

Openbare versie

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

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

Nummer 7295 / 402

Betreft zaak: 7295/TweeSteden ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis

INHOUDSOPGAVE

I	DE PROCEDURE	3
II	PARTIËN	5
III	DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE TEN AANZIEN WAARVAN DE AANVRAAG OM VERGUNNING IS INGEDIEND	6
IV	TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT	6
V	CONCURRENTIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN	6
	Ziekenhuismarkt in transitie	7
	Aspecten van concurrentie tussen ziekenhuizen	11
	Concurrentie tussen ziekenhuizen bij gefuseerde maatschappen	14
	Conclusie	15
VI	BEOORDELING	16
	VI.1 RELEVANTE MARKT	16
	VI.1.1 Relevante productmarkt	16
	VI.1.2 Relevante geografische markt	17
	Geografische markt op basis van patiëntenstromen	18
	Mogelijk ruimere geografische markt	22
	Conclusie geografische markt	23
	VI.2 GEVOLGEN VAN DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE	23
	Positie van partijen en concurrenten op basis van patiëntenstromen	24
	Disciplinering door zorgverzekeraars	27
	Zienswijze NZa	39
	Conclusie gevolgen voorgenomen concentratie	41
VII	PRIJSPLAFOND	41
	Inleiding	41
	Prijsplafond	41
	Monitoring en rapportageverplichting	42
VIII	CONCLUSIE	43

I DE PROCEDURE

1. Op 10 november 2011 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: de NMa) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat stichting TweeSteden ziekenhuis en stichting St. Elisabeth Ziekenhuis voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. Op 20 december 2011 is door de Raad van Bestuur van de NMa (hierna: de Raad) besloten¹ (hierna: het besluit van 20 december 2011) dat voor deze concentratie een vergunning is vereist. Van dit besluit is mededeling gedaan in Staatscourant 2012, nr. 256 van 3 januari 2012.
2. Op 31 mei 2012 is van stichting TweeSteden ziekenhuis en stichting St. Elisabeth Ziekenhuis, hierna samen ook aan te duiden als partijen, de aanvraag om vergunning ontvangen. Partijen hebben door PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (hierna: PwC) een onderzoek laten doen naar de critical en actual loss. Daarnaast heeft PwC interviews met zorgverzekeraars en huisartsen gehouden en heeft zij een review gedaan van de modellen van de NZa.
3. Van de aanvraag om vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 2012, nr. 11605 van 8 juni 2012. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht. In onderhavige zaak is een zienswijze van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) ontvangen. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen, te weten zorgverzekeraars Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep U.A. (hierna: CZ) en Coöperatie VGZ U.A. (hierna: VGZ) en de ziekenhuizen Stichting Amphibia te Breda (hierna: Amphibia), Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch (hierna: JBZ), Stichting Catharina Ziekenhuis te Eindhoven (hierna: Catharina) en Stichting Máxima Medisch Centrum te Veldhoven (hierna: MMC).
4. De door partijen ingediende en van derden ontvangen zienswijzen en reacties worden, voor zover er overwegingen aan zijn ontleend die dragend zijn voor dit besluit, in het navolgende nader uiteengezet.
5. De cliëntenraad van het St. Elisabeth Ziekenhuis heeft in de meldingsfase van onderhavige zaak een zienswijze naar voren gebracht. Daarin heeft hij aangegeven dat het TweeSteden ziekenhuis het meest gereede alternatief vormt voor het St. Elisabeth Ziekenhuis. Voor de overige ziekenhuizen is het sterk afhankelijk van de woonplaats van de

¹ Besluit van 20 december 2011 in zaak 7295/TweeSteden ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis.

betrokkene en het specialisme in hoeverre deze ziekenhuizen een alternatief vormen voor het St. Elisabeth Ziekenhuis. Daarnaast hebben de cliëntenraad van het St. Elisabeth Ziekenhuis en de Patiëntenraad van het TweeSteden ziekenhuis in een gezamenlijke brief van 10 september 2012 aangegeven dat de fusie tussen beide ziekenhuizen het beste is voor de patiënten. De ziekenhuizen kunnen zo hun krachten bundelen en blijven voldoen aan de eisen die zorgverzekeraars en beroepsverenigingen aan hen stellen. De ziekenhuizen kunnen zo blijven investeren in kwalitatieve zorg en beter concurreren met omliggende ziekenhuizen.

6. De medische stafbesturen van het St. Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis hebben op 7 september 2012 gezamenlijk hun zienswijze gegeven op de voorgenomen concentratie. Hierin hebben zij aangegeven dat, vanwege financiële en bestuurlijke complexiteit die met verschuiving van zorg gepaard gaat, een bestuurlijke integratie van beide ziekenhuizen noodzakelijk is. Daarnaast wijst de ondernemingsraad van het St. Elisabeth Ziekenhuis in zijn brief van 7 september 2012 op het belang van de werkgelegenheid en kwaliteitsverbetering voor de fusie tussen partijen.

7. Op 8 juni 2012 zijn nadere vragen ter aanvulling van de aanvraag om vergunning naar partijen uitgestuurd. Op 13 juni 2012 is deze aanvulling van partijen ontvangen. Op grond van artikel 4:15, tweede lid, onder a, van de Algemene wet bestuursrecht, is de termijn eveneens opgeschort geweest van 27 juli 2012 tot en met 3 september 2012, 18 september 2012 tot en met 2 oktober 2012 en 11 oktober 2012 tot en met 1 november 2012. 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 80 dagen opgeschort geweest.

8. Op 27 juli 2012 zijn de punten van overweging, die de voorlopige bevindingen bevatten van de directie Mededinging van de NMa, aan partijen toegezonden. Deze voorlopige bevindingen waren gebaseerd op de uitkomsten van het tot dat moment verrichte onderzoek. De directie Mededinging van de NMa heeft in de punten van overweging de voorlopige conclusie getrokken dat het aannemelijk is dat partijen na de fusie de mogelijkheid zouden hebben hun prijzen te verhogen of kwaliteit te verlagen, omdat (i) beide ziekenhuizen zeer belangrijke concurrenten van elkaar zijn, (ii) andere aanbieders (nog) niet voor voldoende disciplinerende zorgen en (iii) er – ondanks een aantal recente wijzigingen in het financieringsstelsel die de prikkels en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen hebben doen toenemen – vooralsnog onvoldoende aanwijzingen zijn voor het bestaan van compenserende afnemersmacht van de zorgverzekeraars die voldoende zou zijn om de sterke positie van partijen na de voorgenomen concentratie te relativeren.

9. Een versie van deze punten van overweging, waarin de door partijen als vertrouwelijke bedrijfsgegevens aangemerkte informatie is weggelaten, is bovendien toegezonden aan een aantal derde belanghebbenden. Naast partijen, hebben CZ, VGZ, Amphia en JBZ schriftelijk hun zienswijzen naar aanleiding van de punten van overweging naar voren gebracht.

10. Op 14 september 2012 heeft een hoorzitting plaatsgevonden waarin partijen, de NZa en derde belanghebbenden – CZ, VGZ en Amphia – hun zienswijzen naar voren hebben gebracht.

11. De argumenten die partijen, zorgverzekeraars en andere marktpartijen in hun schriftelijke zienswijzen en tijdens de hoorzitting naar voren hebben gebracht, hebben voornamelijk betrekking op de mogelijkheden van zorgverzekeraars om ziekenhuizen te kunnen disciplineren en, daarmee samenhangend, de recente wijzigingen de relevantie van de alternatieven die zorgverzekeraars hierbij tot hun beschikking hebben. In onderhavig besluit zal uitgebreid worden ingegaan op het transitiekarakter van de markt (hoofdstuk V) en de beoordeling van de inschattingen van de disciplinerende door zorgverzekeraars (paragraaf VI.2).

12. Partijen zijn tijdens de procedure in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze naar voren te brengen over feiten en belangen die partijen betreffen en waarop dit besluit steunt en die door derden zijn verstrekt.

13. Partijen hebben zich in het kader van de vergunningaanvraag bij brief van 30 oktober 2012 bereid verklaard toe te zeggen dat de gewogen gemiddelde prijzen van het gefuseerde ziekenhuis in het vrije segment niet meer zullen stijgen dan het door partijen voorgestelde prijsplafond (zie punten 136 tot en met 140).

II. PARTIJEN

14. Stichting TweeSteden ziekenhuis (hierna: TSZ) is een stichting naar Nederlands recht. TSZ is actief op het gebied van klinische en niet-klinische² algemene ziekenhuiszorg en topklinische ziekenhuiszorg.

² 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.

15. Stichting St. Elisabeth Ziekenhuis (hierna: het SEZ) is een stichting naar Nederlands recht. Het SEZ is actief op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topklinische en topreferente ziekenhuiszorg.

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

16. De operatie ten aanzien waarvan de aanvraag om vergunning is ingediend, betreft het voornemen van TSZ en SEZ om bestuurlijk te fuseren. De leden van de Raden van bestuur en Raden van Toezicht van TSZ en SEZ zullen zitting krijgen in één enkele Raad van Bestuur respectievelijk Raad van Toezicht van een koepelstichting. De Raad van Bestuur van de koepelstichting zal, onder het toezicht van de Raad van Toezicht van de koepelstichting, verantwoordelijk zijn voor de activiteiten van de beide stichtingen TSZ en SEZ en de stichtingen op strategisch niveau aansturen. TSZ en SEZ behouden ieder een gedelegeerde Raad van Toezicht. Deze zal uitsluitend toezicht houden op de uitvoering van het centraal vastgestelde beleid van de Raad van Toezicht van de koepelstichting en zal dus niet de mogelijkheid hebben strategische beslissingen van de desbetreffende stichting te beïnvloeden. De hierover tussen partijen gemaakte afspraken zijn vastgelegd in het door partijen ondertekende memo "Samenvatting intenties bestuurlijk integratie" van 1 december 2011.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT

17. Zoals reeds in het besluit van 20 december 2011 werd vastgesteld, is het beoogde resultaat van de voorgenomen operatie dat twee of meer van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren. De operatie ten aanzien waarvan de aanvraag om vergunning is ingediend, is derhalve een concentratie in de zin van artikel 27 eerste lid, onder a, van de Mededingingswet.

18. Betrokken ondernemingen zijn TSZ en SEZ.

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

V. CONCURRENTIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN

20. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de concurrentie tussen ziekenhuizen. Vastgesteld wordt dat sprake is van een markt in transitie. Recentelijk is een aantal

belangrijke wijzigingen in de financierings- en bekostigingsstructuur doorgevoerd, die ervoor zorgen dat het meer dan voorheen loont voor zorgverzekeraars om scherp te onderhandelen met ziekenhuizen. De onderhandelingen in 2012 blijken evenwel beïnvloed te zijn door andere beleidsontwikkelingen, zoals een nieuwe indeling van de producten die ziekenhuizen leveren. In dit hoofdstuk komen, naast de wijze waarop de onderhandelingen in 2012 zijn gevoerd, ook de relevante aspecten die onderdeel uitmaakten van deze onderhandelingen – prijs, hoeveelheid en kwaliteit – aan de orde.

Ziekenhuismarkt in transitie

21. De NMa is in 2004 gestart met het materieel beoordelen van concentraties in de ziekenhuiszorg.³ Na uitgebreide analyse heeft de NMa toen geconcludeerd dat er ruimte is voor concurrentie tussen ziekenhuizen. Immers, ziekenhuizen kunnen zich op grond van de wet- en regelgeving als aanbieders van ziekenhuiszorg van elkaar onderscheiden, waardoor zij hun inkomsten kunnen beïnvloeden. Voorts heeft de NMa geconcludeerd dat uit praktijkvoorbeelden is gebleken dat er ook daadwerkelijk concurrentie is. Ook in het huidige tijdgewricht zijn er voorbeelden waaruit dit blijkt. Zo treden zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's) toe⁴, zijn er lichte verschuivingen van marktaandeelen⁵ opgetreden en worden er buitenpoli's geopend. Zowel TSZ als omliggende ziekenhuizen JBZ en Amphia hebben in de afgelopen jaren een buitenpoli geopend. De effecten van concurrentie tussen ziekenhuizen komen met name tot uitdrukking in de onderhandelingen op prijs, volume en kwaliteit met zorgverzekeraars.

22. Sinds 2004 zijn belangrijke stappen genomen om de werking van het zorgstelsel, dat gebaseerd is op gereguleerde marktwerking, te verbeteren. Vanaf 1 februari 2005 gelden er vrije prijzen voor ongeveer 10% van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment, dit is vanaf 1 januari 2008 tot 20% uitgebreid, op 1 januari 2009 tot 34% en op 1 januari 2012 tot 70%. Tevens is in 2006 de Zorgverzekeringswet⁶ (hierna: Zvw) ingevoerd. De bedoeling

³ Zie het Visiedocument van de NMa *Concurrentie in de ziekenhuissector* van 22 januari 2004 en het besluit van 28 januari 2004 in zaak 3524/*Leyenburg Ziekenhuis — Rode Kruis-Juliana Kinderziekenhuis*.

⁴ Momenteel zijn er ongeveer 300 ZBC's actief in Nederland. De meeste ZBC's zijn toegetreden in de afgelopen tien jaar. Zie NZa, *Monitor Zelfstandige behandelcentra, Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse* (2012).

⁵ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ), *Zorg op doorreis. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2011* (2011), p. 73 en verder en NVZ, *Zorg voor baten. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2010* (2010), p. 87 en verder.

⁶ Zie Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, pagina 25.

Openbare versie

van de Zvw is dat zorgverzekeraars zorgaanbieders aanzetten tot het leveren van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg.⁷

a. Recente wijzigingen

23. Tot 2012 werden de inkoopkosten van zorgverzekeraars met betrekking tot medisch specialistische zorg voor een groot deel nagecalculeerd.⁸ De door een zorgverzekeraar te bereiken inkoopwinst kwam daardoor slechts voor een klein deel ten gunste van die inkopende zorgverzekeraar waardoor een eventueel positief effect op de premie van de zorgverzekering zeer beperkt was. De (commerciële) risico's van scherp inkopen waren daarbij voor zorgverzekeraars juist vrij groot gezien het beperkte vertrouwen van de patiënt in de zorgverzekeraar met betrekking tot de vraag of deze wel de juiste keuzes maakt in zijn inkoopbeleid.

24. Van 2011 op 2012 heeft een tweetal wijzigingen plaatsgevonden in de financierings- en bekostigingsstructuur.

1. Het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuisbekostiging (het B-segment), is uitgebreid van 34% naar 70% van de ziekenhuiskosten. Daarmee is veruit het grootste deel van de ziekenhuiskosten vrij onderhandelbaar. Dit legt een groter gewicht op de prijsonderhandelingen.⁹
2. in de periode 2012-2014 wordt de ex post risicoverevening/nacalculatie geleidelijk afgebouwd. Dit houdt in dat zorgverzekeraars de financiële gevolgen van hun inkoopbeslissingen in grotere mate zullen dragen.

25. Met deze wijzigingen beoogt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister van VWS) dat zorgverzekeraars worden geprikkeld om scherp in te kopen en daarmee hun voorziene rol op te pakken. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders krijgen meer stimulansen en mogelijkheden om afspraken te maken over het toepassen van meer doelmatige

⁷ Voor een uitgebreidere beschrijving van de rol van de zorgverzekeraar in het zorgstelsel zie ook het besluit van de NMa in zaak 7051/Eureka — De Friesland.

⁸ Zie de brief *Zorg die loont* van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 14 maart 2011 (kenmerk CZ- IPZ3056686).

