

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

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

Nummer 7545 / 78

Betreft zaak: 7545/HagaZiekenhuis - Reinier de Graaf Groep

I. MELDING

1. Op 7 december 2012 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: de Raad) een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Stichting HagaZiekenhuis en Stichting Reinier de Graaf Groep voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 26051 van 12 december 2012. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met betrekking tot de voorgenomen concentratie een zienswijze afgegeven. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen.

2. Conform de Beleidsregel Concentraties van Zorgaanbieders¹ heeft de Raad de cliëntenraden van de instellingen van partijen uitgenodigd tot het geven van een zienswijze over onderhavige zorgconcentratie. Naar aanleiding van deze uitnodiging hebben zowel de Cliënten Adviesraad van het HagaZiekenhuis als de Patientengraden van de Reinier de Graaf Groep een zienswijze afgegeven. Deze zienswijzen worden in punt 77 tot en met 79 nader uiteengezet. Daarnaast heeft de NMa in het kader van het onderzoek naar de gevolgen van de onderhavige voorgenomen concentratie onderzoek gedaan naar verschillende zorgspecifieke aspecten conform de Beleidsregel Concentraties Zorgaanbieders (zie punt 80).

II. PARTIJEN

3. Stichting HagaZiekenhuis (hierna: Haga) is een stichting naar Nederlands recht. Haga biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan. Tevens is Haga actief op het gebied van topklinische en topreferente ziekenhuiszorg, namelijk op het gebied van hematopoëtische stamceltransplantatie, autologe stamceltransplantatie bij volwassenen,

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

radiotherapie, bijzondere neurochirurgie, hartchirurgie, klinische genetische consultaties, hemofiliebehandeling en traumazorg en beschikt zij over een HIV-behandelcentrum.

4. Stichting Reinier de Graaf Groep (hierna: RdGG) is een stichting naar Nederlands recht. RdGG biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan. Tevens is RdGG actief op het gebied van topklinische en topreferente ziekenhuiszorg, namelijk op het gebied van radiotherapie en IVF.

III. DE GEMELDE OPERATIE

5. De gemelde operatie betreft het voornemen van Haga en RdGG om een concentratie tot stand te brengen door middel van een bestuurlijke fusie, waarbij Haga en RdGG als aparte stichtingen onder een nieuw op te richten stichting zullen vallen, die als bestuurder van Haga en RdGG zal fungeren.

6. De hierover tussen partijen gemaakte afspraken zijn vastgelegd in een ondertekend concept besluitvormingsdocument "RdGG en HagaZiekenhuis: Samen betere zorg" d.d. 15 november 2012.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT

7. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De hierboven omschreven transactie leidt er toe dat twee van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.

8. De betrokken ondernemingen zijn Haga en RdGG (hierna gezamenlijk te noemen: partijen).

9. 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.

V. CONCURRENTIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN

10. In recente besluiten van de NMa in de ziekenhuiszorgsector² is onderzoek verricht naar de concurrentie tussen ziekenhuizen in het algemeen. De belangrijkste vaststellingen

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

hieruit zijn dat het een markt in transitie betreft waarop de prikkels en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen recent verder zijn toegenomen door belangrijke wijzigingen in de financierings- en bekostigingsstructuur. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen ervaren echter wel knelpunten in de onderhandelingen in 2013. Tegelijkertijd zijn hun inschattingen over mogelijkheden tot disciplinerende in de toekomst positief. Onzeker is echter hoe de onderhandelingen in de toekomst zullen verlopen. Voor de overwegingen die ten grondslag liggen aan deze conclusies wordt verwezen naar de relevante punten in bovengenoemde besluiten.³

VI. BEOORDELING

A. RELEVANTE MARKTEN

11. De activiteiten van partijen overlappen zowel op het gebied van algemene ziekenhuiszorg als topzorg. Wat betreft topzorg overlappen de activiteiten van partijen alleen op het gebied van radiotherapie.

