23</sup> hetgeen inhoudt dat er voor elk drie ziekenhuizen zijn die als meer nabije concurrenten kunnen worden gezien. Aannemelijk is dat [80-90]-[80-90]% (klinisch en niet-klinisch) van de patiënten uit de werkgebieden van partijen die niet kiest voor partijen zou uitwijken naar een ander ziekenhuis uit de regio, waarbij patiënten uit de werkgebieden van het Scheper Ziekenhuis en het Bethesda Ziekenhuis vooral naar het UMCG, de Saxenburgh Groep en Wilhelmina Ziekenhuis en patiënten uit het werkgebied van Refaja vooral naar OZG, het UMCG en het Martini Ziekenhuis zouden uitwijken.
57. Hoewel deze uitwijkpercentages niet één op één het gedrag van patiënten voorspellen in het geval van een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding bij één van partijen, lijkt het op basis van deze gegevens voor partijen niet aannemelijk dat deze strategie voor partijen winstgevend is, omdat er bij hantering van een dergelijke strategie te veel patiënten naar andere ziekenhuizen zouden uitwijken.

### Kwalitatief onderzoek

58. In punt 37 tot en met 39 is beschreven in hoeverre marktpartijen in hun werkgebieden alternatieven voor elkaar vormen. Marktpartijen bevestigen daarbij het beeld dat partijen met name in de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde concurrentiedruk van elkaar ondervinden. Voor de overige gemeenten waar partijen actief zijn geldt dat marktpartijen verwachten dat patiënten niet naar het ziekenhuis van de fusiepartner zouden uitwijken indien zich bij Refaja of het Scheper Ziekenhuis een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding zou voordoen, maar dat patiënten voor een ander ziekenhuis in de eigen provincie zouden kiezen.

### Opvatting verzekeraars

59. Achmea en Menzis zijn de belangrijkste inkopers van ziekenhuiszorg bij partijen. Achmea geeft aan dat haar aandeel in de zorgcontractering<sup>24</sup> bij Refaja [10-20]%, bij het Scheper

---

<sup>23</sup> Met uitzondering van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg waar ZLM het derde alternatief is voor Refaja.

<sup>24</sup> De in dit punt genoemde percentages betreffen het aandeel cliënten van de ziekenhuislocaties van partijen dat bij Menzis respectievelijk Achmea in 2011 verzekerd was.

## Openbaar

Ziekenhuis [60-70]% en bij het Bethesda Ziekenhuis [60-70]% is. Menzis geeft aan dat haar aandeel in de zorgcontractering bij Refaja [60-70]%, bij het Scheper Ziekenhuis [0-10]% en het Bethesda Ziekenhuis [0-10]% is.

60. Achmea geeft aan dat selectieve inkoop per definitie lastig is in de dunbevolkte regio's waar partijen actief zijn, omdat het aantal alternatieven vaak beperkt is. Achmea is wel een voorstander van de voorgenomen concentratie omdat hierdoor de zorg beter georganiseerd kan worden.
61. Menzis geeft aan al ervaring te hebben met het selectief inkopen van heupoperaties en hernia-ingrepen in de regio waarin partijen actief zijn. Volgens Menzis kan het niet meer contracteren van een ziekenhuis voor een bepaalde behandeling/specialisme leiden tot het wegvallen van specialisten/specialisten, hetgeen ook gevolgen kan hebben voor de acute zorg. Ook Menzis is voorstander van de voorgenomen concentratie. Zij heeft in dit verband aangegeven dat Refaja zelfstandig geen bestaansrecht heeft en dat een concentratie dus noodzakelijk is voor haar voortbestaan.