⁹ De uitbreiding van de prestatiebekostiging van 30% naar 70% en de conversie van DBC's naar DOT's kunnen tot ongewenste omzetschommelingen leiden (zie punt 29). Om deze ongewenste omzetschommelingen te dempen wordt de omzet die wordt verkregen uit de declaratie van DOT's en overige zorgproducten in 2012 vergeleken met het bedrag dat zou zijn verkregen wanneer het ziekenhuis op basis van het functiegerichte budget (FB) zou zijn bekostigd (het zogenoemde schaduw-FB). Het verschil tussen de omzet 2012 uit prestatiebekostiging en het schaduw-FB vormt het zogenoemde transitiebedrag. Het verschil tussen de daadwerkelijke omzet uit prestatie-bekostiging en het schaduw-FB wordt in 2012 grotendeels bijgepast (als de budgetbekostiging hoger was geweest) of moet worden afgedragen (als de budgetbekostiging lager was geweest). In 2012 wordt 95% van het transitiebedrag bijgepast. In 2013 is dit nog 70%. Daarna geldt geen compensatie meer.

werkwijzen en het verbeteren van kwaliteit, rekening houdend met de wensen van patiënten.¹⁰ Ziekenhuizen die het goed doen kunnen groeien ten koste van ziekenhuizen die minder goed presteren op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid.

b. Bestuurlijke context

26. De context waarin zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar onderhandelen wordt in de periode van 2012 tot 2015 tevens bepaald door het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord dat door de brancheverenigingen van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is afgesproken (hierna: Hoofdlijnenakkoord).¹¹ Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben afgesproken zich in te spannen voor een beperking van de groei in zorgkosten (maximale volumestijging van 2,5%).¹² Uit het marktonderzoek in onderhavige zaak blijkt dat de insteek van de zorgverzekeraars bij de onderhandelingen voor 2012 inderdaad was om binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord te blijven. Voor zorgverzekeraars is er daarbij enige ruimte om volume te verschuiven tussen ziekenhuizen waardoor doelmatigere ziekenhuizen meer kunnen groeien dan 2,5%.

27. Een van de aangewezen routes in het Hoofdlijnenakkoord om aan dit uitgangspunt te voldoen is een herinrichting van het zorglandschap. Hierbij gaat het om het specialiseren en spreiden van zorg en het zo nodig afbouwen van overbodige ziekenhuiscapaciteit. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplichten zich er in het Hoofdlijnenakkoord toe om spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties te bewerkstelligen, daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is.¹³

28. Specialisatie en concentratie van zorg zal, gedreven door de normen van wetenschappelijke verenigingen, zo is de verwachting, er uiteindelijk toe leiden dat minder ziekenhuizen dezelfde behandeling aanbieden.¹⁴

c. Onderhandelingen 2012

¹⁰ Zie de brief *Zorg die loont* van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 14 maart 2011 (kenmerk CZ-IPZ3056686).

¹¹ *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015* tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag 4 juli 2011.

¹² Exclusief loon- en prijsbijstelling.

¹³ Hoofdlijnenakkoord, zie voetnoot 11.

¹⁴ Zie Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Medisch specialistische zorg in 20/20* (september 2011), Regieraad Kwaliteit van Zorg, *Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg* (januari 2012) en *Wiegel zinspeelt op minder ziekenhuizen*, Skipr 10 september 2011 (<http://www.skipr.nl/actueel/id8565-wiegel-zinspeelt-op-minder-ziekenhuizen.html>).

29. De onderhandelingen van 2012 zijn volgens ziekenhuizen en zorgverzekeraars anders verlopen ten opzichte van de periode daarvoor en zijn niet zonder problemen geweest. Een belangrijk aspect waardoor het onderhandelen op prijs en volume voor bepaalde behandelingen moeilijk van de grond kwam, is gelegen in de recente wijzigingen van het prestatie- en tarifieringssysteem. Van 2011 naar 2012 heeft er een overgang plaatsgevonden van DBC's¹⁵ naar DOT's^{16, 17}. Dit betreft een andere omschrijving van te declareren prestaties. Het aantal DBC's is teruggebracht van ongeveer 40.000 naar ongeveer 4000 DOT's. Zorgverzekeraars hebben in het marktonderzoek in onderhavige zaak aangegeven dat zij daardoor de producten die ziekenhuizen in 2011 aanboden niet goed konden vergelijken met de producten in 2012. Daarnaast bleek het lastig om reële prijzen te bepalen voor de DOT's.

30. Deze conversie verandert niets aan de prikkels van de zorgverzekeraar, maar heeft in 2012 wel gevolgen voor de mogelijkheden van zorgverzekeraars om goed te onderhandelen.¹⁸ Vanwege de eerder genoemde overgang van DBC's naar DOT's is het moeilijker om prijzen van voorgaande jaren te vergelijken. Zorgverzekeraars baseren de prijsonderhandelingen nu op een vergelijking van de offertes van de verschillende ziekenhuizen. Dit maakt onderhandelen lastig.

31. In meerderheid hebben de zorgverzekeraars er daarom voor gekozen om in 2012 een afspraak met ziekenhuizen te maken over de totale omzet, bijvoorbeeld een zorgkostenplafond of een aanneemsom. Prijzen per product worden veelal pas afgesproken nadat eerst de rest van het contract is uitonderhandeld en weerspiegelen in het geval van een lumpsum niet per se een reëel prijsniveau, maar dienen als sluittarief ter dekking van de afgesproken omzet. In de offertes van ziekenhuizen moet wel per behandeling een prijs geoffreerd worden.

32. Zorgverzekeraars hebben daarnaast aangegeven dat het in 2012 niet of nauwelijks mogelijk was om ziekenhuiszorg selectief in te kopen, omdat zij niet op tijd in hun polisvoorwaarden hadden kunnen opnemen dat zij bepaalde ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen niet zouden contracteren. Dit lag volgens hen aan het feit dat de onderhandelingen voor 2012 laat zijn gestart en werden bemoeilijkt door de overgang van DBC's

¹⁵ Diagnosebehandelcombinatie.

¹⁶ DOT staat voor *DBC's op weg naar Transparantie*, ook wel *DBC-zorgproducten* genoemd.

¹⁷ Zie de brief *Definitief besluit DOT* van de NZa aan de Minister van VWS van 30 juni 2011 (kenmerk 11D0023352).

¹⁸ Zie P. van de Poel, *Voorsorteren voor selectieve zorginkoop*, Skopr nr. 9, september 2012 en Meersma, K. en B. van Schelven, *Euro's voor de zorg, contracteren van medisch specialistische zorg in 2012* (2012) en de brief *Evaluatie contractering medisch specialistische zorg 2012* van de NZa aan de Minister van VWS van 3 juli 2012 (kenmerk 12D0022450).

naar DOT's. In enkele gevallen waren de onderhandelingen in de tweede helft van dit jaar nog niet afgerond.¹⁹ Doordat zorgverzekeraars in de polisvoorwaarden voor 2012 nog niet duidelijk konden aangeven welke aanbieders zij niet zouden gaan contracteren, konden zorgverzekeraars, naar eigen zeggen, niet realistisch dreigen met het feit dat zij patiënten naar andere ziekenhuizen zouden sturen voor een bepaalde behandeling door beperkt of geen volume in te kopen. Om herhaling hiervan te voorkomen zijn zorgverzekeraars de onderhandelingen voor 2013 eerder gestart. Nog onduidelijk is of de onderhandelingen voor het einde van 2012 afgerond kunnen worden zodat zorgverzekeraars hierover transparant kunnen zijn in hun polissen.

33. Een ander knelpunt dat tijdens de onderhandelingen van 2012 is ervaren, is de interpretatie van het Hoofdlijnenakkoord.²⁰ Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat selectieve inkoop is bemoeilijkt door de contracteerdadline die betrokkenen zichzelf hebben opgelegd. Ook worden de diffuse spelregels rond het verdelen van de groei ruimte genoemd als obstakel voor selectieve inkoop.²¹

34. Uit het marktonderzoek is gebleken dat 2012 voor de zorgverzekeraars een jaar is waarin ze hun mogelijkheden om te onderhandelen nog niet optimaal hebben kunnen inzetten. De verwachting van de zorgverzekeraars is dat de onderhandelingen voor 2013 en verder in de toekomst steeds beter zullen verlopen, aangezien de informatiepositie – meer en betere informatie – de komende jaren steeds beter zal worden en zij de ervaringen uit 2012 kunnen meenemen. Het is wel de vraag of die verbeterde informatiepositie ook op een disciplinerende manier kan worden ingezet richting zorgaanbieders. Het is op voorhand moeilijk vast te stellen of de DOT-systematiek volgend jaar de kinderziekten ontgroeid is en alle benodigde informatie oplevert om selectief te contracteren²² en wanneer de transitieperiode zal zijn beëindigd.

d. Samenvatting

35. De prikkels en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen zijn recent verder toegenomen. 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.

Aspecten van concurrentie tussen ziekenhuizen

¹⁹ Uit het marktonderzoek in onderhavige zaak is gebleken dat verschillende zorgverzekeraars in de tweede helft van 2012 nog met een aantal ziekenhuizen in Nederland in onderhandeling waren.

²⁰ Zie de brief *Evaluatie contractering medisch specialistische zorg 2012* van de NZa aan de Minister van VWS van 3 juli 2012 (kenmerk 12D0022450).

²¹ Zie P. van de Poel, *Voorsorteren voor selectieve zorginkoop*, Skirp nr. 9, september 2012.

²² Zie P. van de Poel, *Voorsorteren voor selectieve zorginkoop*, Skirp nr. 9, september 2012.

36. Uit het marktonderzoek in onderhavige zaak blijkt dat tijdens de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars meerdere aspecten kunnen worden besproken, maar dat in ieder geval prijs, hoeveelheid en kwaliteit aan bod komen. Dit is relevant omdat een concentratie toekomstige onderhandelingen juist op deze aspecten kan beïnvloeden. Hieronder wordt kort ingegaan op deze drie aspecten.

a. Prijs en hoeveelheid

37. Zorgverzekeraars streven, mede als gevolg van het Hoofdlijnenakkoord, naar het terugbrengen van het volume.²³ Tegelijkertijd proberen zorgverzekeraars, de een meer expliciet dan de ander, zo laag mogelijke prijzen te bedingen voor de verschillende behandelingen.

38. In de markt voor ziekenhuiszorg lijken hoeveelheid (volume) en prijs zich onafhankelijk van elkaar te ontwikkelen.²⁴ Zorgverzekeraars hebben er dan ook belang bij zich zowel te richten op het terugdringen van volume als op het voor hen en hun verzekerden in gunstige zin beïnvloeden van de prijsontwikkeling. Een concentratie zou dit laatste kunnen doorkruisen en juist tot gevolg kunnen hebben dat er significante prijsverhogingen resulteren. Het terugdringen van volume ziet de NMa als een beleidsdoel dat los staat van het concentratietoezicht, en waarvan de relatie met concentratie ook niet eenduidig kan worden gegeven. De NMa richt zich in het vervolg van onderhavig besluit derhalve op de mogelijke risico's die onderhavige concentratie zou kunnen hebben op de prijsontwikkeling.

b. Kwaliteit

39. Kwaliteit van zorg is, naast bereikbaarheid, een belangrijk aspect waarop patiënten hun keuze voor een ziekenhuis baseren.²⁵ Ziekenhuizen ervaren bij voldoende concurrentie dan ook een prikkel om een zo goed mogelijke kwaliteit te leveren. Ziekenhuizen en ZBC's die in dezelfde regio actief zijn, houden elkaar scherp door bijvoorbeeld te investeren in medische technologie, het aantrekken van de beste specialisten, een goede naleving van

²³ Uit het marktonderzoek in onderhavige zaak blijkt dat er onderhandelingen zijn gevoerd op basis van aanneemsommen of lumpsum. Zie ook P. van de Poel, *Voorsorteren voor selectieve zorginkoop*, Skipr nr. 9, september 2012.

²⁴ Een oorzaak hiervan zou gelegen kunnen zijn in het feit dat de zorgvraag door het aanbod zou kunnen worden beïnvloed en niet zozeer door de prijs van het product (aanbod geïnduceerde vraag).

²⁵ NZa, *Van labels naar feiten, Stand van de zorgmarkten* (2012), Intomart GfK, *GfK ZiekenhuisMonitor* (juni 2012), (<http://www.intomartgfk.nl/imperia/md/content/intomart/gfkziekenhuismonitor.pdf>)

en NZa, *Visiedocument Richting geven aan keuzes, Kunnen zorgverzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?* (2007).

hygiëne- en veiligheidsvoorschriften, het kiezen van specialisten om in te excelleren om zich van hun concurrenten te onderscheiden en daarnaast op service aspecten als korte wachttijden, ruime openingstijden, het ontwikkelen van *one-stop-shop*-modellen of het opzetten van nieuwe locaties om patiënten te trekken.²⁶ Deze prikkel vermindert als een belangrijke concurrent wegvalt.

40. Bij de vraag of een bepaalde concentratie zal kunnen leiden tot een verminderde prikkel tot het leveren van de beste kwaliteit ofwel een kwaliteitsdaling is de reactie van patiënten hierop van groot belang. Zouden deze namelijk in reactie op een, bewuste of onbewuste, kwaliteitsdaling (al dan niet na advies van huisarts of bemiddeling door de zorgverzekeraar) in substantiële aantallen naar andere ziekenhuizen gaan, dan zou het fusieziekenhuis geprikkeld moeten zijn kwaliteitsdalingen achterwege te laten. Studies van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ)²⁷ en Varkevisser c.s.²⁸ tonen voor een aantal specifieke behandelingen aan dat patiënten in Nederland daadwerkelijk reageren op kwaliteitsverschillen.²⁹

41. Zorgverzekeraars disciplineren ziekenhuizen bovendien in toenemende mate op het punt van kwaliteit. Zo blijkt uit de punten 95 tot en met 98 onder meer dat zorgverzekeraars vanaf 2011 niet langer (of selectiever) ziekenhuizen contracteren die niet (of in onvoldoende mate) voldoen aan volume- en andere kwaliteitsnormen.

42. Een concentratie kan er ook toe leiden dat de kwaliteit wordt verhoogd.³⁰ Partijen en zorgverzekeraars zien dat zelf als belangrijkste reden voor de concentratie. Partijen wijzen op studies die volgens hen aantonen dat er sprake is van een positieve relatie tussen de omvang van ziekenhuizen (in termen van hoeveelheid productie) en de kwaliteit.

²⁶ Meijer, S., R. Douven en B. van den Berg, *Recent developments in Dutch hospitals. How does competition impact on inpatient care?*, CPB Memorandum 239, 3 maart 2010.

²⁷ NVZ, *Zorg op doorreis. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2011* (2011) en Sonneveld, J. en J. Heida, *Reisgedrag van patiënten* (2011), Economisch Statistische Berichten 4623, p. 96.

²⁸ Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, *Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands* (2012), *Journal of Health Economics* 31, p. 371-378.

²⁹ Op basis van deze studies is het echter niet mogelijk om vast te stellen in welke mate patiënten zullen reageren op een kwaliteitsdaling en hoe ver zij bereid zijn te reizen in deze specifieke casus.

³⁰ Een recente publicatie van de OESO laat zien dat, op basis van een analyse van meerdere studies in verschillende landen, er geen eenduidige relatie tussen concentratie en kwaliteit kan worden afgeleid. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Policy round table *Competition in Hospital Services*, 5 juni 2012, DAF/COMP(2012)9.

Partijen hebben voor een aantal ziektebeelden concreet aangeven welke gezondheidswinst door de fusie naar verwachting gerealiseerd zal worden.³¹

43. De grootste zorgverzekeraars in de regio verwachten eveneens dat door de fusie de kwaliteit wordt verbeterd. In de punten 88 en 89 van dit besluit wordt hier nader op ingegaan. Daarnaast geven andere marktpartijen die in het kader van onderhavige zaak bevraagd zijn – Amphia en JBZ – ook aan kwaliteitsvoordelen te verwachten als gevolg van onderhavige concentratie. Er zijn tijdens het onderzoek van de NMa in de vergunningsfase geen opvattingen naar voren gebracht waaruit het tegenovergestelde blijkt.