12. In het hierna volgende wordt allereerst ingegaan op de horizontaal overlappende activiteiten van partijen. Vervolgens wordt ingegaan op de verticale relatie tussen de activiteiten van partijen op het gebied van algemene ziekenhuiszorg en de activiteiten van partijen op het gebied van topzorg. Hierbij wordt nader ingegaan op de vraag of als gevolg van de voorgenomen concentratie zich mogelijk marktuitsluitende effecten kunnen voordoen.

Relevante productmarkten

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

Onderscheid klinische en niet-klinische zorg

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

13. In eerdere besluiten⁴ is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodssubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van het bestaan van aparte relevante markten voor klinische algemene ziekenhuiszorg en voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Er is sprake van niet-klinische ziekenhuiszorg wanneer een patiënt via een poliklinische behandeling of dagopname binnen 24 uur kan worden geholpen. Bij een klinische behandeling wordt de patiënt langer dan 24 uur opgenomen in het ziekenhuis.

14. Evenals in deze eerdere besluiten wordt in de onderhavige zaak op het gebied van algemene ziekenhuiszorg uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische zorg.

Onderscheid algemene ziekenhuiszorg of onderverdeling naar specialismen

15. Vanuit de vraagzijde – de patiënt – bezien vormt ieder medisch specialisme in beginsel een eigen relevante markt. Het ene specialisme is niet of nauwelijks substitueerbaar met een ander specialisme. In eerdere besluiten⁵ is overwogen dat er, vanwege mogelijke aanbodssubstitutie tussen verschillende specialismen, sprake kan zijn van markten voor algemene ziekenhuiszorg.

16. Haga en RdGG zijn actief op vrijwel dezelfde specialismen binnen de algemene ziekenhuiszorg. Het aanbod van specialismen van partijen is vergeleken met het aanbod van specialismen van omliggende ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat partijen geen enkel specialisme aanbieden dat niet ook door ziekenhuizen in de omgeving van partijen wordt aangeboden. Een beoordeling van de gevolgen per specialisme zal derhalve niet in significante mate afwijken van een beoordeling van de gevolgen op de markten voor algemene ziekenhuiszorg. In het onderhavige geval zal daarom niet verder worden ingegaan op dit mogelijke nadere onderscheid.

Overige beïnvloede markten

⁴ Zie onder meer het besluit van 15 juli 2004 in zaak 3897/ *Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punt 14 en 15 en het besluit in de vergunningsfase van 25 maart 2009 in zaak 6424/ *Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, punten 12 tot en met 17 en het besluit van 18 februari 2010 in zaak 6669/ *Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis*, punt 28 en het besluit van 23 november 2012 in zaak 7453/ *Zorggroep Leveste Middenveld – Ziekenhuis Refaja*, punt 12 en 13.

⁵ Zie onder meer het besluit in de vergunningsfase van 8 juni 2005 in zaak 3897/ *Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punten 20 tot en met 48, het besluit in zaak 6424/ *Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, reeds aangehaald, punt 14 en het besluit in zaak 7332/ *Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis*, reeds aangehaald, punt 13 tot en met 17 en het besluit in zaak 7453/ *Zorggroep Leveste Middenveld – Ziekenhuis Refaja*, reeds aangehaald, punt 14 en 15.

Topklinische en topreferente zorg

17. In eerdere besluiten⁶ van de NMa is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodssubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels uitgegaan van het bestaan van aparte productmarkten voor topzorg (waaronder topklinische en topreferente zorg) en algemene (niet-hoogspecialistische) ziekenhuiszorg. Behandelingen waarvoor een vergunning is vereist op basis van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (hierna: WBMV) worden in ieder geval gerekend tot de topklinische ziekenhuiszorg en worden als afzonderlijke productmarkten binnen de (topklinische) ziekenhuiszorg aangemerkt.

18. Partijen onderschrijven deze productmarktafbakening. Evenals in deze eerdere besluiten wordt in de onderhavige zaak uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor topklinische en topreferente zorg. In onderhavige zaak zal specifiek gekeken worden naar radiotherapie, aangezien de activiteiten van partijen op dat gebied overlappen.

