

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

Besluit van de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 37 van de Mededingingswet.

Nummer 3524 / 47

Betreft zaak: Juliana Kinderziekenhuis/ Rode Kruis Ziekenhuis - Leyenburg Ziekenhuis

I. MELDING

1. Op 28 augustus 2003 heeft de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat de Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis en de Stichting Ziekenhuis Leyenburg voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 166 van 29 augustus 2003. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen.

II. PARTIJEN

2. Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis (hierna: JKZ/RKZ) is een stichting naar Nederlands recht. Het JKZ/RKZ biedt specialistische gezondheidszorg aan kinderen en volwassenen die in medisch, paramedisch of verpleegkundig opzicht onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging behoeven.

3. Het JKZ/RKZ exploiteert twee ziekenhuislocaties in Den Haag. Het Juliana Kinderziekenhuis (hierna: JKZ) is een categoriaal ziekenhuis¹, waarin brede algemene kindergeneeskundige en kinderheelkundige zorg wordt geboden. Het Rode Kruis Ziekenhuis (hierna: RKZ) is een algemeen ziekenhuis² dat zorg biedt met betrekking tot alle basisspecialismen, met uitzondering van oogheelkunde.

4. Stichting Ziekenhuis Leyenburg (hierna: ZL) is een stichting naar Nederlands recht. ZL biedt zorg aan vanuit één locatie in Den Haag, bestaande uit het verrichten van onderzoek en het behandelen, verplegen en verzorgen van zieken. ZL is een algemeen ziekenhuis.

¹ Categorie ziekenhuizen bieden, net als academische en algemene ziekenhuizen, medisch specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging aan, met dit verschil dat de behandeling en verzorging zich beperkt tot slechts één of enkele specialismen.

² Zie punt 37.

III. DE GEMELDE OPERATIE

5. De gemelde operatie betreft een juridische fusie. Ten gevolge van de fusie zullen JKZ/RKZ en ZL ophouden te bestaan en zal een nieuwe stichting de vermogens van JKZ/RKZ en ZL onder algemene titel verkrijgen. Partijen hebben hieromtrent onder andere de volgende stukken overgelegd: 'Voorstel tot fusie, Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis en Ziekenhuis Leyenburg' van 7 juli 2003, 'Toelichting op voorstel tot fusie SSZ Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis, Ziekenhuis Leyenburg, De beste zorg is niet goed genoeg' van 30 juni 2003 en de 'Statuten Fusiestichting SSZ JKZ/RKZ-ZL' van 30 juni 2003.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT

6. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. In eerdere besluiten³ is reeds geconcludeerd dat ziekenhuizen kunnen worden aangemerkt als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet. De hierboven, onder punt 5, omschreven transactie leidt er toe dat twee voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.

7. Betrokken ondernemingen bij de onderhavige fusie zijn JKZ/RKZ en ZL. De afzonderlijke maatschappijen van specialisten worden niet als betrokken ondernemingen aangemerkt. Het zijn de ziekenhuizen JKZ/RKZ en ZL die de zorgproducten aanbieden op de markt. Dit volgt uit de verhouding tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Een aantal medisch specialisten heeft een dienstverband met het ziekenhuis. Daarnaast werken de vrijgevestigde medisch specialisten via toelatingscontracten⁴ in ziekenhuizen. De relatie tussen ziekenhuizen en de vrijgevestigde medisch specialisten die aan een ziekenhuis zijn verbonden, kan voor de toepassing van het mededingingsrecht worden aangemerkt als een inkooprelatie. Vrijgevestigde medisch specialisten zijn in dit verband te zien als toeleveranciers van het ziekenhuis. Het ziekenhuis draagt de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg en de integrale kwaliteit daarvan. De vrijgevestigde medisch specialist is verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling en verzorging van zijn patiënten, maar dient hierbij het organisatorische en financiële kader, aangegeven door het bestuur van het ziekenhuis, in acht te nemen.⁵ Ook op grond van wetgeving is er voor patiënten één aanspraak op medisch

³ Zie onder meer het besluit van 5 juni 1998 in zaak 165/*Sophia Ziekenhuis - Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden*.

⁴ Hiervoor zijn de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een modeltoelatingsovereenkomst overeengekomen, dat door meer dan 90% van de vrijgevestigde medisch specialisten wordt gebruikt.

⁵ Dit volgt uit de Wet integratie medisch specialistische zorg.

specialistische zorg (zowel medisch specialistische zorg als ziekenhuiszorg) verstrekt door of vanwege het ziekenhuis.⁶

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

I. BEOORDELING

A. RUIMTE VOOR CONCURRENTIE

Wet- en regelgeving

9. In eerdere besluiten⁷ werd geconcludeerd dat, door de destijds geldende stringente wet- en regelgeving alsmede de toepassing daarvan, daadwerkelijke mededinging tussen ziekenhuizen was uitgesloten.

10. In deze eerdere besluiten⁸ is echter al onderkend dat het beleid op het gebied van de ziekenhuiszorg in ontwikkeling was. De overheid streeft reeds gedurende een aantal jaren naar meer vraaggestuurde zorg met een grotere rol voor onderling concurrerend gedrag van ziekenhuizen. De overheid wenst de transitie van aanbodsturing naar vraagsturing te bevorderen en een nadrukkelijker accent te leggen op de eigen verantwoordelijkheid van spelers in de zorgsector. Er is een vernieuwing van het zorgstelsel ingezet die mede ziet op invoering van meer marktwerking.⁹ In de loop der jaren is het streven van de overheid naar meer vraaggestuurde zorg tevens geformaliseerd in verschillende aanpassingen van de wet- en regelgeving.

11. De NMa heeft daarom opnieuw onderzocht of de huidige stand van wet- en regelgeving in deze sector en de toepassing ervan het mogelijk maken dat ziekenhuizen met elkaar in concurrentie treden. Het resultaat van dit onderzoek is vastgelegd in een Consultatiedocument

⁶ De rekeningen worden doorgaans via het ziekenhuis naar de patiënt gestuurd. Dit volgt eveneens uit de Wet integratie medisch specialistische zorg. Strikt genomen is deze wet niet van toepassing op particulier verzekerden. Echter, in de praktijk wordt door medisch specialisten en ziekenhuizen in de wijze van declareren in beginsel geen onderscheid gemaakt tussen patiëntenstromen (particulier vs. ziekenfonds verzekerd). Voorts is van belang dat ruim 60% van de Nederlandse bevolking ziekenfondsverzekerd is.

⁷ Zie onder meer het besluit in zaak 165/*Sophia Ziekenhuis - Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden*, reeds aangehaald, het besluit van 24 juli 2001 in zaak 2589/*Diaconessenhuis Eindhoven - St. Jozeph Ziekenhuis* en laatstelijk het besluit van 14 maart 2002 in zaak 2877/*Sint Antonius Ziekenhuis - Mesos Medisch Centrum*.

⁸ Zie in het bijzonder 2877/*Sint Antonius Ziekenhuis - Mesos Medisch Centrum*, reeds aangehaald.

⁹ Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres), MvT, Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2003-2004, 29379, nr. 3.

dat in juni 2003 is uitgebracht.¹⁰ Aan de hand van het Consultatiedocument en reacties daarop vanuit de sector is op 22 januari 2004 een Visiedocument¹¹ gepubliceerd, waarin geconcludeerd is dat er ruimte is voor concurrentie tussen ziekenhuizen. Hierna zullen de voor onderhavige zaak relevante overwegingen uit het Visiedocument worden weergegeven.

12. Voor het bestaan van concurrentie tussen ziekenhuizen is het noodzakelijk dat zij zich als aanbieders van ziekenhuiszorg van elkaar kunnen onderscheiden. Hiertoe dienen zij een zekere mate van vrijheid te hebben in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm en/of kwaliteit van hun diensten, waardoor zij invloed kunnen uitoefenen op de vraag naar hun product¹² en daarmee op hun inkomsten. De NMa heeft onderzocht of ziekenhuizen op dit moment beschikken over ruimte om zich te onderscheiden en daarmee hun inkomsten kunnen beïnvloeden. Uit het onderzoek is het volgende naar voren gekomen.