44. Naast de gestelde kwaliteitsverbetering, geven partijen aan dat de fusie ook voordelen heeft ten aanzien van de aansturing van hun medisch specialisten. Zij stellen dat centrale aansturing noodzakelijk is om de gezondheidswinst (kwaliteitsverbetering) te realiseren. Tot slot brengen partijen naar voren dat de fusie leidt tot financiële efficiëntie.

45. In welke verhouding de gestelde kwaliteitsverbeteringen staan ten opzichte van de als gevolg van de onderhavige concentratie verminderde prikkel om een zo goed mogelijke kwaliteit te leveren is voor de NMa moeilijk te beoordelen. Dit heeft enerzijds te maken met het medische karakter van de gestelde kwaliteitsverbeteringen en anderzijds met de mogelijkheid dat kwaliteitsvoordelen die uit onderhavige concentratie kunnen voortvloeien ook tot substantiële besparingen kunnen leiden. Gelet op het bovenstaande, zal de NMa in het vervolg van dit besluit de mogelijkheid dat de concentratie zou leiden tot kwaliteitsdalingen niet verder onderzoeken.³² De focus van dit besluit zal liggen op de mogelijke gevolgen van de onderhavige concentratie voor de prijs.

Concurrentie tussen ziekenhuizen bij gefuseerde maatschappen

46. Partijen hebben aangegeven dat zij op veel vlakken op verschillende manieren met elkaar samenwerken, waaronder via zogenoemde brugmaatschappen (gefuseerde maatschappen). Deze maatschappen zijn in beide ziekenhuizen actief. De gezamenlijke activiteiten beslaan volgens partijen circa [...] % van de totale omzet van partijen. Partijen

³¹ Het gaat om hartinfarct, hartfalen, hartstilstand, vroeggeboorte, moedersterfte, borstkanker, acute pancreatitis, vervangen gewricht, ovariumkanker en staar.

³² Ten overvloede kan nog worden opgemerkt dat uiteindelijk Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houdt op de kwaliteit van de zorg in Nederland.

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

betwijfelen of patiënten van TSZ en SEZ het andere fusieziekenhuis daadwerkelijk als alternatief zien en bij alternatieven niet juist eerder kijken naar omliggende ziekenhuizen.

47. De NMa beoordeelt op basis van de Mededingingswet de fusie tussen de ziekenhuizen als geheel, ongeacht of delen van de zorg worden aangeboden door brugmaatschappen. De maatschappen die werkzaam zijn in een ziekenhuis hebben geen zelfstandig toegang tot de markt, maar zijn afhankelijk van de contracten die het ziekenhuis met de zorgverzekeraars maakt. Medisch specialisten binnen een gefuseerde maatschap kunnen enkel schuiven met volume tussen beide ziekenhuizen indien deze ziekenhuizen hiervoor toestemming hebben gegeven. De medisch specialist werkt bovendien alleen voor dat ene ziekenhuis en biedt zijn diensten niet aan een ander ziekenhuis aan, tenzij hij daarvoor toestemming verkrijgt van beide ziekenhuizen. Dat dit in Tilburg ook zo is, blijkt onder andere uit het voorbeeld van de verplaatsing van alle liesbreuken naar het TSZ. TSZ en SEZ hebben hiervoor expliciet toestemming gegeven aan de gefuseerde maatschap. Het ziekenhuis vormt derhalve samen met de medisch specialist/de maatschap een economische eenheid. Bij een concentratie tussen twee ziekenhuizen beoordeelt de NMa de fusie van de beide economische eenheden derhalve als geheel.

48. Hoewel de medische kwaliteit van dienstverlening van sec de brugmaatschap mogelijk gelijk zal zijn in beide ziekenhuizen, omdat dezelfde medisch specialisten de behandeling zullen uitvoeren, levert elk ziekenhuis bovenop deze dienstverlening nog additionele diensten. Tezamen vormen de diensten van de medisch specialist en het ziekenhuis de behandeling zoals deze gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraars en gepercipieerd wordt door de patiënten. Het feit dat er brugmaatschappen zijn, laat onverlet dat partijen zich van elkaar kunnen blijven onderscheiden op het gebied van kwaliteit en zeker op het gebied van prijs.

Conclusie

49. De NMa beoordeelt de fusie tussen TSZ en SEZ als geheel, inclusief de reeds gefuseerde maatschappen. Aangezien de NMa in het onderhavige besluit de focus legt op de gevolgen voor de prijs (zie punt 45), zal bij de beoordeling van de gevolgen van onderhavige concentratie met name worden gekeken naar de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Deze beoordeling vindt plaats tegen de achtergrond van een markt in transitie. Hierbij zijn de inschattingen hoe de markt zich zal gaan ontwikkelen van de betrokkenen bij deze onderhandelingen – de ziekenhuizen, maar bovenal de zorgverzekeraars – meegenomen. Hoe deze markt zich daadwerkelijk zal gaan ontwikkelen, is echter onzeker, gelet op de transitiefase waarin de markt zich bevindt. De

mate waarin waarde wordt toegekend aan de mogelijkheden van zorgverzekeraars om in de toekomst ziekenhuizen te kunnen disciplineren, heeft gevolgen voor de afbakening van de geografische markt (zie punten 56 t/m 74) en de gevolgen van de concentratie (zie punten 75 t/m 125).

VI BEOORDELING

50. In het besluit van 20 december 2011 is aangegeven dat er reden is om aan te nemen dat de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg en de markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg op significante wijze zou kunnen belemmeren. Het onderzoek in de vergunningsfase heeft ook aanwijzingen opgeleverd dat onderhavige concentratie, onder omstandigheden, niet zal leiden tot een significante belemmering van de mededinging. Of de omstandigheden zich voordoen is afhankelijk van de toekomstige ontwikkeling van de zich momenteel in een transitiefase bevindende markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Meer in het bijzonder gaat het om de toekomstige rol van zorgverzekeraars in de onderhandelingen op prijs met ziekenhuizen en de mate van disciplineren van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen. De onzekerheid die samenhangt met de transitiefase waarin de markt zich momenteel bevindt leidt ertoe dat het mogelijk is dat de zorgverzekeraars in de nabije toekomst nog onvoldoende in staat blijken te zijn de ziekenhuizen na de concentratie op prijs te disciplineren waardoor het risico bestaat dat, als gevolg van de concentratie de mededinging significant zal worden belemmerd, waardoor prijsverhogingen zullen kunnen ontstaan.

51. Allereerst wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de afbakening van de relevante markt. Vervolgens wordt uiteengezet wat de effecten zijn van onderhavige concentratie. In deze effectanalyse zal uitgebreid aan de orde komen wat de mogelijkheden voor disciplineren van de zorgverzekeraars zijn en hoe aannemelijk het is dat zij deze mogelijkheden effectief kunnen inzetten om partijen te disciplineren.

VI.1 RELEVANTE MARKT

52. De marktafbakening valt in twee onderdelen uiteen: de productmarkt en de geografische markt. Hierna volgen de belangrijkste bevindingen en conclusies per onderdeel.

VI.1.1 Relevante productmarkt

Het besluit van 20 december 2011

53. In lijn met eerdere besluiten³³ is in het besluit van 20 december 2011 op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodssubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van aparte relevante markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Er is geen nader onderscheid gemaakt naar specialismen, omdat de beoordeling van de gevolgen per specialisme niet significant zal afwijken van de beoordeling van de gevolgen op de markten voor algemene ziekenhuiszorg.

Opvatting partijen

54. Partijen onderschrijven voornoemde afbakening van de productmarkt.

Conclusie relevante productmarkt

55. De Raad sluit in dit besluit aan bij de afbakening van de productmarkt in het besluit van 20 december 2011. In onderhavige zaak wordt derhalve uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor (i) klinische algemene ziekenhuiszorg en (ii) niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

VL1.2 Relevante geografische markt

56. Zoals in punt 49 is aangegeven is de omvang van de geografische markt onder andere afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars in staat zullen zijn in toekomstige onderhandelingen ziekenhuizen te disciplineren. Hieronder zal de NMa eerst de relevante geografische markt bepalen op een vergelijkbare manier als in het besluit van 20 december 2011. Daarbij wordt gekeken naar de ligging van de ziekenhuizen van partijen ten opzichte van andere ziekenhuizen en wordt een analyse gemaakt van de patiëntenstromen (bestaande uit een analyse van naar welke ziekenhuizen de inwoners van verschillende gemeenten gaan en het belang van deze gemeenten voor de fusiepartners). Daarnaast zal, mede op grond van informatie verstrekt door en opvattingen van partijen en marktpartijen (met name de zorgverzekeraars), de mogelijkheid van een ruimere geografische marktomvang nader worden uitgewerkt.

Ligging Ziekenhuizen

³³ Zie onder meer het besluit in zaak 3524/ *Ziekenhuis Leyenburg – Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis*, reeds aangehaald, punten 45 tot en met 48, het besluit van 15 juli 2004 in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punten 14 en 15, het besluit in de vergunningsfase van 25 maart 2009 in zaak 6424/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, punten 12 tot en met 17, het besluit van 18 februari 2010 in zaak 6669/*Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis*, punt 28 en het besluit van 6 september 2010 in zaak 6951/*Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis De Tjongerschans*, punt 12.

57. SEZ is uitsluitend actief vanuit haar vestiging in Tilburg (klinische en niet- klinische algemene ziekenhuiszorg). TSZ is actief vanuit haar vestigingen in Tilburg en Waalwijk (klinische en niet- klinische algemene ziekenhuiszorg) en Oisterwijk (niet-klinische algemene ziekenhuiszorg). Een en ander is weergegeven op de kaart in bijlage 1.

58. Rondom partijen zijn meerdere ziekenhuizen gevestigd. Het gaat om de volgende ziekenhuizen: Amphia, gevestigd in Breda en Oosterhout, met een polikliniek in Etten-Leur, JBZ, gevestigd in 's-Hertogenbosch, met poliklinieken in Boxtel, Nieuwkuijk (gemeenten Heusden) en Rosmalen, MMC, in Eindhoven en Veldhoven, Catharina, gevestigd in Eindhoven en St. Anna Zorggroep³⁴, gevestigd in Geldrop, met een polikliniek in Eindhoven. De hoofdlocaties van deze ziekenhuizen zijn op circa 30 minuten gelegen van de hoofdlocaties van partijen.

Het besluit van 20 december 2011

59. In het besluit van 20 december 2011 is op basis van de resultaten van de reistijdenanalyse en de herkomstgegevens van patiënten uitgegaan van geografische markten voor klinische en niet- klinische algemene ziekenhuiszorg die uitsluitend de werkgebieden van partijen omvatten of hooguit een ruimer gebied waarin ook Amphia actief is. De exacte geografische marktafbakening is evenwel in het midden gelaten.

Geografische markt op basis van patiëntenstromen

60. Gerealiseerde patiëntstromen geven inzicht in welke ziekenhuizen ten minste reële alternatieven zijn voor elkaar. Een analyse van patiëntenstromen vormt derhalve een belangrijk startpunt voor de afbakening van de geografische markt. Aan de hand van patiëntenstromen heeft de NMa in kaart gebracht (a) welk deel van de patiënten uit de verschillende gemeenten in de werkgebieden van partijen naar de ziekenhuizen van partijen gaat dan wel uitstroomt naar andere ziekenhuizen (belang van ziekenhuis voor gemeenten) en (b) welk deel van de patiënten van de ziekenhuizen uit de verschillende gemeenten komt (belang van gemeenten voor ziekenhuis).

61. Analyse van de patiëntenstromen³⁵ laat een vergelijkbaar beeld zien voor klinische opnamen, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken (hierna: EPB) in 2010. Omwille van de overzichtelijkheid worden in het onderhavige besluit enkel de gegevens over klinische opnamen in

³⁴ Er zijn nauwelijks reisstromen vanuit de werkgebieden van TSZ en SEZ naar het St. Anna Ziekenhuis. Daarom zal in onderhavig besluit niet verder worden ingegaan op de concurrentiedruk die uitgaat van het St. Anna Ziekenhuis op partijen.

³⁵ De patiëntenstromen zijn berekend aan de hand van data uit de Landelijke Medische Registratie (LMR/LAZR) van de Stichting Dutch Hospital Data over 2010. Deze data zijn opgevraagd bij KIWA Prismant en bevatten patiëntenstromen opgesplitst in klinische opnamen, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken. In de data zijn geen gegevens opgenomen betreffende ZBC's.

2010 gepresenteerd. De volledige tabellen zijn opgenomen in bijlage 2. De data omvat zowel de patiëntstromen voor algemene ziekenhuiszorg als voor topklinische ziekenhuiszorg (inclusief academische zorg).³⁶ Dit betekent dat de analyse van de patiëntenstromen voor wat betreft de ziekenhuizen die topklinische zorg aanbieden een overschatting laat zien van de mate waarin voor de algemene ziekenhuiszorg naar deze ziekenhuizen wordt gereisd. Immers een deel van de reisstromen naar deze ziekenhuizen zal verklaard kunnen worden door het unieke aanbod van deze ziekenhuizen.³⁷

Ad (a) Belang van ziekenhuis voor gemeenten

62. Er zijn duidelijke verschillen tussen de posities van partijen en marktpartijen in de gemeenten in groep A (Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Loon op Zand, Oisterwijk en Waalwijk), groep B (Dongen, Haaren, Reusel-De Mierden, Alphen- Chaam, Gilze en Rijen, Baarle-Nassau, Oirschot, Heusden en Aalburg) en groep C (Bladel, Geertruidenberg, Vught, Oosterhout en Boxtel).

³⁶ Behandelingen waarvoor een vergunning is vereist op basis van de Wet op bijzondere medische verrichtingen worden in ieder geval gerekend tot de topklinische ziekenhuiszorg.

³⁷ Zie ook het besluit van 29 juni 2012 in zaak 7398/*Vlietland Ziekenhuis – Sint Franciscus Gasthuis*, punt 18.

Tabel 1: Patiëntenstromen op basis van klinische opnamen 2010, belang ziekenhuis voor gemeente

Groep	Gemeente	partijen	SEZ	TSZ	rest	waarvan grootste
A	1 Goirle	[90-100]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]% rest van NL
	2 Hilvarenbeek	[90-100]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]% rest van NL
	3 Tilburg	[90-100]%	[50-60]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]% rest van NL
	4 Loon op Zand	[80-90]%	[10-20]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]% rest van NL
	5 Oisterwijk	[80-90]%	[70-80]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]% rest van NL
	6 Waalwijk	[80-90]%	[10-20]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]% rest van NL
B	7 Dongen	[50-60]%	[10-20]%	[40-50]%	[40-50]%	[30-40]% Amphia
	8 Haaren	[50-60]%	[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[30-40]% JBZ
	9 Reusel-De Mierden	[40-50]%	[40-50]%	[0-10]%	[50-60]%	[40-50]% MMC
	10 Alphen-Chaam	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[60-70]%	[50-60]% Amphia
	11 Gilze en Rijen	[30-40]%	[20-30]%	[10-20]%	[60-70]%	[60-70]% Amphia
	12 Baarle-Nassau	[20-30]%	[20-30]%	[0-10]%	[70-80]%	[60-70]% Amphia
	13 Oirschot	[20-30]%	[20-30]%	[0-10]%	[70-80]%	[50-60]% Catharina
	14 Heusden	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[70-80]%	[60-70]% JBZ
	15 Aalburg	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[70-80]%	[50-60]% JBZ
	C	16 Bladel	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%
17 Geertruidenberg		[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[80-90]% Amphia
18 Vught		[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[80-90]% JBZ
19 Oosterhout		[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[80-90]% Amphia
20 Boxtel		[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[70-80]% JBZ

Bron: Prismant data 2010

63. Uit groep A gaat tussen de [80-90] en [90-100]% van de patiënten voor klinische algemene ziekenhuiszorg naar de ziekenhuizen van partijen.³⁸ Deze gemeenten worden tot het kerngebied van partijen gerekend omdat vanuit deze gemeenten verreweg de meeste patiënten naar partijen gaan.