### Capaciteit en bezettingsgraad

62. Om te bepalen of de zorgverzekeraars na de concentratie bij een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding van de fusie-entiteit de mogelijkheid hebben om (méér) zorg bij andere ziekenhuizen in de regio te contracteren en patiënten van partijen reële uitwijkmogelijkheden hebben, zijn marktpartijen bevestigd over hun huidige capaciteit en bezettingsgraad. Hun antwoorden geven geen aanleiding om te veronderstellen dat er onvoldoende capaciteit of uitbreidingsmogelijkheden<sup>25</sup> bij de andere ziekenhuizen in de regio's waar partijen actief zijn zouden zijn om meer patiënten te kunnen opvangen.

### Zienswijze NZa

63. De NZa heeft op 12 november 2012 een zienswijze afgegeven. De NZa geeft aan dat een stap in de beoordeling van het publieke belang "betaalbaarheid" is om te bekijken of er mogelijk een prijsstijging ten gevolge van de fusie plaats zal vinden. De NZa heeft hiertoe een tweetal econometrische modellen gebruikt, te weten de Option Demand/Willingness to Pay-methode

---

<sup>25</sup> Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het gebruik van bouwcapaciteit die op dit moment niet wordt gebruikt (leegstand).



(hierna: WTP) en de Logit Competition Index (hierna: LOCI) methode.<sup>26</sup> De toepassing van deze methoden ten aanzien van onderhavige fusie indiceert een mogelijke prijsverhoging ten aanzien van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, zoals in het tabel hieronder te zien is.

**Tabel 3 Mogelijke prijsverhogingen voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg**

	ZLM	Refaja	ZLM en Refaja
WTP Klinisch	2%	5%	3%
LOCI Klinisch	2%	11%	4%
WTP Niet-Klinisch	3%	5%	3%
LOCI Niet-Klinisch	2%	12%	4%

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

Beoordeling zienswijze NZa

65. De NMa merkt op dat deze modellen, zodra er enige overlap is tussen de werkgebieden van de concentratiepartners, altijd een prijsstijging zullen voorspellen. Naarmate er een grotere overlap is tussen de werkgebieden van de beide ziekenhuizen, zullen de voorspelde prijseffecten ook groter worden.<sup>27</sup>
66. De gebruikte modellen zijn uiteraard een stilering van de werkelijkheid en de uitkomsten moeten bezien worden in samenhang met de andere analyses die de NMa in de praktijk gebruikt om voorgenomen concentraties te beoordelen. Voorts geldt dat het door een gebrek aan empirische studies in Nederland op dit moment niet goed mogelijk is om in te schatten in hoeverre de voorspelde prijsstijgingen zich daadwerkelijk voor zullen gaan doen. Tenslotte houden de modellen geen rekening met eventuele efficiency- en synergievoordelen die door de concentratie zouden kunnen worden behaald.

<sup>26</sup> Voor een uitgebreide omschrijving van deze methoden, de werking daarvan, de gebruikte data, etc. wordt verwezen naar de zienswijze van de NZa. Zie de website van de NZa [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>27</sup> Zie ook het besluit in zaak 6951/*Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis de Tjongerschans*, reeds aangehaald, punt 65 t/m 68.

## Openbaar

67. Gelet op de aanwezigheid van andere ziekenhuizen, de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen en het beperkte voorspelde prijseffect dat uit de modellen komt, acht de NMa het in het licht van alle uitgevoerde analyses niet aannemelijk dat zich als gevolg van de voorgenomen concentratie een significante prijsstijging voor zal kunnen doen.