13. De regulering op het gebied van ziekenhuiszorg biedt ziekenhuizen in toenemende mate mogelijkheden extra inkomsten te genereren. Ziekenhuizen zijn weliswaar gebudgetteerde instellingen, maar door de aanwezigheid van een aantal productie- en *efficiency*prykkels in het huidige budgetsysteem voor ziekenhuizen zijn zij in staat om de hoogte van hun inkomsten te beïnvloeden. Deze beïnvloeding kan plaatsvinden door zich van andere ziekenhuizen te onderscheiden op voor patiënten belangrijke factoren als een innovatief of onderscheidend zorgaanbod, goede service en kwaliteit.

14. Een voorbeeld van een productieprikkel is de mogelijkheid van nacalculatie. De invoering van nacalculatiemogelijkheden is een eerste belangrijke wijziging in de budgetsystematiek. Voorheen waren de kosten van een ziekenhuis gemaximeerd tot de hoogte van het vooraf afgesproken budget. Sinds 2001 is het zogenoemde budgetplafond voor ziekenhuizen verdwenen, waarmee het ziekenhuis meer directe invloed heeft op haar inkomsten. De daadwerkelijke productie van het ziekenhuis is nu immers bepalend voor het uiteindelijke budget. Ziekenhuizen kunnen - in overleg met de zorgverzekeraars - zoveel zorg als nodig aanbieden en dit via een nacalculatie in het volgende jaar vergoed krijgen. Dit wordt het 'boter-bij-de-vis-principe' genoemd. De variabele kosten die variëren met de bedrijfsdruk worden hierbij vergoed. Anderzijds is er ook sprake van een 'negatieve nacalculatie' als ziekenhuizen minder produceren dan afgesproken met de zorgverzekeraars.

¹⁰ Concurrentie in de ziekenhuissector, Consultatiedocument van 24 juni 2003. Te vinden op www.nmanet.nl.

¹¹ Concurrentie in de ziekenhuissector, Visiedocument van 22 januari 2004. Te vinden op www.nmanet.nl.

¹² Uit onderzoek dat ECORYS-NEI in opdracht van de NMa heeft uitgevoerd is naar voren gekomen dat voor patiënten - naast reistijd - in ieder geval de deskundigheid van het personeel (kwaliteit) een belangrijke factor voor de keuze voor een bepaald ziekenhuis is. Mede van belang bij deze keuze zijn factoren als informatieverstrekking door personeel, de bejegening, de wachttijd en de aanwezige voorzieningen. Ziekenhuizen kunnen zich op deze factoren aldus onderscheiden ten opzichte van andere aanbieders. Bron: ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

15. Tevens hebben ziekenhuizen de mogelijkheid om in lokaal overleg met zorgverzekeraars toeslagen af te spreken voor zogeheten zorgvernieuwingprojecten. Deze toeslagen worden toegevoegd aan het budget van het ziekenhuis. Ten slotte kunnen ziekenhuizen bepaalde opbrengsten buiten het budget om ontvangen.¹³ Voorbeelden van deze vrij besteedbare inkomsten zijn levering van extramurale¹⁴ farmaceutische hulp, inkomsten uit derde compartimentszorg¹⁵ en sponsoring.

16. Een voorbeeld van een *efficiency*prikkel is dat het ziekenhuis is toegestaan om het budgetresultaat (verschil tussen het budget en de daadwerkelijk gemaakte kosten¹⁶) te behouden. Hiermee vertaalt een verhoogde *efficiency* zich automatisch in meer reserves. De activiteiten zijn voor rekening en risico van het ziekenhuis en het resultaat komt ten laste van of ten goede aan de reserve van het ziekenhuis. Deze reserve is niet gemaximeerd.

17. Ziekenhuizen kunnen alle bovengenoemde inkomsten verkrijgen, doordat zij zelf op een groot aantal punten hun aanbod vorm kunnen geven, zoals met betrekking tot de hoeveelheid, samenstelling, vorm en/of de kwaliteit van hun diensten. Op basis van de Wet op de Ziekenhuisvoorzieningen (hierna: WZV) dienen de ziekenhuizen wel een uitgebreide vergunningsprocedure te doorlopen wanneer zij uitbreidingsplannen hebben waarbij verbouwingen en extra bedden capaciteit nodig zijn. Daarentegen behelst de WZV een versnelde meldingsprocedure voor het geval de bouw/uitbreiding niet gepaard gaat met de uitbreiding van de bedden capaciteit.

18. Volgens opgave van partijen en uit marktonderzoek is naar voren gekomen dat er in Nederland een trend is waar te nemen van een toename van het aantal dagbehandelingen, een afname van het aantal klinische opnamen en een daling van de verpleegduur van de verschillende behandelingen. Hierdoor is een situatie ontstaan waarin de bij ziekenhuizen aanwezige bedden niet volledig worden benut. Ziekenhuizen kunnen in ieder geval – zonder het doorlopen van de langere vergunningsprocedure – uitbreiden voor zover er nog ruimte is binnen de bestaande bedden capaciteit en/of voor zover er voor de uitbreiding geen extra bedden nodig zijn, aangezien voor de desbetreffende behandelingen (tegenwoordig) geen opname (meer) nodig is. In de huidige praktijk blijken de meeste uitbreidingen via de versnelde meldingsprocedure te worden

¹³ Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen, College Tarieven Gezondheidszorg (hierna: CTG), I-433, I-393 en III-564.

¹⁴ Buiten de muren van de betrokken instelling.

¹⁵ Eerste compartimentszorg bestaat uit langdurige zorg en de zogeheten onverzekerbare medische risico's. Het tweede compartiment bevat kortdurende noodzakelijke geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Het derde compartiment bevat zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is ondergebracht en waarvoor iedere burger zich vrijwillig aanvullend kan verzekeren.

¹⁶ Dit geldt niet voor extra of minder kosten in verband met extra of minder productie.

uitgevoerd. Daarnaast is er voor de uitbreiding van het aantal specialisten geen vergunning nodig en geeft de WZV ziekenhuizen de vrijheid om het aantal bedden te reduceren om de oppervlakte die daarmee vrij komt te gebruiken voor andere activiteiten.

Zelfstandige behandelcentra

19. Ook voor andere aanbieders van bepaalde ziekenhuiszorg dan ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra¹⁷ (hierna: zbc's), is de regelgeving sinds juni 2003 versoepeld.¹⁸ Zbc's mogen tegenwoordig ook behandelingen aanbieden waarvoor geen wachtlijst bestaat en zij hoeven niet langer over een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis te beschikken. De zbc's in oprichting hoeven niet langer rekening te houden met de visie van de marktleidende zorgverzekeraar in een regio en de naburige ziekenhuizen. Tevens is de vergunningaanvraag verkort en vereenvoudigd, waardoor toetreding makkelijker is geworden. Deze aanbieders zijn daarom sneller in staat in te spelen op de vraag naar bepaalde behandelingen. Ook zijn zij minder dan ziekenhuizen onderworpen aan regelgeving, waardoor zij eenvoudiger hun aanbod kunnen aanpassen op bijvoorbeeld vraagverschuivingen en daarmee concurrentiedruk uitoefenen op ziekenhuizen.

Zorgverzekeraars

20. Hoewel zorgverzekeraars op basis van hun contracteerplicht ex artikel 47 Ziekenfondswet verplicht zijn ieder ziekenhuis in hun werkgebied te contracteren, kunnen zij bij de inkooponderhandelingen van zorg tot op zekere hoogte afnemersdruk uitoefenen. In principe geldt het beginsel van de vrije keuze voor patiënten, maar zorgverzekeraars kunnen trachten de keuze van patiënten voor ziekenhuizen te beïnvloeden via bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling en behandelingen in het buitenland. Volgens een onderzoek van het onderzoeksbureau ECORYS-NEI dat is uitgevoerd in opdracht van de NMa blijken patiënten steeds meer bereid te zijn naar ziekenhuizen in het buitenland te gaan. Dit geldt met name voor bewoners van een grensregio.¹⁹

Conclusie

21. De uitkomsten van het onderzoek ten behoeve van het Consultatiedocument, het Visiedocument en het onderzoek in het kader van onderhavige zaak bevestigen het beeld dat ziekenhuizen zich op grond van de huidige wet- en regelgeving als aanbieders van elkaar kunnen onderscheiden, waardoor hun inkomsten worden beïnvloed.

¹⁷ Zelfstandige behandelcentra zijn organisatorische verbanden die niet deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis en die strekken tot de verlening van medisch specialistische zorg behorende tot het tweede compartiment.

¹⁸ Wijziging regelingen op grond van Wet Ziekenhuisvoorzieningen inzake zelfstandige behandelcentra, 28 juni 2003.