64. Vanuit de gemeenten in groep B gaat meer dan 10% van de patiënten naar partijen toe. Voor deze gemeenten geldt echter (in tegenstelling tot de gemeenten in groep A) dat ofwel één van de fusieziekenhuizen het grootste deel van de patiënten naar zich toetrekt, maar dat de fusiepartner niet de op één na grootste aanbieder van ziekenhuiszorg is, ofwel dat een ander ziekenhuis de meeste patiënten uit deze gemeenten trekt. Deze gemeenten vormen min of meer een schil rond het kerngebied van partijen.

65. In de overige randgemeenten Bladel, Geertruidenberg, Vught, Oosterhout en Boxtel neemt minder dan 10% van de patiënten zorg af bij partijen.

³⁸ Voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg ligt dit percentage in 2010 tussen de [80-90] en [90-100]%.

66. Aan de randen van hun werkgebieden, te weten de gemeenten B en C, ervaren partijen de grootste concurrentiedruk van andere spelers. Dit blijkt ook uit verklaringen van marktpartijen. Amphia heeft aangegeven dat zij concurreert met partijen, met name met SEZ, in de randen van hun verzorgingsgebieden (met name in de gemeente Dongen). JBZ heeft aangegeven dat haar werkgebied in beperkte mate overlapt met de werkgebieden van partijen. Het gebied oostelijk van Waalwijk is daar een voorbeeld van. Meerdere ziekenhuizen geven aan niet actief bezig te zijn met het werven van patiënten van buiten hun werkgebieden. Verder geven meerdere ziekenhuizen aan dat de patiënten uit de werkgebieden van SEZ en TSZ met name komen voor topklinische zorg die SEZ en TSZ niet aanbieden (Catharina biedt bijvoorbeeld complexe hartchirurgie aan en MMC complexe bevallingen, neonatologie intensive care unit, kindernecrologie en kindercardiologie).

Ad (b) Belang van gemeenten voor ziekenhuis

67. Uit tabel 2 blijkt dat respectievelijk [80-90]% van de patiënten van TSZ en [70-80]% van de patiënten van SEZ afkomstig is uit de gemeenten in groep A. Uit groep B is respectievelijk [10-20]% van de patiënten van TSZ afkomstig en [10-20]% van de patiënten van SEZ. De reden dat de gemeenten uit groep A en B voor TSZ van groter belang zijn dan voor SEZ, kan worden verklaard doordat SEZ meer topklinische functies aanbiedt dan TSZ en dus relatief meer patiënten van buiten het adherentiegebied aantrekt.³⁹

Tabel 2: Het belang van de verschillende gemeenten voor de fusieziekenhuizen (welk deel van de patiënten van de ziekenhuizen komt uit de verschillende gemeenten)

Groep		SEZ	TSZ
A	Goirle	[0-10]%	[0-10]%
	Hilvarenbeek	[0-10]%	[0-10]%
	Tilburg	[40-50]%	[50-60]%
	Loon op Zand	[0-10]%	[10-20]%
	Oisterwijk	[0-10]%	[0-10]%
	Waalwijk	[0-10]%	[10-20]%
Totaal groep A		[70-80]%	[80-90]%

³⁹ In het rapport van PWC dat partijen bij de vergunningaanvraag hebben gevoegd, staat dat voor SEZ een substantieel deel van de patiënten afkomstig is van buiten het adherentiegebied. PWC verwacht dat een deel van deze patiënten topklinische en topreferente zorg afneemt, al geeft PWC aan dat er ook andere redenen kunnen zijn dat patiënten van buiten het adherentiegebied komen (zoals wachtlijsten bij andere ziekenhuizen). Het grootste deel van de patiënten van het SEZ die van buiten het adherentiegebied komen, komt voor een neurochirurgische behandeling. Het TSZ verzorgde in 2010 volgens PWC nog geen of nauwelijks topklinische zorg.

Openbare versie

B	Dongen	[0-10]%	[0-10]%
	Haaren	[0-10]%	[0-10]%
	Reusel-De Mierden	[0-10]%	[0-10]%
	Alphen-Chaam	[0-10]%	[0-10]%
	Gilze en Rijen	[0-10]%	[0-10]%
	Baarle-Nassau	[0-10]%	[0-10]%
	Oirschot	[0-10]%	[0-10]%
	Heusden	[0-10]%	[0-10]%
	Aalburg	[0-10]%	[0-10]%
Totaal groep B		[10-20]%	[10-20]%
C	Bladel	[0-10]%	[0-10]%
	Geertruidenberg	[0-10]%	[0-10]%
	Vught	[0-10]%	[0-10]%
	Oosterhout	[0-10]%	[0-10]%
	Boxtel	[0-10]%	[0-10]%
Totaal groep C		[0-10]%	[0-10]%
Rest van Nederland		[10-20]%	[0-10]%

Conclusie geografische markt op basis van patiëntenstromen

68. Uit de patiëntenstromen is af te leiden dat patiënten uit de kern van het werkgebied van partijen in belangrijke mate naar de ziekenhuizen van partijen gaan (zie punt 63). Vanuit deze kern trekken partijen het grootste deel van hun patiënten naar zich toe, dit percentage neemt steeds verder af naarmate de gemeenten verder weg gelegen zijn van de kern van het werkgebied. In de randen van hun werkgebieden ondervinden partijen enige concurrentiedruk van andere ziekenhuizen, zoals het Amphia, JBZ, Catharina en MMC.

69. Bovenstaande gegevens wijzen op een geografische markt die bestaat uit de gemeenten Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Loon op Zand, Oisterwijk, Waalwijk, Dongen, Haaren, Reusel-De Mierden, Alphen- Chaam, Gilze en Rijen, Baarle-Nassau, Oirschot, Heusden en Aalburg.

Mogelijk ruimere geografische markt

70. Zowel partijen als CZ en VGZ, de grootste zorgverzekeraars in deze regio, zijn van mening dat de bovenstaande analyse op basis van patiëntenstromen een onjuist beeld oplevert van de markt. De gegevens zijn statisch en houden geen rekening met reisbereidheid van patiënten. In de ogen van de zorgverzekeraars vormt bovendien het daadwerkelijke 'sturen' van

patiënten, naast een aantal andere mogelijkheden, slechts één van de disciplineringsmogelijkheden in de onderhandelingen met ziekenhuizen (zie punten 95 tot en met 98). Zorgverzekeraars stellen dat er nu reeds (dreiging van) concurrentie uitgaat van Amphia, JBZ, Catharina en MMC en dat zij over voldoende sturingsmogelijkheden beschikken om, mocht hiertoe aanleiding bestaan, (een deel van de) patiëntstromen te verleggen naar deze ziekenhuizen.

71. Gelet op het bovenstaande zijn partijen en zorgverzekeraars van mening dat minder waarde moet worden toegekend aan patiëntenstromen. Zij hechten meer belang aan de mogelijkheden van de zorgverzekeraars om ziekenhuizen te disciplineren. Op de mogelijkheden zal nader worden ingegaan in de punten 86 tot en met 125.

72. In het geval het beeld dat de zorgverzekeraars schetsen daadwerkelijk een accurate beschrijving is van het aantal reële alternatieven en van hun eigen disciplineringsmogelijkheden, dan is het aannemelijk dat de omvang van de geografische markt ruimer is. Mocht echter blijken dat de inschattingen van de zorgverzekeraars over hun disciplineringsmogelijkheden te optimistisch zijn geweest, dan zijn de patiëntenstromen het beste aanknopingspunt voor de afbakening van de geografische markt.

Conclusie geografische markt

73. Uitgaande van patiëntenstromen bestaat de geografische dimensie van de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg voor onderhavige concentratie uit de volgende gemeenten: Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Loon op Zand, Oisterwijk, Waalwijk, Dongen, Haaren, Reusel- De Mierden, Alphen- Chaam, Gilze en Rijen, Baarle-Nassau, Oirschot, Heusden en Aalburg.

74. Zoals uiteengezet in punt 49 kan de geografische dimensie van de markt in onderhavige zaak ruimer uitvallen, afhankelijk van de beoordeling van de disciplineringsmogelijkheden van zorgverzekeraars (waarop in punten 86 tot en met 125 nader wordt ingegaan). Op beide mogelijke dimensies van de geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg zal bij de beoordeling van de effecten van de onderhavige concentratie worden ingegaan.

VL2 GEVOLGEN VAN DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE

75. In dit onderdeel worden allereerst de relevante overwegingen van het besluit van 20 december 2011 uiteengezet. Vervolgens wordt ingegaan op de positie van partijen en concurrenten op de relevante markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in

de gemeenten genoemd in punt 73. De reeds eerder (in de punten 49, 56 en 74) genoemde mogelijkheid dat zorgverzekeraars ook na de concentratie over voldoende disciplineringsmogelijkheden zouden beschikken komt hierna aan bod. Naast de standpunten van zorgverzekeraars komen in dit onderdeel van het besluit de opvattingen van partijen aan de orde die relateren aan disciplinerings door zorgverzekeraars, zoals de door partijen ingebrachte critical loss analyses.

Het besluit van 20 december 2011

76. In het besluit van 20 december 2011 is geconcludeerd dat het aannemelijk is dat als gevolg van concentratie tussen SEZ en TSZ de mededinging op de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg significant zou kunnen worden belemmerd, aangezien i) partijen de enige twee ziekenhuizen zijn op de mogelijke geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg die de regio Midden-Brabant omvat; (ii) bij een ruimere geografische marktafbakening (waarbij naast partijen ook Amphia actief is op de relevante markt) partijen een gezamenlijk marktaandeel hebben van [50-60]%, en waarbij geldt dat partijen elkaars meest nabije concurrent zijn, (iii) partijen aan de randen van hun adherentiegebieden ook enige concurrentiedruk ondervinden van JBZ, MMC en/of Catharina, maar partijen ook in dit geval elkaars meest nabije concurrenten zijn en iv) de positie vooralsnog niet gerelativeerd kan worden door compenserende afnemersmacht of toetredingsmogelijkheden.⁴⁰

Positie van partijen en concurrenten op basis van patiëntenstromen

77. In de mogelijke relevante geografische markt waartoe de gemeenten behoren die in punt 73 zijn genoemd behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van circa [70-80]% (TSZ circa [30-40]% en SEZ circa [30-40]%) op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg en circa [70-80]% (TSZ circa [30-40]% en SEZ circa [30-40]%) op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in 2010.

78. Op deze mogelijke relevante markt zijn verschillende ziekenhuizen actief die (deels) buiten de markt gelegen zijn. Zij vormen een reëel alternatief voor partijen.⁴¹ Deze omliggende

⁴⁰ Zie het besluit van 20 december 2011, punt 73.

⁴¹ Het aanbod van omliggende ziekenhuizen is vergelijkbaar met dat van partijen. De omliggende ziekenhuizen hebben voorts aangegeven dat zij in het algemeen in staat zijn om zonder veel extra investeringen een beperkt aantal extra patiënten op te kunnen vangen. Hoeveel extra patiënten een ziekenhuis kan behandelen verschilt per specialisme. Verschillende ziekenhuizen geven echter aan zich af te vragen of, gelet op het Hoofdlijnenakkoord, de zorgverzekeraar een verschuiving van patiënten van het ene naar het andere ziekenhuis zal vertalen in een verschuiving van budget. Deze ruimte wordt beperkt door het bedrag aan honoraria van medisch specialisten dat verschoven kan worden tussen ziekenhuizen en andere instellingen en is afgesproken in het beheersmodel voor honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten, namelijk een bedrag van in totaal 65 miljoen euro. Verschuiving van budget is wel een voorwaarde voor

ziekenhuizen behalen op deze mogelijke relevante markt marktaandeel onder de 10% op het gebied van zowel klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in 2010. Amphia en JBZ zijn de twee grootste spelers, daarna Catharina respectievelijk MMC.

79. Daarnaast bevindt zich op de in punt 73 genoemde mogelijke relevante markt voorts nog een beperkt aantal ZBC's. Zij bieden voor een beperkt aantal specialismen een vergelijkbaar aanbod als partijen. Het betreft Polikliniek De Blaak⁴² (gericht op dermatologie), Icone⁴³ in Oisterwijk (gericht op orthopedie) en PoliDirect⁴⁴ (gericht op onderzoeken in maag, darm en lever). De omvang zowel in omzet als in aantal specialismen is echter beperkt. Ook buiten deze mogelijke relevante markt zijn verschillende ZBC's actief⁴⁵, maar ook deze zijn alle beperkt van omvang en leggen zich toe op een beperkt aantal (sub)specialismen. Doorgaans leggen ZBC's zich toe op de eenvoudiger diagnostiek/behandelingen.

80. Binnen de genoemde geografische markt zijn er duidelijke verschillen tussen de posities van partijen indien naar de verschillende gemeenten wordt gekeken (zie tabel 1). Het grootst is de positie van partijen in de kern van hun werkgebieden, te weten Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Loon op Zand, Oisterwijk en Waalwijk. Gezamenlijk leveren partijen hier tussen de [80-90]% en [90-100]% van de ziekenhuiszorg. In deze gemeenten zijn partijen elkaars meest naaste concurrenten. Deze gemeenten zijn voor partijen bovendien zeer belangrijk voor de instroom van hun patiënten, aangezien partijen uit deze gemeenten gezamenlijk [70-80]% van hun patiënten halen (zie tabel 2). Binnen deze kern valt vooral de gemeente Tilburg op. Partijen hebben in deze gemeente een vrijwel even groot aandeel van ziekenhuiszorg (SEZ [50-60]% en TSZ [40-50]%). De gemeente Tilburg is daarnaast zeer belangrijk voor partijen: (bijna) de helft van de patiënten van partijen is uit Tilburg afkomstig.

ziekenhuizen om extra patiënten op te vangen (zeker als hiervoor ook extra geïnvesteerd moet worden). In de punten 95 tot en met 103 wordt nader ingegaan op de hetgeen zorgverzekeraars over dit laatste aspect naar voren hebben gebracht.

⁴² Uit het Maatschappelijk Verantwoordingsdocument 2011 van Polikliniek De Blaak blijkt dat zij over 4 vestigingen beschikt, waarvan één in Tilburg (sinds 2007) en dat de totale omzet van 2011 ca. 6,6 miljoen bedraagt.

⁴³ Icone heeft ook locaties in Best, Eindhoven, Nuenen en Schijndel. Operaties doet ze enkel in Eindhoven en Oisterwijk. De totale omzet in 2011 bedraagt ca. 1,6 miljoen euro. In 2011 was er 1,4 fte medisch specialist werkzaam, zo blijkt uit het Maatschappelijk Verslag 2011 van Icone.

⁴⁴ Deze ZBC is in mei 2012 geopend en er zijn twee medisch specialisten en een verpleegkundige werkzaam. Zie <http://www.polidirect.nl/specialisten>.

⁴⁵ Onder andere Icone – orthopedie, zie verder voetnoot 43 – en Medinova in Breda – Medinova heeft vier locaties; op de locatie in Breda (geopend in juni 2011) voeren vier specialisten orthopedische behandelingen uit, waaronder knie-schouder- en heupoperaties (<http://www.medinova.com/onze-klinieken/kliniek-breda>). Ook zijn er diverse klinieken gevestigd die plastische chirurgie aanbieden.

81. Buiten de kern van de werkgebieden van partijen zijn partijen niet elkaars meest naaste concurrent. In de gemeenten behorende tot groep B, is steeds een ander ziekenhuis de tweede speler, respectievelijk Amphia ([30-40]%), JBZ ([30-40]%) en in één gemeente MMC ([40-50]%). In de gemeenten, behorende tot groep C hebben partijen een gezamenlijk marktaandeel dat onder de 10% ligt en aanzienlijk kleiner is dan de grootste speler in die gemeenten. Echter, slechts [10-20]% van de patiënten van partijen is afkomstig uit dit gebied.

82. Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat partijen in de geografische markt aanmerkelijk hogere gezamenlijke marktaandelen hebben dan hun eerstvolgende concurrent. De relatief beperkte concurrentiedruk die door omliggende ziekenhuizen op partijen wordt uitgeoefend, wordt voornamelijk uitgeoefend in de randen van de werkgebieden van partijen. Partijen zijn derhalve elkaars meest naaste concurrenten in de zin van de Richtsnoeren horizontale fusies⁴⁶.

Uitstroompercentages

83. 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. De NMa gaat hierbij uit van de aanname dat de patiëntenstromen een goede weerspiegeling zijn van de uitstroompercentages die na de concentratie bij een prijsstijging zouden kunnen optreden. Hierbij geldt dat het ziekenhuis dat op dit moment het grootste deel van de patiënten uit het werkgebied van respectievelijk TSZ of SEZ trekt, de meest gerede kandidaat zal zijn om patiënten in de toekomst op te vangen en daarmee wordt verondersteld de meeste concurrentiedruk op dat ziekenhuis uit te oefenen.

Tabel 3 Uitstroompercentages

	SEZ			TSZ	
	Klinisch	Niet-Klinisch		Klinisch	Niet-Klinisch
Fusiepartner	[50-60]%	[50-60]%	Fusiepartner	[60-70]%	[50-60]%
Amphia	[10-20]%	[10-20]%	Amphia	[10-20]%	[10-20]%

⁴⁶ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, Pb 2004 C31/03.

Openbare versie

ZBC's (totaal)	1%	3%	JBZ	[10-20]%	[10-20]%
			ZBC's (totaal)	1%	3%

Toelichting: deze cijfers laten per bij de voorgenomen fusie betrokken ziekenhuis zien hoe de patiënten, die niet voor dat ziekenhuis kiezen (naar rato van omzet) verdeeld zijn over de overige aanbieders. Stromen onder de 10% zijn weggelaten, met uitzondering van de totale stroom naar ZBC's.

84. Uit de uitstroompercentages blijkt dat partijen relatief de meeste concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. De patiënten die niet voor het SEZ kiezen, gaan vooral naar het TSZ en vice versa. De overige uitstroom is versnipperd. Amphia komt op de tweede plaats, gevolgd door JBZ. De concurrentiedruk van ZBC's is beperkt en groter voor niet-klinische zorg dan voor klinische zorg.

Conclusie positie partijen op basis van patiëntenstromen

85. Op de mogelijke relevante geografische markt die de gemeenten Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Loon op Zand, Oisterwijk, Waalwijk, Dongen, Haaren, Reusel- De Mierden, Alphen- Chaam, Gilze en Rijen, Baarle-Nassau, Oirschot, Heusden en Aalburg omvat, behalen partijen zeer hoge marktaandelen. Het gezamenlijke marktaandeel van partijen is aanmerkelijk hoger dan dat van de eerstvolgende concurrenten. Op basis van patiëntenstromen kan derhalve worden geconcludeerd dat de belangrijkste concurrentiedruk die partijen ondervinden als gevolg van onderhavige concentratie wordt uitgeschakeld. Omliggende ziekenhuizen oefenen met name concurrentiedruk uit in de randen van de werkgebieden van partijen. Het is niet aannemelijk dat de bestaande ZBC's partijen in voldoende mate kunnen disciplineren, aangezien hun omvang beperkt is en zij niet het hele spectrum van ziekenhuiszorg aanbieden. Bovenstaande laat echter onverlet dat zorgverzekeraars wel over voldoende disciplineringsmogelijkheden zouden kunnen beschikken. Hierop wordt nader ingegaan in de punten 86 tot en met 125.

Disciplinerings door zorgverzekeraars

86. Eerder in dit besluit (in punt 49) is gewezen op het belang van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Van groot belang zijn de mogelijkheden van zorgverzekeraars de ziekenhuizen ook na de concentratie te disciplineren, dit tegen de achtergrond van een markt in transitie. In het navolgende zal achtereenvolgens worden ingegaan op de stellingen over deze toekomstige disciplinerings door betrokken zorgverzekeraars zelf en aanvullende motivatie over dit onderwerp door partijen. De standpunten van zorgverzekeraars en partijen zullen door de NMa worden beoordeeld.

87. Onderhavige concentratie zou tot problemen voor de mededinging leiden als zorgverzekeraars als gevolg van het samengaan van partijen substantieel minder mogelijkheden hebben om het gefuseerde ziekenhuis te disciplineren op prijs dan voorheen. Dit betekent dat de

situatie na de concentratie moet worden vergeleken met de situatie daarvoor, waarin de zorgverzekeraar, naast de disciplineringsmogelijkheden die los staan van de fusie, ook de mogelijkheid had in de onderhandeling beide fusieziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen. De NMa stelt hierbij vast, mede op grond van hetgeen is overwogen in de punten 77 tot en met 85 dat het samengaan van partijen negatieve gevolgen voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars kan hebben. De omvang van deze gevolgen hangt evenwel af van de aanwezige alternatieven, en, heel belangrijk, van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars deze te benutten, daadwerkelijk of als dreiging in de onderhandelingen, alsmede van de overige aanwezige disciplineringsmogelijkheden voor zorgverzekeraars.

Opvatting zorgverzekeraars

(a) CZ

88. CZ⁴⁷ staat positief tegenover onderhavige concentratie, omdat zij verwacht dat de concentratie een meerwaarde betekent voor de kwaliteit, de doelmatigheid en efficiency. Zonder fusie zouden de ziekenhuizen in Tilburg op termijn naar verwachting onvoldoende volume hebben voor het uitvoeren van een aantal complexe operaties en zou de zorg kunnen verschromen. Daarnaast kunnen onnodige investeringen worden voorkomen. CZ verwacht dat een fusie tussen partijen geen grote problemen die de markt verstoren. Partijen zouden volgens CZ een betere concurrentiepositie krijgen ten opzichte van omliggende ziekenhuizen als Amphia, Catharina en JBZ. CZ meent dat ook na de fusie sprake zou zijn van een evenwichtige relatie tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars en dat er ook na de concentratie voldoende alternatieven beschikbaar zijn om partijen mee te kunnen disciplineren. Mocht het bestaande aanbod toch onvoldoende zijn, wat niet de verwachting van CZ is, dan is zij bereid en in staat om toetreding actief te stimuleren.

(b) VGZ

89. VGZ⁴⁸ verwacht dat de voorgenomen concentratie zal leiden tot betere en goedkopere zorg en zij verwacht over voldoende instrumenten te beschikken om zeker te stellen dat deze voordelen zullen worden doorgegeven aan haar verzekerden. Mogelijke negatieve gevolgen, zo die zich al voordoen als gevolg van de concentratie, kunnen volgens VGZ worden voorkomen. Voor hoog-complexe zorg is VGZ van mening dat de concentratie leidt tot hogere kwaliteit en versterking van de mededinging met andere ziekenhuizen. Voor deze zorg vindt de mededinging volgens VGZ namelijk plaats op bovenregionaal of zelfs landelijk niveau. Voor

⁴⁷ Ongeveer [30-40]% van de patiënten van SEZ is verzekerd bij CZ. Ongeveer [30-40]% van de patiënten van TSZ is verzekerd bij CZ.

⁴⁸ Ongeveer [40-50]% van de patiënten van SEZ is verzekerd bij VGZ. Ongeveer [50-60]% van de patiënten van TSZ is verzekerd bij VGZ.

electieve, laagcomplexe zorg kan een fusie leiden tot betere, doelmatiger zorg wanneer volumes gebundeld worden. VGZ geeft aan zorgaanbieders te disciplineren via directe beïnvloeding, bijvoorbeeld via *benchmarks*. Zij is van mening dat de mogelijkheden om partijen te disciplineren niet veranderen na de fusie. Sturing van patiënten neemt volgens VGZ toe in belang. Voor het segment van laag-complexe hoog volume zorg merkt zij voorts op dat dit segment lage investeringsniveaus kent (*lage barriers to entry en exit*) voor ZBC's of buitenpoli's van concurrerende ziekenhuizen in de regio. Voor VGZ is het betrekkelijk eenvoudig dergelijke toetreding te faciliteren. Daarnaast is VGZ ervan overtuigd dat patiënten bereid zijn te reizen wanneer dit de kwaliteit van de behandeling ten goede komt. In dat geval zijn de ziekenhuizen in 's-Hertogenbosch, Breda of Eindhoven een even goed en een acceptabel alternatief voor partijen.

Opvatting partijen

90. De opvattingen van partijen zijn in lijn met de opvattingen van zorgverzekeraars. Partijen zijn van mening dat de NMa zich in het besluit van 20 december 2011 sceptisch uitlaat over de regierol van de zorgverzekeraar. Dit beschouwen partijen als een conservatief standpunt dat niet (meer) in lijn is met de werkelijkheid. Bovendien benadrukken partijen dat de NMa geen statische maar een prospectieve beoordeling moet maken. Partijen zijn van mening dat de zorgverzekeraars thans ruim voldoende compenserende afnemersmacht uitoefenen om effectief tegenwicht te bieden aan partijen. Partijen betogen dat zorgverzekeraars anno 2012 diverse prikkels hebben om scherp in te kopen. Zij sluiten hiervoor aan bij de in punt 24 genoemde veranderingen. Daarnaast menen partijen dat een prikkel voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen voortvloeit uit de tweede solvabiliteitsrichtlijn. Naar aanleiding hiervan is de solvabiliteitseis verhoogd van 9 naar 11 procent. Voor 2013 en 2014 gaat De Nederlandsche Bank de solvabiliteitseis per zorgverzekeraar vaststellen op basis van het risicoprofiel. Zorgverzekeraars die veel bevoorschotten krijgen een hogere solvabiliteitseis opgelegd. Partijen verwachten daardoor dat zorgverzekeraars bevoorschotting vaker als pressiemiddel zullen inzetten tijdens de onderhandelingen. In punt 123 zal de NMa nader ingaan op dit punt. Tevens dragen partijen voorbeelden aan van selectieve inkoop uit de praktijk, waaruit zou blijken dat zorgverzekeraars de regierol die zij van overheidswege hebben gekregen oppakken. Voorts geven partijen aan dat alle marktpartijen verwachten dat de uitoefening van effectieve afnemersmacht de komende jaren alleen maar zal toenemen. Partijen illustreren voorts door middel van een critical loss analyse de gevolgen van sturing van patiënten door zorgverzekeraars.

Opvattingen omliggende ziekenhuizen

91. Amphia heeft aangegeven dat zij (en JBZ waarschijnlijk ook) nu concurreert met partijen in de randgebieden van hun verzorgingsgebied. Dit kan volgens Amphia veranderen als de omstandigheden zich voordoen dat de regierol van de zorgverzekeraars meer concurrentie mogelijk maakt. Amphia geeft voorts aan dat de mogelijkheid bestaat dat in de toekomst vaker patiëntenstromen verlegd zullen worden door toedoen van het inkoopbeleid van

zorgverzekeraars. JBZ heeft aangegeven dat zij verwacht dat het selectief inkopen door zorgverzekeraars meer vorm zal krijgen. Het Catharina Ziekenhuis verwacht dat het verleggen van patiëntenstromen als gevolg van selectief inkopen niet goed is uit te leggen aan de patiënt.

Beoordeling disciplineren door zorgverzekeraars

92. Op basis van de opvattingen van de zorgverzekeraars, aangevuld door partijen, categoriseert de NMa de eventuele disciplineringsmogelijkheden op drie manieren, te weten: (i) sturing door zorgverzekeraars die gebruik maken van de reisbereidheid van patiënten, (ii) stimulering van toetreding door zorgverzekeraars en (iii) overige disciplineringsmogelijkheden voor zorgverzekeraars. De door partijen ingebrachte *critical loss analyse* vormt onderdeel van de eerste categorie.

Ad (i) Sturing

93. De NMa verstaat onder sturing dat zorgverzekeraars de onderhandelingen met ziekenhuizen kracht bijzetten door patiënten te stimuleren om naar geselecteerde ziekenhuizen te gaan, bijvoorbeeld via financiële prikkels. Aangezien het gaat om een onderhandelingstactiek hoeft het niet te gaan om het daadwerkelijk verplaatsen van patiëntenstromen, maar kan het geloofwaardig dreigen hiermee al voldoende zijn om ziekenhuizen te kunnen disciplineren. Een voorwaarde hiervoor is dat de (potentiële) alternatieven voldoende nabij gelegen zijn, aangezien patiënten bereid moeten zijn om naar deze alternatieven te reizen. Beide in onderhavige zaak bevroegde zorgverzekeraars geven aan dat het geloofwaardig dreigen met het verplaatsen van patiëntenstromen mogelijk is, alsmede dat het één van de elementen vormt waarom zij tot de inschatting komen dat zij geen substantiële prijsverhogingen verwachten als gevolg van de concentratie.

94. Sturing zoals hierboven gedefinieerd zou via een aantal routes tot stand kunnen komen. De NMa bespreekt hieronder achtereenvolgens (a) het niet contracteren van bepaalde behandelingen en (b) het beperkt volume inkopen en laten ontstaan van wachtlijsten. Van belang hierbij is dat (c) het bovenstaande, volgens zorgverzekeraars, al bij een beperkte omvang disciplinerend zou kunnen zijn. De door partijen ingebrachte *critical loss analyse* wordt behandeld onder c. Partijen proberen hiermee aan te tonen dat, als sturing een reële optie is, er slechts beperkt gebruik van hoeft te worden gemaakt om partijen te disciplineren. De beoordeling van deze analyse door de NMa hangt sterk af van de beoordeling van de NMa over de mogelijkheden tot sturing (de argumenten a en b).

Ad a. Niet contracteren van bepaalde behandelingen

95. Zorgverzekeraars zijn vanaf 2011 begonnen met het selectief inkopen van bepaalde behandelingen op basis van minimum volumenormenten en andere kwaliteitsnormen. Ziekenhuizen die niet aan de normen voldoen, worden voor die behandelingen niet meer gecontracteerd. Het

gaat met name om hoogcomplexere verrichtingen met een beperkt volume waarvoor vanuit kwaliteitsperspectief enige specialisatie en concentratie gewenst is. Zorgverzekeraars hanteren naast de normen die door de wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld ook eigen normen. CZ heeft bijvoorbeeld strengere volumennormen gesteld dan de medische beroepsgroep op het gebied van borstkanker en heeft een aantal ziekenhuizen dat niet aan deze normen voldeed niet langer gecontracteerd. Zorgverzekeraars Nederland heeft voor 18 complexe behandelingen gekeken wat de gevolgen zijn van het invoeren van kwaliteitsnormen op het aantal ziekenhuizen dat deze zorg aanbiedt. De door haar gedane inventarisatie laat een forse concentratie zien bij behandelingen waarvoor minimumkwaliteitsnormen zijn vastgesteld door de wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten.⁴⁹ Doordat er steeds meer normen worden ontwikkeld door de wetenschappelijke verenigingen, betogen partijen dat er steeds minder ziekenhuizen aan deze normen kunnen voldoen.

96. Niet alleen op het gebied van hoogcomplexere zorg, ook op het gebied van laagcomplexere hoog volume zorg zetten zorgverzekeraars de eerste stappen op het gebied van selectief contracteren. Zo heeft Menzis in 2012 niet langer elke aanbieder in haar kernregio's Groningen, Gelderland en Twente gecontracteerd voor behandelingen van rughernia's en het plaatsen van totale (primaire) heupprotheses.⁵⁰

97. De NVZ geeft in een recent overzichtsartikel van Skipr⁵¹ aan dat selectieve zorginkoop nog nauwelijks van de grond komt. Dit neemt volgens de NVZ niet weg dat een bescheiden allocatie van middelen op individuele aanbieders grote impact kan hebben. In het artikel wordt gesteld dat volgens betrokkenen 2012 vooral gezien moet worden als overgangsjaar waarin wordt voorgesorteerd op daadwerkelijke selectieve zorginkoop. In hetzelfde artikel stellen zorgverzekeraars dat ze ervan overtuigd zijn dat ze dit jaar stappen richting verdere selectieve zorginkoop hebben gezet die hun schaduw vooruit werpen.