19. Als gevolg van de voorgenomen concentratie zouden zich in beginsel marktuitsluitende effecten kunnen voordoen bij activiteiten die in verticale relatie tot klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg staan. Dit zou het geval zijn wanneer partijen als gevolg van de concentratie de mogelijkheid en prikkel zouden hebben om patiënten uitsluitend naar elkaar door te verwijzen, waardoor andere ziekenhuizen, in casu met name MCH, Bronovo en LUMC, zouden kunnen worden uitgesloten van een markt voor topklinische en/of topreferente zorg. Om te onderzoeken of er mogelijk sprake is van marktuitsluitende effecten heeft de NMa de andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars hierover bevestigd. Geen van deze ziekenhuizen heeft desgevraagd aangegeven afhankelijk te zijn van de doorverwijzing van patiënten op het gebied van topklinische en/of topreferente zorg vanuit partijen. Ook de zorgverzekeraars voorzien op dit gebied geen nadelige effecten van de voorgenomen concentratie. Het is derhalve niet aannemelijk dat als gevolg van de concentratie tussen partijen andere ziekenhuizen zullen worden uitgesloten van de markten voor topklinische en of topreferente zorg. Hierop zal in het navolgende derhalve niet nader worden ingegaan.

⁶ Zie het besluit in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis – Rode Kruis Ziekenhuis – Ziekenhuis Leyenburg*, reeds aangehaald, punt 36 en 52, het besluit van 13 september 2007 in zaak 5886/*MCA – Gemini*, punt 8, het besluit in zaak 6951/*Medisch Centrum Leeuwarden – Ziekenhuis de Tjongerschans*, reeds aangehaald, punt 18 en het besluit in zaak 7236/*Orbis – Atrium*, reeds aangehaald, punt 17-18.

Relevante geografische markten

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

20. Evenals in eerdere zaken⁷ is door de NMa in deze zaak onderzoek gedaan naar de omvang van de geografische markt voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg op basis van (a) onderzoek naar herkomst- en bestemmingsgegevens in de werkgebieden van partijen, (b) reistijdenanalyse, en (c) kwalitatief onderzoek. In het kader van het laatste is gesproken met drie ziekenhuizen, te weten Medisch Centrum Haaglanden (hierna: MCH), Bronovo-Nebo (hierna: Bronovo) en Leids Universitair Medisch Centrum (hierna: LUMC). Daarnaast is ook gesproken met de voor partijen belangrijkste zorgverzekeraars, namelijk Achmea, CZ, DSW, Menzis en VGZ. Bij de bepaling van de omvang van de geografische markt gebruikt de NMa gewoonlijk de inzichten uit deze verschillende onderzoeken in onderlinge samenhang.

Ligging van de ziekenhuizen

21. In **Bijlage 1** is een kaart opgenomen met de vestigingen van de ziekenhuizen van partijen en van de omliggende aanbieders van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

22. Haga heeft twee hoofdlocaties in de gemeente Den Haag. Eén daarvan omvat het Juliana Kinderziekenhuis. Daarnaast heeft Haga een polikliniek in de wijk Wateringse Veld in Den Haag en in 's-Gravenzande.

23. De hoofdlocatie van RdGG is gelegen in Delft. Daarnaast heeft RdGG nog een locatie in Voorburg, waar verschillende poliklinieken gevestigd zijn, maar ook een OK-complex, waar planbare (en niet acute) ingrepen plaatsvinden. Tevens beschikt RdGG over een polikliniek in Den Haag, in de wijk Ypenbug, en in Naaldwijk.

24. In de regio waar partijen actief zijn, zijn voorts onder meer gevestigd het MCH en het Bronovo in Den Haag, 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer, het Vlietland

⁷ Zie onder meer het besluit in de vergunningsfase in zaak 3897/ *Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, reeds aangehaald, het besluit in de meldingsfase van 18 november 2005 in zaak 5196/ *Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, het besluit van 19 februari 2007 in zaak 5935/ *Laurentius Ziekenhuis – St. Jans Gasthuis Gasthuis*, het besluit in zaak 5886/ *MCA – Gemini*, reeds aangehaald, het besluit in de meldingsfase in zaak 7236/ *Orbis – Atrium*, reeds aangehaald, het besluit in de vergunningsfase in zaak 6951/ *Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis De Tjongerschans*, reeds aangehaald en het besluit in zaak 7453/ *Zorggroep Leveste Middenveld - Ziekenhuis Refaja*, reeds aangehaald.