¹⁹ ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

Toekomstige ontwikkeling

22. Overigens kan worden opgemerkt dat de tarieven die ziekenhuizen aan zorgverzekeraars in rekening brengen op dit moment (nog) vaste tarieven zijn. Ziekenhuizen kunnen in beginsel dus niet differentiëren naar prijzen, maar wel op basis van andere factoren, zoals een innovatief of onderscheidend zorgaanbod, goede service en kwaliteit (zie ook punt 13). Dit is slechts anders voor zover het behandelingen betreft waarvoor sinds 1 januari 2003 in het kader van het 'Experiment ruimte voor resultaat' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reeds vrije onderhandelingen over de prijs van diagnosebehandelcombinaties (hierna: dbc's) mogelijk zijn (op vrijwillige basis). Vanaf die datum is er sprake van een experimenteerfase voor een beperkt aantal²⁰ van de dbc's. Dbc's omvatten, eenvoudig weergegeven, alle diensten die een ziekenhuis verleent aan een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag.

23. Per 1 juli 2004 zal bovendien sprake zijn van een verplichte invoering van een nieuw financieringsstelsel dat is gebaseerd op prestaties en de daarmee samenhangende kosten.²¹ Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zullen vanaf die datum voor - om te beginnen - 10% van de landelijke ziekenhuisproductie²² aan de hand van dbc's moeten onderhandelen over niet alleen kwaliteit en volume, maar ook over de prijs. Het is de lijn van het huidige kabinet om vanaf 2005 dit vrije segment gefaseerd uit te breiden.²³ Voor dit vrije segment zal de contracteerplicht²⁴ komen te vervallen.

Praktijk

24. In de praktijk blijkt dat ziekenhuizen de vanaf punt 14 genoemde productieprikkel oppikken. Uit onderzoek van het onderzoeksbureau Prismant dat in opdracht van de NMa is uitgevoerd naar de effecten van de invoering van het 'boter-bij-de-vis-principe' per 1 januari 2001 is bijvoorbeeld gebleken dat ziekenhuizen, na invoering van bovengenoemd principe, daadwerkelijk extra zorg zijn gaan leveren. Hierbij concludeert Prismant dat het niet aannemelijk

²⁰ Het betreft circa 7% van de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg in Nederland.

²¹ Onder andere de Wet tarieven gezondheidszorg en de Ziekenfondswet zullen worden aangepast opdat deze systematiek kan worden ingevoerd. De wetsvoorstellen hieromtrent liggen thans ter behandeling in de Tweede Kamer (Wet herziening overeenkomstenstelsel).

²² Dit percentage heeft betrekking op de totale uitgaven van de ziekenhuiszorg; afhankelijk van de aard van de productie leidt dit tot verschillende percentages per zorginstelling en/of per specialisme. Zie ook brief aan ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, 12 november 2003, Invoering van dbc's per 2004, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

²³ Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 10 oktober 2003, Invoering Diagnose Behandeling Combinaties, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

²⁴ Zie punt 20.

is dat een andere oorzaak dan bovengenoemd principe deze stijging heeft veroorzaakt.²⁵ Ziekenhuizen hebben door de extra productie meer inkomsten gegenereerd.

25. Daarnaast doet zich in de praktijk een aantal tekenen voor waaruit blijkt dat ziekenhuizen proberen zich van elkaar te onderscheiden en daarmee de ruimte benutten die hen door de huidige wet- en regelgeving wordt geboden. Ziekenhuizen trachten zich van elkaar te onderscheiden op basis van factoren zoals een innovatief of onderscheidend zorgaanbod, goede service en kwaliteit omdat hiermee hun inkomsten kunnen worden beïnvloed (zie ook de punten 13 en 21). Ziekenhuizen blijken in de praktijk gebruik te maken van verschillende mogelijkheden om aan deze onderscheidende factoren bekendheid te geven.

26. Uit onderzoek in onderhavige zaak is gebleken dat ziekenhuizen op verschillende manieren trachten om hun zorgaanbod, service en kwaliteit kenbaar te maken aan afnemers. Dit gebeurt bijvoorbeeld door middel van contacten met huisartsen en zorgverzekeraars en door middel van (redactionele) stukken in stad- en streekbladen, bijvoorbeeld door nieuwe producten en nieuwe behandelmethoden te benadrukken.

27. Het belang van contact met de huisarts komt naar voren uit onderzoek dat ECORYS-NEI in opdracht van de NMa heeft uitgevoerd. Ongeveer 25% van de patiënten laat de keuze voor het ziekenhuis over aan de huisarts. Circa 33% van de patiënten overlegt met zijn of haar huisarts.²⁶ Uit het marktonderzoek in onderhavige zaak blijkt dat ziekenhuizen veelal hun patiënten proberen te werven via huisartsen. Ziekenhuizen organiseren in de praktijk allerlei activiteiten om huisartsen in de regio te overtuigen van de kwaliteit van het ziekenhuis, opdat de huisarts zijn patiënten doorverwijst.

28. Ook zorgverzekeraars beïnvloeden deels patiënten bij hun keuze voor bepaalde ziekenhuizen. Een goed voorbeeld hiervan is de steeds meer voorkomende wachtlijstbemiddeling en het organiseren van behandelingen in het buitenland (zie ook punt 20). Hierdoor wordt het voor aanbieders van ziekenhuiszorg belangrijker zich in positieve zin te onderscheiden van andere ziekenhuizen.

Conclusie ruimte voor concurrentie

29. Op grond van het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat er op dit moment ruimte voor concurrentie aanwezig is. Uit de praktijkvoorbeelden blijkt dat er daadwerkelijk concurrentie is. Op grond hiervan zal de voorgenomen fusie tussen JKZ/RKZ en ZL materieel worden beoordeeld op mogelijke mededingingseffecten.

²⁵ Onderzoek Prismant, november 2003.

²⁶ ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

B. RELEVANTE MARKTEN

Relevante productmarkten

30. ZL en RKZ zijn beide algemene ziekenhuizen. ZL heeft 489 erkende bedden. RKZ heeft 300 erkende bedden. JKZ is een categoriaal ziekenhuis²⁷ met 110 erkende bedden waarin brede algemene kindergeneeskundige en kinderheilkundige zorg wordt aangeboden voor het kortdurend zieke kind alsmede voor het chronisch zieke kind dat frequent het ziekenhuis bezoekt.

31. ZL biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, gastro-enterologie, heekunde, hartchirurgie en interventiecardiologie, urologie, neurochirurgie, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, keel-, neus- en oorheekunde (hierna: KNO), oogheekunde, zenuw- en zielsziekten (uitsluitend consultatief), radiologie, radiotherapie, klinische chemie, medische microbiologie, pathologische anatomie, klinische geriatrie, nucleaire geneeskunde, klinische fysica en orthopedie.

32. JKZ/RKZ biedt de volgende specialismen aan: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, gastro-enterologie, anesthesiologie (pijnbestrijding), heekunde, urologie, mondziekten en kaakchirurgie, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie, KNO, zenuw- en zielsziekten (uitsluitend consultatief), radiologie, klinische chemie, medische microbiologie, pathologische anatomie en orthopedie.

Visiedocument

33. Zoals reeds aangegeven is door de NMa op 22 januari 2004 het Visiedocument 'Concurrentie in de Ziekenhuissector' gepubliceerd. In dit Visiedocument zijn uitgangspunten voor het afbakenen van relevante markten uiteengezet. In het Visiedocument worden de volgende onderverdelingen van de ziekenhuissector geïndiceerd die van belang kunnen zijn bij de afbakening van de relevante markt in concrete gevallen: klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg, tweede of derde compartimentszorg en topzorg of reguliere ziekenhuiszorg.

Opvatting partijen

34. Onderlinge vraagsubstitutie tussen de ene behandeling of verrichting en de andere is volgens partijen in beginsel onmogelijk. Partijen zijn van mening dat de relevante productmarkt dient te worden afgebakend naar specialismen. Zij geven aan dat voor bepaalde specialismen geen aanbods substitutie mogelijk is als gevolg van hoge investeringen en de lange termijn die

²⁷ Zie voetnoot 1.

nodig is om een specialisme op te starten. Daarentegen zijn zij van mening dat voor sommige behandelingen overlap bestaat, in die zin dat ze via verschillende vakgroepen kunnen worden behandeld.