98. De hierboven genoemde voorbeelden van selectieve inkoop zijn met name gebaseerd op kwaliteitsoverwegingen en nauwelijks op prijsoverwegingen. Voor kwaliteit is er bewezen reisbereidheid bij patiënten.⁵² Het is niet duidelijk hoe (en hoe veel) verzekerden zullen reageren als zij vanwege prijsoverwegingen verder moeten reizen. In het marktonderzoek in onderhavige

⁴⁹ Zie ook het persbericht van ZN van 15 oktober 2012, *Nieuwe kwaliteitsnormen leiden tot verdere concentratie ziekenhuiszorg* (<https://www.zn.nl/nieuws/pers/persbericht/?newsId=69668b5d-0185-451d-9160-b4f810bbea53>).

⁵⁰ Zie Nieuwsbrief zorg mei 2012 van Menzis (<http://menzis.m9.mailplus.nl/archief/ mailing-3985082.html>).

⁵¹ Zie P. van de Poel, *Voorsorteren voor selectieve zorginkoop*, Skipr nr. 9, september 2012.

⁵² Zie onder andere NVZ, *Zorg op doorreis. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2011* (2011), Sonneveld, J. en J. Heida, *Reisgedrag van patiënten* (2011), Economisch Statistische Berichten 4623, p. 96 en Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, *Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands* (2012), *Journal of Health Economics* 31, p. 371-378.

zaak hebben de zorgverzekeraars aangegeven dat het lastig is om patiënten direct te sturen op prijs. In het verleden hebben zorgverzekeraars diverse pogingen ondernomen om patiënten door middel van financiële prikkels te sturen, maar deze pogingen zijn weer stopgezet. Toch geven zorgverzekeraars aan de restitutiepercentages die gelden voor niet gecontracteerde zorg te zullen verlagen. Het is echter niet bekend hoe verzekerden hierop zullen reageren en of verzekerden hier tegen in opstand zullen komen en/of zullen overstappen naar een andere zorgverzekeraar als zij zich te veel in hun keuzevrijheid beperkt voelen.

Ad b. Beperkt volume inkopen en laten ontstaan van wachtlijsten

99. Zorgverzekeraars kunnen er ook voor kiezen om een beperkter volume te contracteren bij ziekenhuizen die een hogere prijs vragen dan andere ziekenhuizen. Wanneer het ziekenhuis het afgesproken volume heeft geleverd en er is toch nog vraag naar de desbetreffende behandeling, dan kunnen er wachtlijsten ontstaan bij dat ziekenhuis. Patiënten die eerder geholpen willen worden, zullen dan naar een ander ziekenhuis toe moeten gaan, al dan niet na hierover advies te hebben ingewonnen bij de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraars.

100. Voorbeelden van het minder contracteren van volume door zorgverzekeraars dan in voorgaande jaren zijn er in de praktijk nog niet echt. CZ heeft sinds 2012 als uitgangspunt gehanteerd, voor de ziekenhuizen in haar primaire werkgebied, dat zij op een aantal speerpunten volumeafspraken zal maken met ziekenhuizen. Bij ziekenhuizen waar zij niet tevreden is over de prijs of kwaliteit van het aanbod zal zij beperkt volume inkopen, waardoor wachtlijsten kunnen ontstaan.⁵³ Als het gerealiseerde volume aan behandelingen van een ziekenhuis boven de afgesproken hoeveelheid uitkomt, krijgt het ziekenhuis het extra volume niet of onvoldoende betaald. VGZ heeft aangegeven dat zij tien behandelingen (betreffende laagcomplexere zorg met hoog volume) heeft geïdentificeerd waarvoor zij vanaf 2013 selectief zal gaan inkopen.

101. Volgens zorgverzekeraars is het duidelijk dat patiënten reageren op wachtlijsten. Patiënten zullen een eventuele wachtlijst de zorgverzekeraar niet aanrekenen omdat zij vaak niet naar de oorzaak van deze wachtlijsten zullen vragen. Hoewel CZ ook in de media heeft aangegeven dat zij wachtlijsten als instrument ziet om te dure ziekenhuizen te disciplineren⁵⁴, geven andere zorgverzekeraars aan dat zij niet direct zullen communiceren dat zij wachtlijsten zullen laten ontstaan vanwege prijsverschillen tussen ziekenhuizen. Amphia heeft in onderhavige zaak aangegeven dat zij niet verwacht dat zorgverzekeraars het creëren van wachtlijsten daadwerkelijk gaan inzetten. Zij ziet spanning tussen dit instrument en de professionele

⁵³ F. Weeda, *CZ maakt zelf wachtlijsten*, NRC Handelsblad, 21 februari 2012.

⁵⁴ *Ibid.*

standaard⁵⁵. Op dit moment zijn er weinig voorbeelden van het beperkt inkopen van volume in de praktijk. CZ heeft zoals gezegd een eerste aanzet gedaan bij de onderhandelingen voor 2012. Het is echter nog te vroeg om aan te kunnen geven of dat daadwerkelijk tot wachtlijsten en sturing van patiënten heeft geleid en of dit instrument derhalve op een effectieve manier kan worden ingezet in de onderhandelingen.

Ad c. Selectieve inkoop van beperkte omvang reeds disciplinerend

102. Zorgverzekeraars betogen dat zij ziekenhuizen in zijn algemeenheid reeds kunnen disciplineren door het (dreigen met het) verschuiven van een beperkt volume. Het (dreigen met het) verschuiven van enkele miljoenen euro's is volgens zorgverzekeraars reeds voldoende om partijen te disciplineren. Ter illustratie geeft CZ aan dat iedere miljoen omzetverlies een formatieverlies betekent van circa 15-20 fte.

103. Voor de NMa is het lastig om te beoordelen of zorgverzekeraars bij beperkte sturing al disciplinerend kunnen optreden, omdat er nog maar beperkt voorbeelden zijn van het ontstaan van wachtlijsten als gevolg van selectief inkopen. Deze beperkte voorbeelden uit het verleden zijn daarnaast van beperkte betekenis, omdat zorgverzekeraars nu over meer prikkels beschikken om scherp in te kopen dan in het verleden.

Beoordeling critical loss analyse

104. Partijen hebben PwC een *critical loss* analyse laten uitvoeren. Deze analyse gaat uit van de veronderstelling dat een aantal van de huidige patiënten van een ziekenhuis in geval van een prijsverhoging⁵⁶ naar een ander ziekenhuis zal gaan. In algemene zin is op dit moment niet goed in te schatten hoe verzekerden zullen reageren op prijsverhogingen. Anno 2012 zijn patiënten niet prijsgevoelig omdat zorgverzekeraars (het overgrote deel van) de rekening van het ziekenhuis betalen, deze tot nu toe bijna alle ziekenhuizen contracteren en verzekerden bijna geen eigen bijbetalingen hoeven te doen als zij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaan. Aangezien patiënten niet zelf reageren op prijs betekent de veronderstelling dat patiënten zullen gaan reizen dat zorgverzekeraars worden geacht een deel van hun patiënten te sturen naar een ander ziekenhuis. Uit de bespreking in de bovenstaande punten (93 tot en met 104) blijkt dat hiervan op dit moment slechts in beperkte mate sprake is.

105. Hieronder volgt een beschrijving op hoofdlijnen van de door PwC gebruikte techniek, alsmede de meest relevante uitkomsten. Daarna wordt kort ingegaan op de uitkomsten van deze

⁵⁵ De professionele standaard omvat alle regels en normen waar een zorgverlener rekening mee moet houden bij de uitoefening van zijn werkzaamheden.

⁵⁶ De analyses van partijen omvatten ook een analyse van de gevolgen van eventuele kwaliteitsverlagingen. Zoals al verwoord in de punten 39 tot en met 45 gaat de NMa in dit besluit niet nader in op de gevolgen van de concentratie voor kwaliteit.

analyses, in het licht van de hierboven geformuleerde beperkingen van dergelijke analyses in een context als onderhavige.

106. Partijen hebben door PwC een analyse laten uitvoeren betreffende de *critical* en *actual loss*, die de conclusie van partijen zou ondersteunen. PwC geeft aan dat de *actual loss* groter is dan de *critical loss* en partijen dus geen mogelijkheid hebben om de prijzen winstgevend te verhogen respectievelijk de kwaliteit winstgevend te verlagen. De uitkomsten van de *critical loss* percentages bij een 5% prijsverhoging variëren tussen, afgerond, [0-10] en [0-10]%. Bij een 10% prijsverhoging ligt dit percentage tussen [10-20] en [10-20]%.⁵⁷

107. Vervolgens heeft PwC een raming gemaakt van de *actual loss* door aan te nemen dat het percentage patiënten dat naar een alternatief ziekenhuis gaat (na een verslechtering) verdubbelt ten opzichte van de uitgangssituatie. Onder deze aanname bedraagt de *actual loss* voor de werkgebieden van partijen [10-20]% voor klinische zorg en [10-20]% voor niet-klinische zorg.⁵⁸ Deze *actual loss* berekening is niet gerelateerd aan een prijsstijgingspercentage omdat dit volgens partijen niet exact is aan te geven. Partijen nemen echter aan dat de overstaptendens op gang zal komen in reactie op een kleine, niet-tijdelijke verhoging van de prijs.

108. Ten aanzien van de berekening van de *critical loss* kan het volgende worden opgemerkt. Om een raming van de *critical loss* te maken zijn aannames noodzakelijk. Het is vooral van belang om een inschatting te maken wanneer het voor een ziekenhuis niet meer winstgevend zal zijn om zijn prijzen te verhogen omdat hij als gevolg van deze prijsverhoging het risico loopt patiënten te verliezen. De door partijen behaalde contributiemarge geeft hier inzicht in. De contributiemarge geeft aan in welke mate additionele patiënten een bijdrage leveren aan de dekking van de vaste kosten of de nettowinst. Als de contributiemarge hoog is, is de aanname dat het verlies van patiënten als gevolg van een prijsstijging meer winst kost dan bij een lagere contributiemarge. De contributiemarge is afhankelijk van de verhouding tussen de vaste en variabele kosten, alsmede het geraamde winstpercentage. De berekening hiervan gaat met onzekerheid gepaard. Zo is de keuze om een bepaalde kostenpost als vast of als variabel te bestempelen vaak lastig en arbitrair.⁵⁹

⁵⁷ Deze *critical loss* percentages gelden voor het fusieziekenhuis. De percentages voor SEZ en TSZ wijken hier in geringe mate van af.

⁵⁸ Partijen hebben ook schattingen van de *actual loss* voor het totaal aantal patiënten binnen en buiten het werkgebied van partijen gemaakt. Deze variëren tussen de [10-20] en [20-30]% voor klinische zorg en tussen de [10-20] en [20-30]% voor niet-klinische zorg.

⁵⁹ Een andere opmerking die geplaatst kan worden bij een *critical loss* analyse in het algemeen betreft de aanname dat de fusie-entiteit in zijn prijs niet kan differentiëren tussen verschillende locaties. Na het tot stand brengen van een fusie is het evenwel niet uit te sluiten dat de fusie-entiteiten per locatie aparte prijzen rekenen voor hun behandelingen en

109. De analyses die partijen hebben laten uitvoeren om te onderzoeken of partijen winstgevend een prijsverhoging kunnen doorvoeren gaan uit van betwistbare aannames over de mate waarin zorgverzekeraars in staat zullen blijven patiënten naar andere ziekenhuizen te laten reizen.

110. De *critical loss* analyses kunnen naar hun aard de vraag in hoeverre zorgverzekeraars in staat zullen zijn te sturen, niet beantwoorden. Wat ze wel kunnen laten zien is de mate waarin een ziekenhuis zich, in geval zorgverzekeraars in staat blijken te zijn verzekeren in substantiële mate te sturen, gedisciplineerd zal voelen. Zoals in punt 86 is aangegeven gaat het uiteindelijk om de vraag in hoeverre zorgverzekeraars in staat zullen zijn de ziekenhuizen na de concentratie te disciplineren. Het daadwerkelijk sturen van patiënten is hierbij slechts één van de methoden die een zorgverzekeraar kan inzetten in onderhandeling met een ziekenhuis. Een analyse die uitgaat van de gebleken patiëntenstromen heeft derhalve slechts in beperkte mate zeggingskracht omtrent de vraag in hoeverre zorgverzekeraars na de concentratie in staat zijn te disciplineren.

Conclusie (i) Sturing

111. Sturing bestaat uit het niet contracteren van bepaalde behandelingen en het beperkt volume inkopen en laten ontstaan van wachtlijsten. De markt is momenteel in transitie, waardoor er slechts beperkt resultaten zichtbaar zijn. Het is voor de NMa derhalve moeilijk om te beoordelen of sturing voldoende disciplinerende werking heeft of zal hebben.

Ad (ii) Toetreding

112. De mogelijkheid tot toetreding vormt een relativering op een eventueel geconstateerd mededingingsprobleem als gevolg van een concentratie. Dat zou ook in onderhavige concentratie het geval kunnen zijn. De NMa maakt onderscheid tussen (a) toetreding door instellingen op eigen initiatief en (b) toetreding die wordt gestimuleerd door de zorgverzekeraar. Beide mogelijkheden worden hieronder uitgewerkt en voorzien van een beoordeling door de NMa.

Ad (a) Toetreding op eigen initiatief

daarmee over de mogelijkheden beschikken om hun prijzen winstgevend te verhogen bij die locatie waar de *critical loss* het hoogst ligt. Uit de studie Kemp, R., N. Kersten en A. Severijnen, *Price effects of Dutch Hospital mergers: an ex post assesment of hip surgery*, *Economist* (2012), p. 1-19, blijkt dat een deel van de ziekenhuizen die gefuseerd zijn, na de fusie verschillende prijzen per locatie hanteren.

113. Er vindt in Nederland op een aantal plekken toetreding plaats door ZBC's op het gebied van voornamelijk niet-klinische ziekenhuiszorg.⁶⁰ Ziekenhuizen openen daarnaast buitenpoli's aan de rand van of net buiten hun werkgebied. Zo heeft Amphia een buitenpoli geopend in Etten-Leur en JBZ in Rosmalen en Heusden. Vanuit een polikliniek kan ook concurrentiedruk uitgaan op de klinische ziekenhuiszorg, aangezien er een sterk verband⁶¹ bestaat tussen poliklinische en klinische opnames. De kans is groot dat de patiënt die via een polikliniek doorverwezen wordt voor klinische opnames naar een andere locatie van datzelfde ziekenhuis zal gaan.⁶²

114. Zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen die in het kader van onderhavige zaak zijn bevraagd geven aan dat het in beginsel mogelijk is om binnen zeer korte tijd (binnen 6 maanden) een polikliniek te openen. De omvang van een buitenpoli kan verschillen, van alleen spreekuur tot en met het uitvoeren van poliklinische operaties. Er is slechts een nieuwe locatie nodig, het medisch specialistisch personeel is afkomstig uit de maatschappen. De betreffende maatschappen moeten voorts achter het besluit staan om een buitenpoli te openen en het moet passen binnen het bestemmingsplan van de gemeente. Niettemin lijkt toetreding door middel van een buitenpoli tijdig te kunnen.

115. Er zijn echter geen concrete plannen voor het openen van nieuwe buitenpoli's in de regio waar partijen actief zijn, of net daarbuiten. De omliggende ziekenhuizen geven aan dat zij toetreding door middel van buitenpoli's niet waarschijnlijk achten, gezien de afspraken (in onder andere het Hoofdlijnenakkoord) met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de omzetgroei van medisch specialistische zorg te beperken. De beperking van deze groeiruimte werkt remmend op initiatieven op het gebied van toetreding. In de onderhandelingen met de zorgverzekeraars is ook gebleken dat de groeiruimte lastig is uit te breiden.