Ziekenhuis in Schiedam en het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam. De twee laatstgenoemde ziekenhuizen zijn per 14 november 2012 bestuurlijk gefuseerd.⁸ In het hiernavolgende zullen zij derhalve niet als aparte alternatieven beschouwd worden (en samen worden aangeduid als Vlietland/SFG). Andere omliggende ziekenhuizen dan de hiervoor genoemde ziekenhuizen zijn het Diaconessenhuis en het LUMC in Leiden, het Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp, het Erasmus Medisch Centrum (hierna: EMC), waar het Havenziekenhuis onderdeel van uitmaakt, het Ikazia Ziekenhuis en het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam en het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel.

(a) Herkomst- en bestemmingscijfers in het kernwerkgebied van partijen

25. Om inzicht te verkrijgen in de markt heeft de NMa een analyse gemaakt van de gerealiseerde patiëntenstromen. De gegevens hiervoor zijn ontleend aan de DIS⁹ database waarover de NMa beschikt. Dit is een databestand waarin elke door instellingen voor medisch-specialistische zorg uitgevoerde combinatie van diagnose en behandeling (DBC) is geregistreerd. Op DBC-niveau zijn patiëntkenmerken beschikbaar, waaronder het postcodegebied (viercijferig) waar de patiënt woont, en door welk ziekenhuisconcern de DBC is uitgevoerd.

26. De resultaten van de analyse zijn weergegeven in **Bijlage 2 en 3** en worden hieronder verder omschreven. Aangezien de gegevens voor niet-klinische zorg geen wezenlijk ander totaalbeeld opleveren worden alleen de gegevens voor klinische zorg in 2010 weergegeven.¹⁰

Herkomst patiënten

27. Allereerst is onderzocht uit welke gemeenten de patiënten van partijen afkomstig zijn (zie **Bijlage 2** voor het overzicht). Hieruit blijkt dat de belangrijkste gemeenten waar de patiënten van partijen vandaan komen, verschillend zijn voor Haga en RdGG.

28. Voor Haga is de gemeente Den Haag het belangrijkste. Uit deze gemeente is [70-80]% van haar patiënten afkomstig. In totaal is [90-100]% van de patiënten van Haga afkomstig uit de gemeenten Den Haag, Westland [0-10]%, Rijswijk [0-10]%, Leidschendam-Voorburg [0-10]% en Zoetermeer [0-10]%. Deze gemeenten tezamen

⁸ Zie ook het besluit van 29 juni 2012 in zaak 7398/ *Vlietland Ziekenhuis – Sint Fransiscus Gasthuis*.

⁹ DBC Informatie Systeem.

¹⁰ Voor sommige gemeenten is er wel een verschil tussen het percentage instroom tussen klinische en niet klinische zorg. Het gaat hier echter niet om zulke grote verschillen dat deze een aparte beoordeling voor klinische en niet-klinische zorg noodzakelijk maken. De data over 2011 zijn nog niet beschikbaar. Een vergelijking met de gegevens van 2009 is niet goed mogelijk gezien het grote aantal niet ingevulde postcodes voor RdGG.

worden in het vervolg van dit besluit aangeduid als het werkgebied van Haga. De herkomst van de overige patiënten is relatief verspreid ([0-10]% of minder per gemeente).

29. Voor RdGG zijn de gemeenten Delft en Westland de belangrijkste gemeenten. In totaal is [90-100]% van haar patiënten afkomstig uit de gemeenten Delft [30-40]%, Westland [20-30]%, Pijnacker-Nootdorp [10-20]%, Den Haag [10-20]%, Rijswijk [0-10]% en Midden-Delfland [0-10]%. Deze gemeenten tezamen worden in het vervolg van dit besluit aangeduid als het werkgebied van RdGG. De herkomst van de overige patiënten is relatief verspreid ([0-10]% of minder per gemeente).