Conclusie t.a.v. klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

68. Uit de reistijdenanalyse, de analyse van herkomst- en bestemmingsgegevens en het kwalitatieve onderzoek in deze zaak blijkt dat partijen (in casu het Scheper ziekenhuis en Refaja) in het grootste deel van hun werkgebieden niet of nauwelijks concurrentiedruk van elkaar ondervinden. Met name op het grensgebied van hun werkgebieden, in de gemeenten Borger-Odoorn en Vlagtwedde, ondervinden partijen concurrentiedruk van elkaar. Partijen zijn voor de patiënten uit deze gemeenten ten opzichte van elkaar de meest nabij gelegen alternatieven. Hoewel deze gemeenten een niet onbelangrijk deel van de instroom van partijen vormen, zijn partijen voor hun instroom niet in grote mate afhankelijk van Borger-Odoorn en Vlagtwedde. In dit verband blijkt uit de uitstroombelastingen dat partijen voor het geheel van hun respectievelijke werkgebieden maar in beperkte mate concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Partijen ondervinden meer concurrentiedruk van andere partijen dan van elkaar. De Raad acht hierbij voorts van belang dat capaciteitsgegevens geen aanleiding geven om te veronderstellen dat er bij deze andere ziekenhuizen onvoldoende capaciteit zou zijn om patiënten die, hetzij uit zichzelf, hetzij vanwege selectieve inkoop door de zorgverzekeraar, niet meer naar partijen willen of kunnen en naar hen zouden willen uitwijken op te kunnen vangen. Ook uitbreiding lijkt in dit verband een reële mogelijkheid om patiënten op te kunnen vangen.
69. Op grond van het bovenstaande acht de Raad het niet aannemelijk dat de mededinging als gevolg van de voorgenomen concentratie significant zou kunnen worden belemmerd.

## 7 BELEIDSREGEL CONCENTRATIES ZORGAANBIEDERS

Zienswijze cliëntenraden

70. De Cliëntenraad S-B en de Cliëntenraad Refaja hebben desgevraagd hun zienswijze gegeven ten aanzien van de gevolgen van de voorgenomen concentratie voor de patiënt, voor de andere ziekenhuizen in de regio en voor de zorgverzekeraars. De Cliëntenraad S-B heeft aangegeven niet onverdeeld positief te staan tegenover de voorgenomen concentratie en

## Openbaar

bedenkingen te hebben vanwege het feit dat de eerdere concentratie tussen het Bethesda Ziekenhuis en het Scheper Ziekenhuis volgens haar nog niet voltooid is. De Cliëntenraad S-B heeft daarnaast aangegeven zich af te vragen of cliënten uit het werkgebied van Refaja niet uiteindelijk voor ziekenhuizen in het noorden zullen kiezen.

71. De Cliëntenraad Refaja heeft aangegeven vooralsnog niet over de concrete informatie te beschikken over de mogelijke invulling van het zorgconcept per ziekenhuis en daardoor geen concrete zienswijze op de gevolgen van de voorgenomen concentratie te kunnen geven. Wel maakt de Cliëntenraad Refaja zich zorgen over de toekomst van Refaja als volwaardig ziekenhuis.

### Zorgspecifieke aspecten

72. Conform de Beleidsregel concentraties zorgaanbieders heeft de Raad aangegeven hoe zij de volgende zorgspecifieke aspecten in haar mededeling heeft betrokken: (i) de transparantie van kwaliteit van zorg; een toenemende transparantie kan van invloed zijn op het keuzegedrag van cliënten en de mate waarin zij kwaliteit daarin betrekken. Wanneer cliënten moeten reizen om zorg af te nemen kan een toename van de transparantie van de kwaliteit van zorg mogelijk hun reisbereidheid vergroten. Vooralsnog hebben patiënten ook bij hun huidige reisbereidheid voldoende alternatieven (zie de punten 49 tot en met 57); (ii) het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten (zie de punten 27 tot en met 35); (iii) de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders: aan een beoordeling van dit element is niet toegekomen omdat patiënten in de geografische markt waarin partijen actief zijn reeds over voldoende alternatieven beschikken; (iv) de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten (zie de punten 59 tot en met 61).

## CONCLUSIE

73. Na onderzoek van deze melding is de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Hij heeft geen reden om aan te nemen dat die concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren.
74. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft geen vergunning is vereist.

**Openbaar**

**Datum: 23 november 2012**

**De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,**

**namens deze:**

**w.g. Aad Kleijweg  
Plv. Directeur Mededinging**

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