116. Hoewel door partijen en omliggende ziekenhuizen toetreding door ZBC's waarschijnlijker wordt geacht dan het openen van buitenpoli's, is het gezien de huidige beperkte omvang van de ZBC's (in verhouding tot het aantal specialismen en de omzet van ziekenhuizen), niet aannemelijk dat toetreding op voldoende grote schaal zal plaatsvinden om partijen te disciplineren.

⁶⁰ Momenteel zijn er ongeveer 300 ZBC's actief in Nederland. De meeste ZBC's zijn toegetreden in de afgelopen tien jaar, alhoewel na 2008 het aantal ZBC's minder sterk is toegenomen. Zie NZa *Monitor Zelfstandige behandelcentra, Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse* (2012).

⁶¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Medisch specialistische zorg in 20/20, september 2011.

⁶² Met betrekking tot de buitenpoli's constateert de NMa dat deze doorgaans aan de randen of net buiten de traditionele werkgebieden worden geplaatst. Bij de werkgebieden van partijen is dit al gebeurd, de concurrentiedruk die van deze buitenpoli's uitgaat op partijen is daarom al meegenomen bij de beschrijving van het mogelijke mededingingsprobleem, in de patiëntenstromen en de uitstroombelastingen.

Ad (b) Toetreding gestimuleerd door de zorgverzekeraar

117. Dit kan anders zijn indien zorgverzekeraars deze toetreding zouden stimuleren. Binnen het Hoofdlijnenakkoord is volgens zorgverzekeraars voldoende ruimte om te schuiven met volumes tussen ziekenhuizen waardoor er dus ook volume kan worden toegekend aan nieuwe toetreders of bestaande ZBC's. VGZ heeft aangegeven dat zij in 2012 royaler ZBC's heeft gecontracteerd dan in 2011. Hiermee prikkelt zij de reguliere aanbieders om op hun prijzen te letten en tegelijk bouwt zij referentieprijzen op om reguliere aanbieders mee te confronteren. Een zorgverzekeraar geeft ook aan dat zij in het verleden in een regio een heel contingent orthopedie in een ZBC heeft ondergebracht en dat het ziekenhuis voor die behandelingen nu wezenlijk minder productie levert. CZ benadrukt dat het faciliteren van toetreding door zorgverzekeraars van ZBC's een mogelijkheid is, maar dat zij hiermee terughoudend is omdat nieuwe aanbieders ook voor niet gewenste overcapaciteit kunnen zorgen.

118. De NMa is van mening dat van het stimuleren van toetreding door zorgverzekeraars een reële dreiging kan uitgaan tijdens de onderhandelingen, maar gezien de tot nu toe beperkte omvang van ZBC's, is dit te weinig om op zich zelf staand van voldoende disciplinerende te kunnen spreken.

Ad (iii) Overige disciplineringsmogelijkheden

119. Tijdens de onderhandelingen hebben zorgverzekeraars meer mogelijkheden dan (het dreigen met) sturing en toetreding om hun argumenten kracht bij te zetten. De volgende punten zijn in gesprekken met meerdere zorgverzekeraars naar voren gekomen. Zo zou het feit dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen een (a) lange termijn relatie hebben en wederzijds van elkaar afhankelijk zijn, de ziekenhuizen disciplineren. Door (b) overleg en het gebruik in dat overleg van *benchmarks* – in combinatie met ultimatum remedium om niet te contracteren – zouden zorgverzekeraars de prijsontwikkeling kunnen temperen. Een andere mogelijkheid zou het (c) opschorten van de bevoorschotting kunnen zijn, die de zorgverzekeraars kunnen inzetten om ziekenhuizen een contract te laten sluiten. De NMa gaat hieronder in op de mate waarin deze mogelijkheden tot disciplinerende kunnen leiden.

(a) Lange termijn relatie en wederzijdse afhankelijkheid

120. Zorgverzekeraars geven aan dat zij vanwege een lange termijn relatie met de ziekenhuizen en de wederzijdse afhankelijkheid in deze relatie in staat zijn om partijen te disciplineren. Zij benadrukken dat beide partijen er belang bij hebben om 'er uit te komen' omdat zij elkaar jaar in jaar uit tegen komen en omdat het niet sluiten van een contract aan beide kanten veel administratieve lasten en onzekerheid met zich meebrengt. De NMa is van mening dat deze aspecten er inderdaad voor kunnen zorgen dat beide partijen een contract met elkaar af willen

sluiten. Het zegt echter niets over wie het meeste macht heeft bij de onderhandelingen en of zorgverzekeraars in staat zijn om prijsverhogingen tegen te gaan.

(b) Overleg/benchmark

121. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de offertes en productiecijfers van de verschillende ziekenhuizen in Nederland met elkaar vergelijken. Iedere zorgverzekeraar doet dit op zijn eigen manier. De informatie die voortkomt uit deze *benchmarks* wordt ingezet in de onderhandelingen om doelmatigheid (beperken van praktijkvariatie) en lagere prijzen af te dwingen. VGZ heeft aangegeven op deze wijze in 2012 een besparing gerealiseerd te hebben. VGZ geeft aan dat indien zij bij een specifiek ziekenhuis hoge prijzen of een hoog volume van bepaalde behandelingen constateert, zij de ziekenhuizen tenminste een jaar de tijd geeft om tot een verbetering te komen, voordat zij daadwerkelijk over zou gaan tot het niet langer contracteren van die specifieke behandeling.

122. Door het inzetten van *benchmark*informatie zullen zorgverzekeraars mogelijk in staat zijn om partijen op het gebied van prijs te disciplineren. De NMa acht de disciplinerende werking van het inzetten van informatie echter afhankelijk van de realistische dreiging om patiënten naar ziekenhuizen te sturen die zij daadwerkelijk als alternatief zien.

(c) Bevoorschotting opschorten

123. In 2012 hebben sommige zorgverzekeraars gedreigd met het opschorten van de bevoorschotting als ziekenhuizen geen contract met zorgverzekeraars zouden tekenen. Over deze strategie is veel commotie ontstaan omdat ziekenhuizen reeds patiënten hadden behandeld, maar hiervoor niet betaald kregen als zij nog geen contract hadden.⁶³ De in deze zaak bevroegde zorgverzekeraars reageren verdeeld op de mogelijkheid om dit instrument in te zetten tijdens de onderhandelingen. Daarbij dient ten algemene aangetekend te worden dat het daadwerkelijk opschorten van de bevoorschotting grote gevolgen heeft voor de liquiditeit van een ziekenhuis, waardoor het daadwerkelijk inzetten van dit instrument ook risico's met zich meebrengt voor de (zorgplicht van) zorgverzekeraars. Het is daarom niet duidelijk hoeveel waarde aan dit instrument gehecht moet worden om ziekenhuizen te disciplineren.

Conclusie disciplineren door zorgverzekeraars

124. Zoals ook in de punten 21 tot en met 35 is beschreven, bevindt de markt waarop ziekenhuizen actief zijn zich in een transitiefase. Door de wijzigingen in 2012 volgens partijen en zorgverzekeraars te zien als een nieuwe fase in de stelselwijziging die in 2006 is ingezet. Zorgverzekeraars beschikken sinds 2012 over toegenomen prikkels om scherp in te kopen. Uit de bovenstaande punten blijkt dat zorgverzekeraars over verschillende instrumenten beschikken om

⁶³Zie NVZ: *bevoorschotting mag geen drukmiddel zijn*, Zorgvisie 28 augustus 2012

(<http://www.zorgvisie.nl/Financien/14691/NVZ-bevoorschotting-mag-geen-drukmiddel-zijn.htm>).

in te zetten tijdens de onderhandelingen. Zij contracteren niet langer elke aanbieder voor elke behandeling en ze zijn binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord gebleven. Zorgverzekeraars hebben zich optimistisch getoond over hun mogelijkheden om het fusieziekenhuis met behulp van de voorhanden mogelijkheden dusdanig te disciplineren dat prijsverhogingen als gevolg van de concentratie niet aan de orde zullen zijn. Hoewel zorgverzekeraars over genoemde mogelijkheden beschikken, is niet duidelijk welke dreiging er precies van uit gaat. Concrete voorbeelden zijn er immers nog weinig en de effectiviteit ervan is nog niet vast te stellen.

125. Het door de zorgverzekeraars uitgesproken optimisme over hun disciplineringsmogelijkheden is, juist vanwege het transitiekarakter van de markt, gebaseerd op slechts beperkte ervaringen uit het (al dan niet nabije) verleden. De mogelijkheden waarover zorgverzekeraars beschikken om ziekenhuizen op prijs te disciplineren in 2012 zijn namelijk beperkt ingezet en bij sommige mogelijkheden plaatsen zorgverzekeraars ook nuanceringen. Zorgverzekeraars geven aan ook niet meteen in te grijpen als een instelling een hogere prijs vraagt dan andere ziekenhuizen, maar wel na verloop van tijd. Voor de NMa is het derhalve onzeker of het door de zorgverzekeraars geuite optimisme ook gerechtvaardigd is.

Zienswijze NZa

126. De NZa heeft op 26 juli 2012 een zienswijze in onderhavige zaak afgegeven. In haar zienswijze gaat de NZa achtereenvolgens in op de uitkomsten van econometrische modellen, de zienswijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ), selectief inkopen en aanmerkelijke marktmacht.

Econometrische modellen

127. De NZa geeft in haar zienswijze aan dat zij een tweetal econometrische methoden (Option Demand en Logit Competition Index) heeft ingezet om nader te bepalen wat de effecten van de onderhavige concentratie kunnen zijn. Voor een uitgebreide omschrijving van deze methoden, de werking daarvan, de gebruikte data, etc. wordt verwezen naar de zienswijze van de NZa.⁶⁴ De modellen voorspellen als gevolg van de voorgenomen concentratie een prijsstijging van circa 22-27% voor het SEZ en van circa 25-33% voor TSZ.⁶⁵

128. De NZa heeft bij de berekening van deze prijsstijgingen geen rekening gehouden met eventuele efficiency- en synergievoordelen die door de concentratie zouden kunnen worden behaald, omdat zij niet de beschikking heeft over een goede inschatting van de

⁶⁴ Zie de website van de NZa: www.nza.nl.

⁶⁵ De uitkomsten verschillen per gebruikte methode en per markt (klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg).

efficiencywinsten van onderhavige concentratie. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met eventuele toekomstige toe- en uittreding van concurrenten omdat op dit moment niet voldoende duidelijk is of en zo ja welke plannen worden geïmplementeerd en welke concrete zorg op welke locatie zal worden aangeboden.

129. 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. De in onderhavige zaak voorspelde prijseffecten zijn hoog.

130. 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.

Zienswijze van IGZ

131. De IGZ heeft op 25 juni 2012, conform de afspraken tussen de NMa, de NZa en de IGZ, de NZa een zienswijze gegeven over de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit van de zorg. De IGZ geeft aan dat haar bevindingen een retrospectief karakter hebben en gebaseerd zijn op kwaliteitsinformatie of toezichtsbezoeken uit het verleden. De IGZ geeft daarbij aan dat een prospectieve uitspraak over de kwaliteit van de zorg voor de IGZ niet mogelijk is. Op basis van de door de IGZ verzamelde informatie is geen reden om te veronderstellen dat de veiligheid van de patiëntenzorg in het geding is.

Selectief inkopen

132. De NZa constateert dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de huidige contracteerronde voorzichtig eerste stappen zetten op het pad van selectieve contractering. De NZa acht het van belang dat partijen de ruimte krijgen om de ambities van het Hoofdlijnenakkoord waar te maken, maar wijst er ten overvloede op dat dit hoe dan ook zal moeten gebeuren binnen de wettelijke kaders. De ziekenhuisbekostiging bevindt zich momenteel in een overgangsfase richting prestatiebekostiging. Het voorkomen van het ontstaan van machtspositie(s) ten nadele van de consument is dan des te meer van belang.

Aanmerkelijk marktmacht

133. De NZa geeft tenslotte aan dat zij in de afgegeven zienswijze geen oordeel geeft ten aanzien van het feit of SEZ en TSZ dan wel in het geval de vergunning door de NMa wordt verleend het fusieziekenhuis al dan niet beschikt over aanmerkelijke marktmacht (hierna: AMM). Indien de voorgenomen concentratie doorgang vindt, kan de NZa overgaan tot een onderzoek op grond van artikel 18 en/of 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) om AMM vast te stellen. Indien de NZa na een dergelijk onderzoek vaststelt dat er sprake is van AMM, dan kan zij verplichtingen zoals genoemd in artikel 48 Wmg opleggen.

Conclusie gevolgen voorgenomen concentratie

134. Op basis van patiëntenstromen concludeert de NMa dat partijen hoge gezamenlijke marktaandelen hebben en de concurrentiedruk van andere ziekenhuizen, die buiten het werkgebied van partijen gevestigd zijn, beperkt is. Daar komt bij dat er grote overlap is tussen de werkgebieden van partijen en de modellen van de NZa een hoog prijseffect voorspellen.

135. Naar het oordeel van de Raad zouden zorgverzekeraars mogelijk in staat kunnen zijn om partijen na de concentratie te disciplineren. In het geval dat zorgverzekeraars in staat zullen blijken partijen ook na de concentratie te disciplineren ontstaat geen mededingingsprobleem. De geografische dimensie van de markt is in dat geval ruim en de bijbehorende marktaandelen navenant lager. Het is echter evenzeer mogelijk dat de zorgverzekeraars in de (nabije) toekomst onvoldoende in staat blijken te zijn de ziekenhuizen na de concentratie te disciplineren, waardoor partijen hun prijzen significant kunnen verhogen. In het licht van deze onzekerheid hebben partijen toegezegd zich te zullen houden aan een prijsplafond (zie punten 136 tot en met 140).

VII. PRIJSPLAFOND

Inleiding

136. Zoals in punt 134 beschreven acht de Raad significante prijsstijgingen als gevolg van de concentratie niet onaannemelijk in het geval zorgverzekeraars onvoldoende in staat blijken het fusieziekenhuis te disciplineren. In het licht van deze mogelijke negatieve gevolgen, hebben partijen toegezegd om een prijsplafond te hanteren.

Prijsplafond

137. Het prijsplafond is als bijlage 3 bij dit besluit gevoegd. Het prijsplafond bepaalt, samengevat, dat het gefuseerde ziekenhuis na de concentratie de gewogen gemiddelde prijzen

voor DBC-zorgproducten⁶⁶ in het B-segment niet meer zal laten stijgen dan de gewogen gemiddelde prijsontwikkeling zoals weergegeven in het prijsplafond (hierna: het prijsplafond).⁶⁷ Het prijsplafond geldt voor DBC-zorgproducten in het B-segment. Het betreft de integrale prijs van het DBC-zorgproduct, inclusief de honoraria van medisch specialisten en de kapitaalslasten.

138. Partijen voorzien het einde van de transitiefase per 1 januari 2015. Gelet op de onzekerheid over het precieze einde van de transitiefase geldt het prijsplafond tenminste tot 1 januari 2016. Wanneer de NMa vóór 1 juli 2015 zwaarwegende feiten en omstandigheden ziet waardoor het noodzakelijk is het prijsplafond ook na 1 januari 2016 voort te zetten, zullen het fusieziekenhuis en de NMa hierover in onderling overleg treden.