Bestemming patiënten

30. In **Bijlage 3** is weergegeven naar welke ziekenhuizen de patiënten uit de werkgebieden van partijen op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg zijn gegaan.

31. Van de patiënten uit het werkgebied van Haga gaan de meeste patiënten, [30-40]%, naar Haga. De overige patiënten gaan daarna het meest naar de twee andere in Den Haag gevestigde ziekenhuizen: [20-30]% gaat naar MCH en [10-20]% naar Bronovo. Voorts gaat [10-20]% van de patiënten uit het werkgebied van Haga naar RdGG en [0-10]% naar 't Lange Land Ziekenhuis.

32. Van de patiënten uit het werkgebied van RdGG gaat [50-60]% naar RdGG. Het overgrote deel van de overige patiënten gaat naar een ziekenhuis in Den Haag: [10-20]% naar MCH, [10-20]% naar Haga en [0-10]% naar Bronovo.

33. Wanneer op gemeenteniveau wordt gekeken naar de bestemmingsgegevens blijkt dat partijen in twee gemeenten, Rijswijk en Westland, beide een substantieel aandeel in de bestemmingsstromen hebben. In de gemeente Westland gaat [20-30]% van de patiënten naar RdGG en [0-10]% naar Haga. Voorts gaat [0-10]% van de patiënten uit deze gemeente naar MCH. In de gemeente Rijswijk gaat [40-50]% van de patiënten naar RdGG en [20-30]% naar Haga. Voorts gaat [10-20]% van de patiënten naar MCH en [0-10]% naar Bronovo.

34. In de andere gemeenten die tot de werkgebieden van partijen behoren is het gezamenlijke aandeel van partijen in de bestemmingsstromen minder dan 50%, of de toevoeging aan het aandeel van de fusiepartner is beperkter dan in Rijswijk en Westland, maximaal [0-10]%.

(b) Reistijdenanalyse

35. In eerdere besluiten¹¹ heeft de NMa overwogen dat reistijd een belangrijke parameter is voor patiënten voor de keuze van een ziekenhuis. De NMa heeft een reistijdenanalyse uitgevoerd met behulp van de Geodan Drive Time Matrix versie 2010. Per viercijferige postcode is uitgerekend wat de reistijd is naar de ziekenhuizen van partijen en de omliggende ziekenhuizen. Op basis van inwoneraantallen per postcodegebied in de werkgebieden van partijen zijn de gewogen gemiddelde reistijden bepaald voor klinische algemene ziekenhuiszorg. De gewogen gemiddelde reistijden per gemeente voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg zijn vergelijkbaar.¹² De resultaten staan in **Bijlage 4**.

36. Uit de reistijdenanalyse blijkt dat partijen in geen enkele gemeente het meest nabij gelegen alternatief voor elkaar zijn. Voor alle gemeenten in het werkgebied van partijen is tenminste één alternatief dichtbij gelegen. Opgemerkt zij wel dat het verschil met de reistijd naar de fusiepartner in sommige gemeenten slechts beperkt is tot enkele minuten. Voor de gemeenten die tot de werkgebieden van partijen behoren, maar waar de overlap beperkt is, zijn er relatief veel alternatieven (4 tot 11), op basis van gewogen gemiddelde reistijd per gemeente, even dichtbij of dichtbij gelegen dan één van de locaties van partijen.