35. Partijen geven daarnaast aan dat een belangrijke verklaring voor de onmogelijkheid van onderlinge substitutie tussen specialismen de ontstaansgeschiedenis is van de verschillende disciplines binnen de geneeskunde. De disciplines zijn namelijk niet ontstaan door een '*grand-design*', maar hebben zich organisch ontwikkeld vanuit een beperkt aantal moederdisciplines. Wereldwijd hebben de verschillende vakken zich op een zelfde manier ontwikkeld. De achtergrond daarvan is de logica of de indeling van het lichaam. Kennelijk vereisen de verschillende onderdelen en orgaansystemen een eigen aanpak, waarvoor een eigen opleiding of discipline nodig is, aldus partijen.

Beoordeling

36. Bij de afbakening van de relevante productmarkt dienen onder meer de specifieke kenmerken van de desbetreffende sector in ogenschouw te worden genomen, alsmede de specifieke kenmerken van de goederen en diensten. In navolging van het Visiedocument is de (mogelijke) markt voor algemene ziekenhuiszorg onderzocht en voorts - onder andere naar aanleiding van de opvattingen van partijen - een mogelijke onderverdeling naar specialismen. Daarnaast zullen de volgende mogelijke onderverdelingen aan de orde komen: klinische of niet-klinische ziekenhuiszorg, chronische dan wel niet-chronische zorg, tweede of derde compartimentszorg en topzorg of algemene (reguliere) zorg.

a.1. Algemene ziekenhuiszorg

37. Het onderhavige geval betreft een fusie tussen twee algemene ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen worden gecategoriseerd op basis van verschillen in aanvullende topklinische functies en opleidingsbevoegdheden. Er bestaan minimumvarianten (hierna: basisziekenhuizen) en maximumvarianten (hierna: interventieziekenhuizen). Algemene ziekenhuizen bevinden zich in de praktijk tussen beide uitersten.²⁸ Een interventieziekenhuis vervult in het algemeen dezelfde functies als een basisziekenhuis, maar heeft aanvullende topklinische functies²⁹ en opleidingsbevoegdheden voor een groot aantal specialismen. Een basisziekenhuis legt zich toe op

²⁸ Zie: College bouw Ziekenhuisvoorzieningen in de nota 'Spreiding ziekenhuiszorg, vervolg-uitvoeringstoets, eerste tranche,' van 14 januari 2002.

²⁹ Topklinische functies bestaan uit poortspecialismen (zie volgende voetnoot) met meer (facilitaire) mogelijkheden, maar ook uit specialismen zoals bijvoorbeeld specifieke vormen van chirurgie, neurochirurgie, acute haemodialyse. Deze functies worden met name in academische ziekenhuizen uitgevoerd.

de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg, waaronder de 'poortspecialismen'³⁰ en de 'onmisbare ondersteunende specialismen'³¹. Een basisziekenhuis heeft een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten, biedt 24 uur spoedeisende hulp aan en heeft IC/CCU³² faciliteiten met de mogelijkheid tot ademhalingsondersteuning. Ten slotte levert een basisziekenhuis enerzijds klinische zorg en anderzijds niet-klinische zorg, te weten poliklinische zorg en dagbehandelingen. Een basisziekenhuis positioneert zich met name op het gebied van algemene ziekenhuiszorg.

38. De NMa heeft onderzoek verricht naar aanwijzingen voor het bestaan van aanbods substitutie tussen verschillende specialismen, hetgeen mogelijk kan leiden tot een markt voor algemene ziekenhuiszorg. Uit marktonderzoek onder ziekenhuizen in het kader van onderhavige zaak blijkt dat de drempels voor het opstarten dan wel uitbreiden van specialismen voor de meeste specialismen noch hoog, noch laag zijn.³³ De relatief hoogste drempels blijken te liggen bij het aantrekken van specialisten en verplegend personeel in verband met schaarste hiervan. Niettemin blijkt het doorgaans mogelijk in het kader van uitbreidingsplannen specialisten aan te trekken.

39. Daarnaast blijkt uit onderzoek in onderhavige zaak dat de verschillende door ziekenhuizen aangeboden verrichtingen voor een gedeelte gemeenschappelijke kosten hebben. Het gaat hier bijvoorbeeld om kosten van bedden, operatiekamers, verpleging en *overhead*. Hoe groter deze gemeenschappelijke kosten, hoe lager de specialisme-specifieke kosten en hoe groter de aanwijzing dat mogelijk van een markt van algemene ziekenhuiszorg moet worden uitgegaan.

40. Op grond van het voorgaande is het mogelijk dat er sprake is van markten voor algemene ziekenhuiszorg. In het onderhavige geval kan echter in het midden worden gelaten of er sprake is van algemene zorgmarkten of dat nader onderscheid moet worden gemaakt naar specialismen, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punten 73 tot en met 89).

a.2. Onderverdeling naar specialismen

³⁰ Poortspecialismen zijn: interne geneeskunde, cardiologie en pulmonologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, KNO, heelkunde, oogheelkunde en dermatologie.

³¹ Onmisbare ondersteunende specialismen zijn: radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie en klinische neurofysiologie.

³² *Intensive care* en *cardiac control unit* (hartbewaking).

³³ Aan ziekenhuizen is bijvoorbeeld gevraagd om een inschatting te geven hoe moeilijk het is een bepaald specialisme uit te breiden dan wel op te starten. Ziekenhuizen konden een score geven die liep van 1 (heel makkelijk) tot 5 (heel moeilijk). Voor de meeste specialismen kwamen gemiddelde scores van rond de 3 (noch moeilijk, noch gemakkelijk) tot stand.

41. Partijen zijn - zoals reeds vermeld in punt 34 - van mening dat een onderverdeling moet worden gemaakt naar specialismen. Een specialisme kan worden gezien als een clustering van specifieke verrichtingen die binnen een bepaald medisch vakgebied vallen. De activiteiten van partijen overlappen elkaar op de volgende medische vakgebieden: interne geneeskunde en gastro-enterologie, cardiologie, longziekten, reumatologie, heeskunde, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, neurologie, KNO, zenuw- en zielsziekten (uitsluitend consultatief), radiologie, klinische chemie, medische microbiologie, pathologische anatomie, orthopedie en kindergeneeskunde.

42. Op basis van de huidige onderzoeksresultaten kan niet met voldoende zekerheid worden gesteld dat aanbodsstitutie voor alle hierboven genoemde specialismen mogelijk is en aldus of er gesproken kan worden van één markt voor algemene ziekenhuiszorg. Bij het onderzoek in onderhavige zaak is daarom een eerste inventarisatie van de gezamenlijke marktpositie van partijen op het gebied van de overlappende specialismen gemaakt. Vervolgens is met betrekking tot die specialismen waarop partijen een relatief sterke marktpositie hebben, een nader onderzoek gedaan naar de specifieke mededingingsomstandigheden (zie de punten 67 tot en met 71, alsmede 76 tot en met 86).

43. Onderzoek naar onder andere aanbodsstitutiemogelijkheden is in het kader van onderhavige zaak verricht naar gastro-enterologie. Uit nader marktonderzoek naar het medisch vakgebied gastro-enterologie is gebleken dat in sommige ziekenhuizen aparte maatschappen van gastro-enterologen zijn; in andere ziekenhuizen vallen gastro-enterologen onder de maatschap interne geneeskunde. Ondanks het gegeven dat er een specialistische opleiding bestaat voor gastro-enterologie, blijkt in de praktijk dat gastro-enterologische handelingen niet alleen door gastro-enterologen, maar ook door internisten worden uitgevoerd. Hieruit kan worden opgemaakt dat het medisch vakgebied gastro-enterologie voor onderhavige zaak niet als een afzonderlijke relevante productmarkt behoeft te worden aangemerkt.³⁴

44. Voor de overige specialismen kan in het midden worden gelaten of moet worden uitgegaan van een productmarkt voor algemene ziekenhuiszorg of dat nader onderscheid moet worden gemaakt naar specialismen, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie de punten 73 tot en met 86).

b. Onderscheid niet-klinische en klinische zorg

45. Afhankelijk van de aandoening en de vereiste behandeling kan het zijn dat een patiënt via een poliklinische behandeling of dagopname (hierna: niet-klinische zorg) kan worden geholpen of

³⁴ Uit marktonderzoek blijkt dat er sprake is van een ontwikkeling van het vakgebied gastro-enterologie. Wanneer er in de toekomst een vergaande specialisatie van gastro-enterologische behandelingen plaatsvindt, is niet uit te sluiten dat in dat geval sprake kan zijn van een afzonderlijke markt voor gastro-enterologie.

dat een patiënt voor langere tijd moet worden opgenomen (hierna: klinische zorg). Het wezenlijke onderscheid tussen niet-klinische zorg enerzijds en klinische zorg anderzijds, is de tijdsduur van de behandeling dan wel opname. Klinische zorg betekent dat een patiënt minimaal 24 uur moet blijven, terwijl voor niet-klinische zorg de patiënt minder dan 24 uur in het ziekenhuis moet verblijven.