139. Vanwege het transitiekarakter van de markt, bestaat er momenteel onzekerheid over de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om ziekenhuizen te kunnen disciplineren. Zoals eerder in de punten 92 tot en met 125 is opgemerkt, zijn zorgverzekeraars optimistisch over hun disciplineringsmogelijkheden, maar is het op dit moment nog onzeker of dit optimisme gerechtvaardigd is. Met het prijsplafond zegt het gefuseerde ziekenhuis toe dat haar prijzen voor DBC-zorgproducten in het vrij onderhandelbare B-segment tot en met 2015 niet bovengemiddeld zullen stijgen. Door het prijsplafond komen partijen naar het oordeel van de Raad tegemoet aan de onzekerheid die momenteel bestaat over de disciplineringsmogelijkheden van zorgverzekeraars. De verwachting is dat deze disciplineringsmogelijkheden vanaf 2016 meer zijn uitgekristalliseerd en dat daarmee de onzekerheid hierover is verdwenen, althans substantieel is afgenomen.⁶⁸

Monitoring en rapportageverplichting

140. Het gefuseerde ziekenhuis zal steeds vóór 1 juli van jaar t (het jaar waarop de tussen het fusieziekenhuis en zorgverzekeraars afgesproken prijzen onder het prijsplafond dienen te vallen) de NMa door middel van een definitieve berekening laten weten of het in jaar t het prijsplafond al dan niet heeft overschreden. Deze rapportage zal vergezeld gaan van door een accountant gevalideerde onderliggende berekeningen.

⁶⁶ Voorheen DBC's of DOT's.

⁶⁷ Het prijsplafond sluit aan bij de prijsindex die door de NZa wordt gebruikt om de prijsontwikkeling van het A-segment vast te stellen.

⁶⁸ Indien voor 1 juli 2015 blijkt dat de onzekerheid over de disciplineringsmogelijkheden is blijven bestaan of is toegenomen, of de disciplineringsmogelijkheden genoemd in de punten 92 tot en met 125 niet tot aanwijsbare en concrete resultaten hebben geleid, is de Raad van mening dat sprake kan zijn van een zwaarwegende omstandigheid, zoals genoemd in punt 138.

VIII. CONCLUSIE

141. Op grond van het voorgaande is de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de operatie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt. De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit is, mede gelet op het door partijen aangeboden prijsplafond, van oordeel dat als de voorgenomen concentratie wordt voltrokken, de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan niet op significante wijze zal worden belemmerd.

142. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor de concentratie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft, een vergunning wordt verleend.

Datum: 2 november 2012

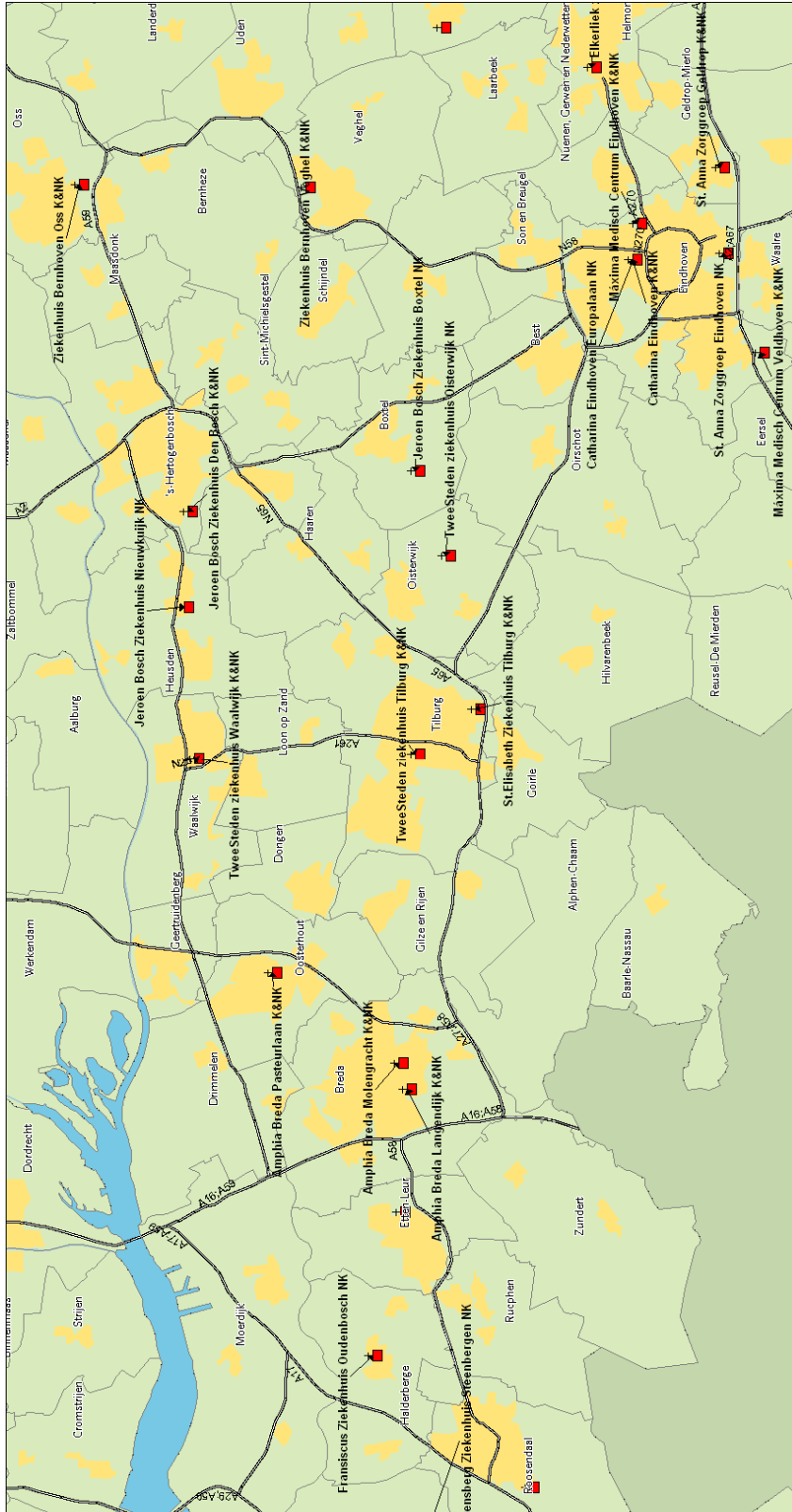
De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,
namens deze,

w.g. Henk Don
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 Rechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM, Rotterdam.

Bijlage 1

Kaart met alle ziekenhuislocaties in Noord-Brabant



Bijlage 2

Tabel 4: Herkomst patiënten van SEZ in 2010

K = klinische ziekenhuiszorg, NK = niet-klinische ziekenhuiszorg

Gemeente	K	NK
	2010	2010
Aalburg	[0-10]%	[0-10]%
Alphen-Chaam	[0-10]%	[0-10]%
Baarle-Nassau	[0-10]%	[0-10]%
Bladel	[0-10]%	[0-10]%
Boxtel	[0-10]%	[0-10]%
Dongen	[0-10]%	[0-10]%
Geertruidenberg	[0-10]%	[0-10]%
Gilze en Rijen	[0-10]%	[0-10]%
Goirle	[0-10]%	[0-10]%
Haaren	[0-10]%	[0-10]%
Heusden	[0-10]%	[0-10]%
Hilvarenbeek	[0-10]%	[0-10]%
Loon op Zand	[0-10]%	[0-10]%
Oirschot	[0-10]%	[0-10]%
Oisterwijk	[0-10]%	[0-10]%
Oosterhout	[0-10]%	[0-10]%
Reusel-De Mierden	[0-10]%	[0-10]%
Tilburg	[40-50]%	[40-50]%
Vught	[0-10]%	[0-10]%
Waalwijk	[0-10]%	[0-10]%

Tabel 5: Herkomst patiënten van TSZ in 2010

K = klinische ziekenhuiszorg, NK = niet-klinische ziekenhuiszorg

Gemeente	K	NK
	2010	2010
Aalburg	[0-10]%	[0-10]%
Alphen-Chaam	[0-10]%	[0-10]%
Baarle-Nassau	[0-10]%	[0-10]%
Bladel	[0-10]%	[0-10]%
Boxtel	[0-10]%	[0-10]%
Dongen	[0-10]%	[0-10]%
Geertruidenberg	[0-10]%	[0-10]%
Gilze en Rijen	[0-10]%	[0-10]%
Goirle	[0-10]%	[0-10]%
Haaren	[0-10]%	[0-10]%
Heusden	[0-10]%	[0-10]%
Hilvarenbeek	[0-10]%	[0-10]%
Loon op Zand	[10-20]%	[0-10]%
Oirschot	[0-10]%	[0-10]%
Oisterwijk	[0-10]%	[0-10]%
Oosterhout	[0-10]%	[0-10]%
Reusel-De Mierden	[0-10]%	[0-10]%
Tilburg	[50-60]%	[40-50]%
Vught	[0-10]%	[0-10]%
Waalwijk	[10-20]%	[10-20]%

Tabel 6: Klinische ziekenhuiszorg, 2010, bestemming patiënten per gemeente (in %)

Gemeente	Partijen	SEZ	TSZ	Amphia	JBZ	Catharina	MMC	Overig
Aalburg	[20-30]	[0-10]	[20-30]	[0-10]	[50-60]	[0-10]	[0-10]	[20-30]
Alphen-Chaam	[30-40]	[20-30]	[0-10]	[50-60]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Baarle-Nassau	[20-30]	[20-30]	[0-10]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Bladel	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[10-20]	[70-80]	[0-10]
Boxtel	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[70-80]	[10-20]	[0-10]	[0-10]
Dongen	[50-60]	[10-20]	[40-50]	[30-40]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Geertruidenberg	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Gilze en Rijen	[30-40]	[20-30]	[10-20]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Goirle	[90-100]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Haaren	[50-60]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[30-40]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Heusden	[20-30]	[0-10]	[20-30]	[0-10]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Hilvarenbeek	[90-100]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Loon op Zand	[80-90]	[10-20]	[70-80]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Oirschot	[20-30]	[20-30]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[50-60]	[10-20]	[0-10]
Oisterwijk	[80-90]	[70-80]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Oosterhout	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Reusel-De Mierden	[40-50]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[40-50]	[0-10]
Tilburg	[90-100]	[50-60]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Vught	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Waalwijk	[80-90]	[10-20]	[70-80]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]

Tabel 7: Niet-klinische ziekenhuiszorg, 2010, bestemming patiënten per gemeente (in %)

Gemeente	Partijen	SEZ	TSZ	Amphia	JBZ	Catharina	MMC	Overig
Aalburg	[30-40]	[0-10]	[20-30]	[0-10]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[10-20]
Alphen-Chaam	[30-40]	[20-30]	[0-10]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Baarle-Nassau	[30-40]	[20-30]	[0-10]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Bladel	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[70-80]	[0-10]
Boxtel	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[70-80]	[10-20]	[0-10]	[0-10]
Dongen	[50-60]	[10-20]	[40-50]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Geertruidenberg	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Gilze en Rijen	[30-40]	[20-30]	[10-20]	[60-70]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Goirle	[90-100]	[80-90]	[10-20]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Haaren	[50-60]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[30-40]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Heusden	[30-40]	[0-10]	[20-30]	[0-10]	[50-60]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Hilvarenbeek	[90-100]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Loon op Zand	[90-100]	[10-20]	[70-80]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Oirschot	[20-30]	[20-30]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[40-50]	[10-20]	[0-10]
Oisterwijk	[90-100]	[70-80]	[10-20]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Oosterhout	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Reusel-De Mierden	[40-50]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[40-50]	[0-10]
Tilburg	[90-100]	[40-50]	[40-50]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Vught	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[80-90]	[0-10]	[0-10]	[0-10]
Waalwijk	[80-90]	[10-20]	[70-80]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]	[0-10]

Bijlage 3

Prijsplafond

1. **Prijsindex^{FV}** over jaar t is gelijk aan:

$$\frac{\text{Som van } ((P^t - P^{2012}) \times Q^{2012} \text{ per DOT})}{\text{Som van } (P^{2012} \times Q^{2012} \text{ per DOT})} \times 100\%$$

2. Bij deze breuk bestaat de teller uit de som van de volumina per DOT in het vrije segment in jaar 2012, vermenigvuldigd met de gecontracteerde prijs in jaar t minus de gerealiseerde prijs in jaar 2012 van die DOT. De noemer bestaat uit de som van de gerealiseerde omzetten ($P \times Q$) van iedere DOT in het vrije segment in jaar 2012. De prijs (P) is gelijk aan het gewogen gemiddelde van de per verzekeraar gerealiseerde of gecontracteerde prijs per DOT.

3. Als **prijsplafond** over jaar t wordt uitgegaan van het [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. Ingeval het Fusieziekenhuis geconfronteerd wordt met kostenstijgingen die het [REDACTED]

overschrijden tengevolge van omstandigheden als hierna onder rnr. 6 vermeld, dan wel dergelijke kostenstijgingen uit anderen hoofde, waardoor van het Fusieziekenhuis naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet verlangd kan worden de toezegging ongewijzigd gestand te doen zal het Fusieziekenhuis deze kostenstijgingen inzichtelijk maken voor en overleggen aan de NMa (inclusief een accountantsverklaring) en zullen deze kostenstijgingen worden geëlimineerd uit en derhalve niet meetellen voor de Prijsindex^{FV}.

6. Omstandigheden als hiervoor onder rnr. 5 omschreven zijn onder meer:

- Het meer dan gemiddeld (op voorschrift) verlenen van extra zorg, extra service of het doorvoeren van noodzakelijke dure technologie of behandeltechnische vernieuwingen, dan wel verruiming van bestaande DOTs met zogenaamde add-ons, zoals kostbare farmaceutica (bijv. groeihormonen per 2013);
- Profielwijzigingen van het Fusieziekenhuis, bijvoorbeeld ten gevolge van selectieve inkoop van zorgverzekeraars;
- Sectorbrede ontwikkelingen met wezenlijke effecten op prijzen, bijvoorbeeld in geval van ziekenhuisverplaatste zorg, verschuivingen tussen eerste en tweede lijn, verschuiving tussen extramurale en intramurale farmacie;
- Wijzigingen in de kapitaallasten en/of wijzigingen in de verhouding van loon-dienstspecialisten-vrijgevestigde specialisten;
- Wijzigingen in de hoogte van het honorarium medisch specialisten buiten de invloedssfeer van de ziekenhuizen, zoals die tot stand komen op basis van landelijke afspraken of ten gevolge ontwikkelingen [REDACTED]
- Overschrijding van het prijsplafond wegens een lager dan verwacht gerealiseerd volume voor het deel van de productie waarover lumpsumafspraken zijn gemaakt tussen het Fusieziekenhuis en één of meerdere zorgverzekeraars.

7. Aangezien 2012 het laatste jaar is waarover individueel is onderhandeld met de zorgverzekeraars, wordt 2012 voor alle komende jaren als referentiejaar gehanteerd, zowel voor de Prijsindex^{FV} als voor het [REDACTED]
8. Het Fusieziekenhuis levert de Prijsindex^{FV} over jaar t , met onderliggende berekeningen, voorzien van een door een accountant gevalideerde berekening, aan de NMa uiterlijk op 1 juli van het jaar t . Indien de accountant van het Fusieziekenhuis verklaart dat onzekerheden in de landelijke DOT-systematiek en/of lumpsumafspraken een goedkeurende verklaring onmogelijk maakt, zal het ziekenhuis die onzekerheid in de landelijke systematiek niet worden aangerekend en zal de eis van een door een accountant gevalideerde berekening vervallen.
9. Deze toezegging eindigt na voltooiing van de transitiefase van het zorgstelsel, in de zin dat het Fusieziekenhuis geen cijfers meer hoeft aan te leveren die betrekking hebben op jaren na voltooiing van de transitiefase. Partijen voorzien het einde van de transitiefase per 1 januari 2015. Gelet op de onzekerheid over het precieze einde van de transitiefase geldt het prijsplafond tenminste tot 1 januari 2016. Indien de NMa, dan wel haar rechtsopvolger, vóór 1 juli 2015 zwaarwegende feiten en omstandigheden aangeeft dat de transitie *de facto* nog niet is voltooid, waardoor het noodzakelijk is de regeling ook na 1 januari 2016 voort te zetten, zullen partijen en de NMa de regeling in onderling overleg voor een jaar voort zetten.
10. Voornoemde regeling is nadrukkelijk geen voorschrift of beperking in de zin van art 41 lid 4 Mw of remedie in de zin van de Richtsnoeren Remedies 2007 van 21 september 2007.