37. Voor de gemeenten Den Haag, Rijswijk en Westland, de drie gemeenten waar de werkgebieden van partijen, zoals in punt 28 en 29 genoemd, overlappen, geldt dat er één of twee alternatieven even dichtbij of dichtbij gelegen zijn, dan de locatie van de fusiepartner. In de gemeente Den Haag is de gewogen gemiddelde reistijd naar Haga het kortst, 13 minuten, gevolgd door 15 minuten reistijd naar MCH, 16 minuten reistijd naar Bronovo en 18 minuten reistijd naar RdGG. Andere ziekenhuizen zijn te bereiken met nog eens 10 tot 12 minuten extra reistijd. Dit betreft het LUMC, het Diaconessenhuis Leiden, Vlietland/SFG en 't Lange Land Ziekenhuis. In de gemeente Rijswijk is de gewogen gemiddelde reistijd het kortst naar RdGG, 12 minuten, gevolgd door 14 minuten reistijd naar MCH en 17 minuten reistijd naar Haga en Bronovo. Met nog eens 5 tot 6 minuten extra reistijd zijn ook Vlietland/SFG en het Havenziekenhuis te bereiken. In de gemeente Westland, waar RdGG de grootste speler is, is de gewogen gemiddelde reistijd het kortst

¹¹ Zie o.a. het besluit in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Leyenburg Ziekenhuis*, reeds aangehaald, de besluiten (in de meldings- en vergunningsfase) in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, reeds aangehaald, het besluit in zaak 5196/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, reeds aangehaald, het besluit in zaak 5886/*MCA – Gemini*, reeds aangehaald, besluit in zaak 5935/*Laurentius Ziekenhuis – St. Jans Gasthuis*, reeds aangehaald.

¹² Voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg geldt dat er binnen de extra reistijden per kernwerkgebied nog één of meer buitenpoliklinieken van andere ziekenhuizen of ZBC's als alternatief voor de fuserende ziekenhuizen liggen.

naar Haga, 19 minuten, gevolgd door 22 minuten reistijd naar Vlietland en 23 minuten reistijd naar RdGG. Met nog 5 minuten extra reistijd zijn nog vier andere ziekenhuizen te bereiken, Vlietland/SFG, MCH, het Havenziekenhuis en Bronovo.

(c) Kwalitatieve gegevens m.b.t. geografische markt

38. Marktpartijen zijn bevestigd, onder meer over de mate waarin andere ziekenhuizen een alternatief vormen voor de fusiepartners. De zorgverzekeraars die in het kader van onderhavige zaak zijn bevestigd hebben aangegeven dat er in deze regio veel alternatieven zijn gevestigd. De belangrijkste alternatieven voor Haga zijn volgens de zorgverzekeraars MCH en Bronovo. De gesprekken met de ziekenhuizen bevestigen dit beeld. Voor RdGG worden, naast Haga, MCH en Bronovo ook als belangrijke alternatieven gezien en daarnaast ziekenhuizen in de regio Rotterdam, waarvan Vlietland/Sint Franciscus Gasthuis de belangrijkste is. Enkele zorgverzekeraars noemen voorts 't Lange Land Ziekenhuis als reëel alternatief. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat er veel zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's) in de regio zijn gevestigd.

Conclusie geografische markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

39. Uit de patiëntenstromen blijkt dat MCH en Bronovo (zij het in iets mindere mate) voor zowel Haga als RdGG belangrijke concurrenten zijn. Zowel MCH als Bronovo is in de werkgebieden van partijen gevestigd. Op basis van de reistijdenanalyse blijkt ook dat MCH en Bronovo (vrijwel) even dichtbij gelegen alternatieven vormen voor partijen.

40. Op grond van de patiëntenstromen kan worden geconcludeerd dat partijen voornamelijk concurrentiedruk van elkaar ondervinden in de gemeenten Rijswijk en Westland. Voor de inwoners van deze gemeenten geldt dat, naast MCH en Bronovo, het Vlietland/SFG op basis van reistijd een reëel alternatief vormt. Uit de patiëntenstromen blijkt bovendien dat partijen niet in hoge mate afhankelijk zijn van de gemeenten Rijswijk en Westland. Het is derhalve niet aannemelijk dat deze twee gemeenten een aparte geografische markt vormen. Het wegvallen van de concurrentiedruk tussen partijen in deze twee gemeenten, kan alleen dan een significante belemmering van de mededinging vormen, indien partijen in de overige gemeenten waar zij actief zijn onvoldoende concurrentiedruk ondervinden van andere aanbieders. Hierop zal bij de beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie nader worden ingegaan.