46. Bij het afbakenen van de relevante productmarkt(en) kan het onderscheid tussen niet-klinische en klinische zorg van belang zijn, aangezien zowel vraagsubstitutie als aanbods substitutie tussen zorg die korter of langer duurt dan 24 uur niet altijd mogelijk is. Vanuit de zorgvrager bezien is het namelijk niet (altijd) mogelijk een behandeling waarvoor klinische opname is vereist, te vervangen door een behandeling die binnen 24 uur kan worden gedaan.

47. Daarnaast is met name van belang dat de hoogte van toetredingsdrempels verschilt tussen klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg. Toetreding tot klinische ziekenhuiszorg is namelijk moeilijker vanwege wettelijke toetredingsdrempels die volgen uit de WZV (zie de punten 17 en 19).

48. Op grond van het voorgaande wordt in het onderhavige geval uitgegaan van een onderverdeling in twee aparte relevante markten voor klinische en niet-klinische zorg.³⁵

c. Spoedeisende hulp

49. In het algemeen wordt voor spoedeisende hulpverlening dezelfde specialisten en apparatuur ingezet als voor niet-spoedeisende behandelingen. Bovendien dient ieder algemeen ziekenhuis over een spoedeisende hulpafdeling te beschikken (zie punt 37) en kunnen deze afdelingen niet efficiënt los van een ziekenhuis worden geëxploiteerd. Gezien het voorgaande wordt in de beoordeling van het onderhavige geval niet uitgegaan van een afzonderlijke markt voor spoedeisende hulpverlening.

d. Verschillen in frequentie van zorgvraag

50. Er bestaan verschillen in frequentie waarmee patiënten gebruik maken van dezelfde soort zorg. In dit geval betreft het een onderscheid tussen enerzijds veelvuldig en regelmatig gebruik van ziekenhuiszorg en anderzijds incidenteel en in beginsel eenmalig gebruik van ziekenhuiszorg, ofwel chronische dan wel niet-chronische zorg.

³⁵ Dit onderscheid sluit overigens aan bij het in de Amerikaanse mededingingspraktijk ontstane onderscheid tussen *inpatient* (klinische) en *outpatient* (niet-klinische) *care*. Bij de beoordeling van fusies tussen ziekenhuizen ligt in de Verenigde Staten de nadruk op *inpatient care*, vanwege de geringere toetredings- en disciplineringsmogelijkheden van (potentiële) concurrenten.

51. In het Consultatiedocument werd aangegeven dat het - bij het onderscheid tussen chronische en niet-chronische zorg - aannemelijk leek dat patiënten met een chronische aandoening het criterium 'afstand' relatief zwaar zullen laten meewegen bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder en dat de omvang van de geografische markten mogelijk kleiner zouden zijn dan bij niet-chronische behandelingen. De uitkomsten van het onderzoek dat is uitgevoerd door Prismant in het kader van onderhavige zaak en de reacties op dit gedeelte van het Consultatiedocument geven aanleiding om geen onderscheid te maken op basis van verschillen in frequentie. In het onderzoek dat door Prismant is uitgevoerd is met behulp van de Elzinga-Hogartytest (zie de punten 57 tot en met 71) de geografische markt afgebakend voor zowel chronische als niet-chronische zorg. In beide gevallen bleek de geografische markt dezelfde. Hierna wordt dan ook geen onderscheid gemaakt tussen chronische en niet-chronische zorg.

e. Topzorg

52. Topklinische hulp mag slechts worden verstrekt door aanbieders die beschikken over een vergunning op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (hierna: WBMV). Hoewel algemene ziekenhuizen soms topklinische functies verrichten, vindt het grootste deel van deze verrichtingen plaats in academische ziekenhuizen. Partijen hebben geen horizontaal overlappende activiteiten waarvoor een WBMV-vergunning³⁶ is vereist. Bij de beoordeling van de voorgenomen fusie zal uitsluitend het bezit van de WBMV-vergunning voor neonatale *intensive care* van JKZ worden meegenomen, aangezien dat mogelijk van invloed kan zijn op het gebied van verloskunde en gynaecologie (zie de punten 87 tot en met 89).

f. Derde compartimentszorg

53. Aangezien de activiteiten van partijen niet overlappen op het gebied van derde compartimentszorg, wordt hierna niet nader ingegaan op deze activiteiten.

Conclusie

54. In het onderhavige geval kan in het midden worden gelaten of dient te worden uitgegaan van één markt voor algemene ziekenhuiszorg of dat een nader onderscheid moet worden gemaakt naar de verschillende specialismen, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie de punten 73 tot en met 89). Binnen de mogelijke markt voor algemene ziekenhuiszorg en bij de onderverdeling naar specialismen wordt in onderhavige zaak een onderscheid gemaakt naar klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg.

³⁶ Zie artikel 2 e.v. Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Hierbij kan worden gedacht aan radiotherapie, traumatologie, cardiochirurgie e.d.

Relevante geografische markten

Opvatting partijen

55. Partijen zijn van mening dat de omvang van de geografische markt met name wordt bepaald door de bereidheid of mogelijkheid van patiënten om naar een ziekenhuis te reizen. Partijen menen vervolgens dat de geografische markt ten minste dient te worden afgebakend naar de gemeenten Den Haag, 's-Gravenzande, Monster, Rijswijk, Wateringen, Delft, Leidschendam-Voorburg, Naaldwijk, Wassenaar en Zoetermeer.

Marktpartijen

56. Volgens het Medisch Centrum Haaglanden (hierna: MCH), gevestigd te Den Haag, omvat de geografische markt haar regionale adherentiegebied³⁷. Het grootste deel van de patiënten van MCH komt uit de directe omgeving, waaronder Den Haag, Voorschoten, Leidschendam-Voorburg, Wateringen, Monster en Zoetermeer. Ziekenhuis Bronovo (hierna: Bronovo), eveneens gevestigd te Den Haag, heeft aangegeven zich voornamelijk te richten op patiënten uit een deel van Den Haag, de *Haagse Hout*, en de aangrenzende gemeente Wassenaar. De Reinier de Graaf Groep (hierna: RdGG) uit Delft geeft aan zich te richten op de inwoners van Delft, het Westland, Voorburg, Rijswijk, Den Haag Zuid, Den Haag West en de plaatsen Pijnacker en Nootdorp. 't Lange Land Ziekenhuis (hierna: LLZ) uit Zoetermeer richt zich hoofdzakelijk op de patiënten uit Zoetermeer en in mindere mate op omliggende gemeenten.

Beoordeling

57. Een geografische marktafbakening kan voor de Nederlandse ziekenhuiszorg niet plaatsvinden op grond van de SSNIP-test³⁸ omdat de daarvoor benodigde bruikbare prijsgegevens ontbreken, aangezien in deze sector sprake is van een systematiek van wettelijke vaste prijzen. Om in de onderhavige zaak de geografische markt af te bakenen wordt in plaats daarvan gebruikgemaakt van een test die uitgaat van patiëntenstromen, namelijk de Elzinga-Hogartytest (hierna: EH-test). Dit is de in de mededingingspraktijk meest gebruikte test voor geografische marktafbakening indien prijsgegevens niet beschikbaar zijn. Een nadeel van deze test is evenwel dat gebruik wordt gemaakt van *huidige* patiëntenstromen. Hierdoor wordt geen rekening gehouden met mogelijk *toekomstig* keuzegedrag van patiënten die het gevolg is van wijzigingen in

³⁷ Verzorgingsgebied.

³⁸ Hiermee wordt de in de mededingingspraktijk vaak gebruikte wijze van marktafbakening bedoeld die uitgaat van een *Small but Significant Non-Transitory Increase in Prices*. Het gaat er bij deze test om vast te stellen wat de reactie van consumenten is op een niet-tijdelijke verandering in prijzen van 5 à 10% door een bepaalde producent. In het geval dat zij zullen overstappen naar een andere producent, worden op grond van de SSNIP-test beide producenten tot dezelfde relevante markt gerekend.

concurrentieparameters, zoals kwaliteit. Het is denkbaar dat bijvoorbeeld bij een vermindering van kwaliteit van ziekenhuizen in de toekomst ook verder weg gelegen ziekenhuizen een reëel alternatief gaan vormen voor bepaalde patiënten. Een geografische marktafbakening op grond van *huidige* patiëntenstromen leidt in dat geval tot een te nauw afgebakende geografische markt.

58. In het onderhavige geval wordt de EH-test als eerste uitgangspunt genomen. Eventuele correcties kunnen echter plaatsvinden op grond van een uitgebreidere markttest, waarbij tevens rekening kan worden gehouden met reële alternatieven op grond van een tijds criterium (zie de punten 73 tot en met 86). Uit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten bereid zijn om een bepaalde tijd - die mede afhankelijk is van de regio waarin zij wonen - te reizen naar alternatieve ziekenhuizen.³⁹

De Elzinga-Hogarty-test

59. De EH-test bestaat uit twee criteria, namelijk het *little out from inside* (hierna: LOFI)-criterium en het *little in from outside* (hierna: LIFO)-criterium. Om tot een relevante geografische markt te komen op basis van de EH-test moet voor een bepaald gebied gelden dat zowel het LIFO-criterium als het LOFI-criterium groter of gelijk is aan een bepaalde drempelwaarde. In het onderhavige onderzoek is deze drempelwaarde gesteld op de in de mededingingspraktijk meest gebruikelijke waarde namelijk 90%.⁴⁰

60. Het LIFO-criterium heeft betrekking op de import van ziekenhuisdiensten in een bepaald gebied. Om aan het LIFO-criterium te voldoen moet de vraag naar ziekenhuisdiensten in een bepaald gebied voor 90% of meer worden bediend door de ziekenhuizen binnen datzelfde gebied. Dit houdt in dat niet meer dan 10% van de patiënten binnen het gebied naar ziekenhuizen buiten dat gebied mogen gaan.

61. Het LOFI-criterium vormt een maatstaf voor de export van ziekenhuisdiensten. Om aan het LOFI-criterium te voldoen moet het aanbod van ziekenhuisdiensten in een bepaald gebied voor 90% of meer worden afgenomen door patiënten afkomstig uit dit bepaalde gebied. Dit houdt in dat niet meer dan 10% van het aanbod van ziekenhuisdiensten in het gebied mag worden afgenomen door patiënten woonachtig buiten het bepaalde gebied.

62. Als de drempelwaarden van het LIFO- dan wel het LOFI-criterium niet worden gehaald, geeft dat aan dat de ziekenhuizen binnen het bepaalde gebied onder externe concurrentiedruk staan. Wanneer patiënten van binnen het gebied relatief veel ziekenhuisdiensten afnemen van ziekenhuizen buiten het gebied dienen deze ziekenhuizen dan ook te worden meegenomen in de afbakening van de relevante geografische markt. Als er sprake is van een kleine import, maar van

³⁹ ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, 6 augustus 2003.

⁴⁰ Deze waarde komt overeen met hetgeen in de Amerikaanse praktijk wordt gehanteerd.

een grote export van ziekenhuisdiensten dan leidt dat binnen de test eveneens tot een ruimere relevante geografische markt. Exporterende ziekenhuizen in de regio houden dan rekening met keuzegedrag van patiënten van buiten de regio.

63. Bij het concreet toepassen van de EH-test wordt gestart vanuit een gebied waarbinnen partijen zijn gevestigd en worden vervolgens gebieden toegevoegd totdat de LIFO- en LOFI-scores gelijk zijn aan of groter zijn dan 90%. Om te bepalen welke gebieden moeten worden toegevoegd is van belang welk gebied zorgt voor de hoogste bijdrage aan de LIFO- en LOFI-scores. Deze gebieden worden toegevoegd mits zij aaneensluiten. Wanneer op deze wijze gebieden worden toegevoegd ontstaat het kleinst mogelijke geografische gebied waarvoor geldt dat LIFO en LOFI gelijk zijn aan of groter zijn dan 90%.

64. In het onderhavige geval is door Prismant de geografische markt afgebakend voor de mogelijke productmarkten voor algemene ziekenhuiszorg en voor de mogelijke onderverdeling in specialismen.⁴¹

Algemene ziekenhuiszorg

65. De EH-test levert voor zowel de markt voor klinische als voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg het geografisch gebied op waarin de postcodegebieden⁴² 224 tot en met 229, 250 tot en met 259 en 268 vallen. Dit komt overeen met de stad Den Haag en postcodegebieden in omliggende gemeenten. Binnen dit gebied vallen de ziekenhuizen van partijen, MCH en Bronovo. In de bijlage is ter illustratie een kaart opgenomen waarop het betreffende geografische gebied is aangegeven.

66. In het onderhavige geval kan echter in het midden blijven of moet worden uitgegaan van een markt die de stad Den Haag en postcodegebieden in omliggende gemeenten omvat of dat moet worden uitgegaan van een ruimere regionale markt, bijvoorbeeld op basis van een tijds criterium, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punt 73).

Specialismen

67. In het kader van de geografische marktafbakening van mogelijke markten voor specialismen is eerst verondersteld dat de geografische markt het kleinst mogelijke geografische gebied omvat (Den Haag en omgeving). Alleen de Haagse ziekenhuizen vallen in dat geval binnen de geografische markt. Op basis van deze potentiële geografische markt is een eerste

⁴¹ De basis voor het onderzoek van Prismant vormt de Landelijke Medische Registratie (LMR). Deze omvat medische en administratieve gegevens van patiënten die klinisch dan wel via dagverpleging opgenomen zijn geweest of via de polikliniek zijn behandeld in een ziekenhuis.

⁴² Gebaseerd op de eerste drie cijfers van de postcode.

inventarisatie van de gezamenlijke marktaandelen van partijen gemaakt. Vervolgens is met betrekking tot de specialismen waarop de gezamenlijke marktpositie van partijen mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen kan hebben, de EH-test uitgevoerd. Deze specialismen en het bijbehorende gebied zijn opgenomen in tabel 1. Uit de tabel blijkt dat de geografische markten voor alle van deze op basis van de EH-test onderzochte specialismen groter zijn dan Den Haag. Zie punten 76 tot en met 89 voor een beschrijving van de mededingingsrechtelijke gevolgen met betrekking tot deze specialismen.

68. Uit de tabel blijkt bijvoorbeeld dat de geografische markt voor de niet-klinische interne geneeskunde bestaat uit de postcodes 224, 226 tot en met 228, 251 tot en met 259, 261 tot en met 264 en 267 tot en met 269. Deze geografische markt omvat naast de ziekenhuizen van partijen, de ziekenhuizen Bronovo en MCH, alsmede de RdGG gevestigd in Delft.

69. Voor klinische cardiologie, klinische kindergeneeskunde, klinische KNO, klinische orthopedie en klinische reumatologie geldt dat de analyse als afgerond kon worden beschouwd zonder dat LIFO- en LOFI-scores van 90% werden bereikt. Deze specialismen zijn cursief weergegeven in tabel 1.

70. Bij een volledig uitgevoerde EH-test zal minimaal één gebied met daarin een ziekenhuis moeten worden toegevoegd om de drempelwaarde van 90% te behalen. In de onderhavige zaak kon een volledige EH-test voor de hierboven genoemde specialismen achterwege blijven. Gebleken was dat van een groter gebied moest worden uitgegaan waarbinnen meer concurrerende aanbieders actief zijn, zodat de marktpositie van partijen aanmerkelijk minder sterk bleek te zijn.

Tabel 1: Geografische omvang van mogelijke productmarkten naar specialismen

		Geografische omvang (postcodegebieden)	Overige ziekenhuizen in gebied
Interne geneeskunde	Niet-klinisch ⁴³	224, 226-228, 251-259, 261-264, 267-269	MCH, Bronovo, RdGG
	<i>Klinisch</i>	<i>224, 226-228, 251-259, 261, 262, 268, 271</i>	<i>MCH, Bronovo, RdGG</i>
Cardiologie	Niet-klinisch	224, 226-228, 251-259, 261-264, 267, 268	MCH, Bronovo, RdGG
	Klinisch	226-228, 250-259, 261, 262, 268, 271, 272	MCH, Bronovo, RdGG en LLZ
Kindergeneeskunde	Niet-klinisch	224, 226-228, 249, 251-259, 261-264, 267-269	MCH, Bronovo, RdGG
	<i>Klinisch</i>	<i>226-228, 251-254, 256-259, 261, 262, 271, 272</i>	<i>MCH, Bronovo, RdGG en LLZ</i>
Reumatologie	Niet-klinisch	224-229, 249, 251-259, 261, 262, 267-269, 271	MCH, Bronovo, RdGG
	<i>Klinisch</i>	<i>224, 226, 228, 229, 249, 251-259, 268</i>	<i>MCH, Bronovo, RdGG</i>
KNO	Niet-klinisch	224, 226-228, 249, 251-259, 261-264, 267, 268	MCH, Bronovo, RdGG
	<i>Klinisch</i>	<i>226-229, 249, 251-258, 261-264, 068, 271, 272</i>	<i>MCH, Bronovo, RdGG en LLZ</i>
Orthopedie ⁴⁴	Niet-klinisch	224-229, 249, 251-259, 261-264, 267-269, 271, 272, 315	MCH, Bronovo, RdGG en LLZ
	<i>Klinisch</i>	<i>226-228, 250-259, 261, 262, 270-271</i>	<i>MCH, Bronovo, RdGG en LLZ</i>

Bron: Prismant (2003)

71. In het onderhavige geval kan in het midden worden gelaten of de geografische markt van de betrokken specialismen de in tabel 1 genoemde postcodegebieden omvat, of dat moet worden uitgegaan van ruimere geografische markten, bijvoorbeeld op basis van de volledige EH-test of een tijds criterium, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie de punten 73 tot en met 89).

C. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE

72. Allereerst zal worden ingegaan op de mogelijke mededingingseffecten op de mogelijke markt voor algemene ziekenhuiszorg, onderscheiden in klinische en niet-klinische zorg. Vervolgens zal worden ingegaan op de mogelijke markten voor de specialismen, onderscheiden in klinische en niet-klinische zorg. Ten slotte zullen de mogelijke verticale en portfolio effecten worden beschreven.

1. Algemene ziekenhuiszorg

⁴³ Onderzoek is uitsluitend gebaseerd op dagbehandelingen. Uit nadere gegevens blijkt echter dat wanneer poliklinische behandelingen worden meegenomen, het niet aannemelijk is dat er van een nauwere geografische markt moet worden uitgegaan.

⁴⁴ Dit specialisme is nader onderzocht in verband met het voorgenomen samenwerkingsverband dat partijen aangaan met de Sint Maartenskliniek. Zie hiervoor nader de punten 83 tot en met 85.

73. Indien wordt uitgegaan van een geografische markt die het Haagse gebied omvat zoals omschreven in punt 65, behalen partijen op de markt voor klinische algemene ziekenhuiszorg in 2002 een gezamenlijk marktaandeel van circa [30-40]% op basis van het aantal opnamen. Op de markt voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg behalen partijen in het Haagse gebied een gezamenlijk marktaandeel van circa [30-40]% op basis van het aantal dagopnamen.⁴⁵

74. In het Haagse gebied zijn naast partijen MCH en Bronovo actief op de markt voor algemene ziekenhuiszorg. Uit het onderzoek naar de markten voor algemene ziekenhuiszorg blijkt voorts dat de marktaandelen van MCH op de markten voor algemene ziekenhuiszorg zich op een vergelijkbaar niveau bevinden als die van partijen gezamenlijk. Wanneer wordt uitgegaan van een ruimer geografisch gebied zal het gezamenlijke marktaandeel van partijen lager zijn, aangezien er in een ruimer gebied meer concurrenten van partijen actief zullen zijn op deze mogelijke markten.

Tussenconclusie

75. De hoogte van de gevonden marktaandelen, de gelijkwaardige positie van MCH in de Haagse markt en de mogelijkheden tot toetreding op de niet-klinische markt (zie punt 19) leiden er toe dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat als gevolg van die concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt voor algemene ziekenhuiszorg of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

II. Specialismen

76. Voor de specialismen longziekten, heekunde, urologie, plastische chirurgie, verloskunde en gynaecologie, neurologie, dermatologie, zenuw- en zielsziekten (uitsluitend consultatief), radiologie, klinische chemie, medische microbiologie en pathologische anatomie bleek na een eerste inventarisatie dat - wanneer wordt uitgegaan van een zo klein mogelijk gebied dat Den Haag en directe omgeving (en daarmee de Haagse ziekenhuizen) omvat - geen gezamenlijke marktaandelen worden behaald als gevolg waarvan mededingingsproblemen te verwachten zijn (zie ook punt 67). De gezamenlijke marktaandelen op de mogelijke relevante markten van deze specialismen variëren van circa 15% tot circa 40%. In het Haagse gebied zijn naast partijen voorts MCH en/of Bronovo actief op deze mogelijke relevante markten. Voor elk van deze specialismen is er sprake van een ten minste wezenlijke positie van MCH en/of Bronovo. In een aantal gevallen is er sprake van een gelijkwaardige of sterkere positie van MCH en/of Bronovo ten opzichte van partijen. De uitkomsten van het onderzoek in het kader van aanbodssubstitutie (zie punt 38) geven bovendien aan dat voor MCH en Bronovo geen onoverkomelijke drempels bestaan om specialismen uit te breiden. Geen van de ondervraagde marktpartijen heeft aangegeven

⁴⁵ Bronnen marktaandelen: Prismant en Landelijke Medische Registratie. De marktaandelen zijn afgeleid van de in dit onderzoek vastgestelde LIFO-scores.

mededingingsproblemen te verwachten op deze mogelijke relevante markten als gevolg van onderhavige fusie.

77. Na een eerste inventarisatie als bedoeld in de punten 67 en 76 is wel nader onderzoek vereist naar de volgende specialismen: interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO en reumatologie. Partijen behalen op deze mogelijke relevante markten onderverdeeld naar niet-klinische en klinische zorg in 2002 in de in tabel 1 genoemde postcodegebieden (dus ruimer dan Den Haag en directe omgeving) gezamenlijke marktaandelen van ten hoogste circa 40% met uitzondering van niet-klinische kindergeneeskunde⁴⁶, klinische cardiologie en klinische reumatologie. Het specialisme orthopedie is nader onderzocht in verband met het voorgenomen samenwerkingsverband dat partijen aangaan met de Sint Maartenskliniek. Op deze mogelijke relevante markten wordt in het navolgende verder ingegaan.

Kindergeneeskunde

78. Op het gebied van niet-klinische kindergeneeskunde behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van circa [50-60]%, op basis van het geografisch gebied, zoals omschreven in tabel 1. Het betreft hier echter slechts een zeer geringe toevoeging van circa 2 procentpunt, nu ZL nauwelijks actief is op dit gebied.

79. Nader onderzoek door Prismant naar de verschillende kindergeneeskundige diagnoseclusters maakt duidelijk dat de gevonden geringe toevoeging verder kan worden gerelativeerd. Prismant heeft op het gebied van dagopnamen⁴⁷ 26 verschillende diagnoseclusters binnen het specialisme kindergeneeskunde onderscheiden. Op 24 van de 26 verschillende diagnoseclusters is er geen enkele overlap tussen de activiteiten van ZL en JKZ/RKZ. Op de 2 andere diagnoseclusters is de overlap vrijwel nihil. Nagenoeg alle dagopnamen van ZL blijken in het kader te zijn van *consultatie vanwege een individueel of een bevolkingsonderzoek zonder dat dit tot een diagnose leidt*. Minder dan 2% van de dagopnamen van JKZ valt onder dit cluster. De dagopnamen van JKZ vallen voor het overgrote deel in diagnoseclusters, waarvoor een veel grotere mate van specialisatie is benodigd.⁴⁸

80. Voorts hebben concurrenten aangegeven dat niet alleen de ziekenhuizen in de geografisch afgebakende regio reële alternatieven zijn, maar dat ook de kindergeneeskundige afdelingen in het Leids Universitair Medisch Centrum (hierna: LUMC) en het Erasmus Medisch Centrum (hierna: Erasmus MC) in Rotterdam een reëel alternatief vormen.

⁴⁶ ZL is niet actief op het gebied van klinische kindergeneeskunde, waardoor er geen overlap van de activiteiten van partijen bestaat op deze mogelijke relevante markt.

⁴⁷ Prismant beschikt niet over data om een zelfde analyse uit te voeren op het niveau van poliklinische zorg.

⁴⁸ Ter illustratie: ongeveer de helft van de dagopnamen bij het JKZ betreft het diagnosecluster *ziekten van oesofagus, maag en duodenum*.

Cardiologie

81. Op het gebied van klinische cardiologie behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van circa [40-50]%, op basis van het geografisch gebied, zoals omschreven in tabel 1. Met betrekking tot klinische cardiologie heeft het onderzoek door Prismant op basis van een deels uitgevoerde EH-test in eerste instantie een gebied opgeleverd waarbinnen de ziekenhuizen van partijen, MCH, Bronovo, RdGG en LLZ zijn gevestigd. Bij dit onderzoek zijn echter de gestelde drempelwaarden van 90% (zie ook de punten 67 tot en met 71) niet gehaald. Dit betekent dat uitgegaan moet worden van een ruimer geografisch gebied waar ten minste één ander ziekenhuis is gevestigd. Als gevolg hiervan is het zeer aannemelijk dat de positie van partijen zal afnemen. In de omgeving is ook in het LUMC en het Erasmus MC een afdeling cardiologie aanwezig, alsmede in een aantal andere ziekenhuizen in de regio. Voorts heeft geen van de ondervraagde concurrenten en verzekeraars aangegeven problemen te verwachten op het gebied van cardiologie als gevolg van de onderhavige fusie.

Reumatologie

82. Het gezamenlijk marktaandeel van partijen op het gebied van klinische reumatologie bedraagt circa [40-50]%. Met betrekking tot klinische reumatologie heeft het onderzoek door Prismant op basis van een deels uitgevoerde EH-test in eerste instantie een gebied opgeleverd waarbinnen de ziekenhuizen van partijen, MCH, Bronovo en RdGG zijn gevestigd. Bij dit onderzoek zijn echter de gestelde drempelwaarden van 90% niet gehaald. Dit betekent dat uitgegaan moet worden van een ruimer geografisch gebied waar ten minste één ander ziekenhuis is gevestigd. Als gevolg hiervan is het zeer aannemelijk dat de positie van partijen zal afnemen. In de omgeving is ook in het LUMC en het Erasmus MC een afdeling reumatologie aanwezig. Voorts heeft geen van de ondervraagde marktpartijen aangegeven problemen te verwachten op het gebied van reumatologie als gevolg van de voorgenomen concentratie. Ten slotte is uit marktonderzoek gebleken dat voor dit specialisme geldt dat met relatief lage investeringskosten kan worden uitgebreid, waardoor het aannemelijk is dat concurrerende ziekenhuizen relatief snel hun capaciteit kunnen uitbreiden en daarmee concurrentiedruk kunnen uitoefenen op partijen

Orthopedie

83. Partijen zijn voornemens om in samenwerking met het categorale ziekenhuis Sint Maartenskliniek uit Nijmegen een orthopedische kliniek op te starten in Den Haag.⁴⁹ Eén concurrent heeft aangegeven dat er mogelijk een dominante positie ontstaat als gevolg van dit voornemen.

⁴⁹ Partijen hebben hieromtrent desgevraagd het 'Beslisdocument Orthopedische Kliniek SMK-ZL' d.d. december 2003 overgelegd.

84. Partijen behalen op dit moment op de mogelijke markt voor niet-klinische orthopedie een gezamenlijk marktaandeel van circa [20-30]% en op de mogelijke markt voor klinische orthopedie een gezamenlijk marktaandeel van circa [30-40]%.⁵⁰ Wanneer de groeiramingen die zijn opgenomen in de beleidsplannen die partijen hebben overgelegd op lange termijn worden meegenomen in de beoordeling, groeien de gezamenlijke marktaandelen van partijen binnen 6 jaar uiteindelijk naar schatting naar maximaal circa [30-40]% voor de niet-klinische orthopedische zorg en maximaal circa [40-50]% voor de klinische orthopedische zorg.⁵¹ In het onderscheiden gebied zijn ook MCH, Bronovo, RdGG en LLZ actief op het gebied van orthopedie. Hierbij kan worden opgemerkt dat het geografisch gebied op basis van een volledig uitgevoerde EH-test ruimer zal zijn. Het is aldus zeer aannemelijk dat het marktaandeel van partijen lager zal zijn.

85. Daarnaast is orthopedie een specialisme dat ook in privé-klinieken wordt uitgevoerd. Partijen geven aan dat er in de Haagse regio verscheidene initiatieven zijn om orthopedische klinieken op te richten. Door de versoepeling van de regelgeving met betrekking tot de toetreding van zelfstandige behandelcentra (zie ook punt 19) is het tegenwoordig eenvoudiger om tot deze mogelijke markt toe te treden.

Tussenconclusie

86. Gezien het voorgaande is er geen reden om aan te nemen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie op de mogelijke markten naar specialismen een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

III. Verticale relatie en portfolio-effecten

87. Tussen partijen is geen sprake van horizontale overlap op het gebied van topklinische en topreferente ziekenhuiszorg. Het bezit van topklinische en topreferente functies kan echter ook verticale effecten en/of portfolio-effecten met zich meebrengen. Eén concurrent heeft aangegeven dat als gevolg van de onderhavige fusie dergelijke effecten kunnen ontstaan op het gebied van neonatale *intensive care* - waar JKZ een WBMV-vergunning voor heeft - in combinatie met het specialisme verloskunde en gynaecologie. Partijen zijn voornemens om een moeder-kindcentrum

⁵⁰ Bij dit onderzoek zijn echter de gestelde drempelwaarden van 90% (zie ook punt 49 e.v.) nog niet gehaald, wat wil zeggen dat er meer gebieden en aldus meer ziekenhuizen moeten worden toegevoegd om tot een exacte geografische markt te komen.

⁵¹ Geschatte marktaandelen zijn berekend aan de hand van huidige productie en de extra productie door het gewenste aantal nieuwe orthopeden dat zal worden aangesteld.

op te richten, dat wil zeggen dat de klinische verloskunde en gynaecologie van ZL wordt overgebracht naar het JKZ-RKZ.⁵²

88. Partijen behalen op de mogelijke (deel)markt voor verloskunde en gynaecologie op het kleinst mogelijk geografisch gebied dat, Den Haag en omgeving (en daarmee de vier Haagse ziekenhuizen) omvat, een gezamenlijk marktaandeel van maximaal circa [20-30]% voor zowel klinisch als niet-klinische zorg. In Den Haag en omgeving is JKZ het enig ziekenhuis met een WBMV-vergunning voor neonatale *intensive care*, maar van marktpartijen is vernomen dat het LUMC en het Erasmus MC reële alternatieven vormen, waarvan op dit moment reeds gebruik wordt gemaakt. Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen en de aanwezigheid van concurrenten is het niet aannemelijk dat zich marktafsluitende effecten zullen voordoen.

89. Daarnaast is het denkbaar dat de verloskunde- en gynaecologieafdeling aantrekkelijker wordt in de ogen van patiënten, artsen en zorgverzekeraars omdat een complementair pakket kan worden aangeboden, nu ook neonatale *intensive care* kan worden geboden. In de praktijk blijkt echter dat de meeste bevallingen (afgezien van thuisbevallingen) plaatsvinden in algemene ziekenhuizen, die doorgaans niet beschikken over een WBMV-vergunning voor neonatale *intensive care*. Daarnaast is slechts bij een klein deel van alle bevallingen neonatale zorg noodzakelijk. Het hebben van een vergunning voor neonatale zorg is derhalve niet noodzakelijk voor het instandhouden van een afdeling verloskunde en gynaecologie. Gezien het voorgaande is het niet aannemelijk dat als gevolg van de voorgenomen concentratie dan wel de vorming van het moeder-kindcentrum een economisch machtspositie zal ontstaan of worden versterkt op het gebied van verloskunde en gynaecologie.

VII. CONCLUSIE

90. Na onderzoek van deze melding is de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Hij heeft geen reden om aan te nemen dat als gevolg van die concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

91. Gelet op het bovenstaande deelt de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft geen vergunning is vereist.

⁵² Partijen hebben hieromtrent desgevraagd onder andere de volgende stukken overgelegd: 'opdracht vorming perinatologisch centrum lokatie JKZ/RKZ' d.d. februari 2001 en 'haalbaarheidsstudies perinatologisch centrum voor de ziekenhuizen Leyenburg en RKZ/JKZ' d.d. februari en maart 2001 overgelegd.

Datum: 28 januari 2004

w.g. mr. P. Kalbfleisch

Directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit

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