41. Zoals uit punt 69 tot en met 71 blijkt, kan de exacte afbakening van de geografische markt in onderhavige zaak in het midden worden gelaten, aangezien de beoordeling daardoor niet wordt beïnvloed.

Overige beïnvloede markten

Topklinische en topreferente ziekenhuiszorg

42. De activiteiten van partijen op het gebied van topklinische en topreferente ziekenhuiszorg overlappen op het gebied van radiotherapie.

43. Partijen zijn van mening dat de geografische markt voor topklinische zorg tenminste de provincie Zuid-Holland omvat, aangezien patiënten voor topklinische zorg bereid lijken om verder te reizen dan voor algemene ziekenhuiszorg.

44. Naast partijen zijn er in de provincie Zuid-Holland vier andere aanbieders van radiotherapie, te weten, LUMC, EMC (op twee locaties: de centrumlocatie en het Daniël den Hoed oncologisch centrum), MCH en Albert Schweitzer (gevestigd in Dordrecht, dit is evenwel een dependance van EMC).

45. Mogelijk is de geografische markt voor radiotherapie inderdaad ruimer dan die voor algemene ziekenhuiszorg. Een aantal zorgverzekeraars die in het kader van onderhavige zaak zijn bevestigd geeft aan dat patiënten voor hoog complexe zorg bereid zijn verder te reizen. LUMC en EMC worden door de zorgverzekeraars, naast MCH, als reële alternatieven gezien voor hoog complexe zorg, waaronder radiotherapie. Indien naar de patiëntenstromen wordt gekeken, zijn de aandelen van partijen in de bestemmingsstromen in hun werkgebieden en in de afzonderlijke gemeenten vergelijkbaar met hun aandelen in de bestemmingsstromen op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. De exacte omvang van de geografische markt voor topklinische en topreferente ziekenhuiszorg kan evenwel in het midden worden gelaten aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punt 72 tot en met 76).

B. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE

Klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

46. Voor de beoordeling van de gevolgen van de concentratie staat de vraag centraal of partijen als gevolg van de fusie in staat zullen zijn winstgevend de prijs-kwaliteitverhouding te verslechteren. Dit hangt met name af van de mate waarin partijen voorafgaand aan de fusie concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, van de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen en van de rol van de verzekeraar.

47. In het hiernavolgende zal daarom achtereenvolgens worden ingegaan op i) de onderlinge concurrentiedruk van partijen en concurrentiedruk vanuit andere ziekenhuizen, ii) de uitstroomepercentages uit de werkgebieden van partijen en iii) de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek. Vervolgens wordt ingegaan op de zienswijze van de NZa.

i) Onderlinge concurrentiedruk partijen en concurrentiedruk vanuit andere ziekenhuizen

48. Uit de bestemmingscijfers blijkt dat Haga en RdGG in hun eigen werkgebied de grootste spelers zijn, met een aandeel van respectievelijk [30-40]% en [50-60]% in de bestemmingsstromen, en dat MCH in beide werkgebieden de tweede speler is qua aandeel in de bestemmingsstromen. In het werkgebied van Haga is Bronovo de grootste speler na MCH en is RdGG de vierde speler. In het werkgebied van RdGG is Haga de derde speler qua aandeel in de bestemmingsstromen (zie ook de punten 31 en 32).

49. Zoals hiervoor is vastgesteld in punt 40 overlappen de werkgebieden van partijen voornamelijk in de gemeenten Rijswijk en Westland. Omdat partijen niet in hoge mate afhankelijk zijn van deze gemeenten is het niet aannemelijk dat deze gemeenten een aparte geografische markt vormen. Wel vormen deze gemeenten een niet-onbelangrijk deel van de instroom van RdGG: uit de herkomstgegevens blijkt dat RdGG uit deze gemeenten [30-40]% van haar patiënten voor klinische ziekenhuiszorg haalt, voor Haga is dat [10-20]%. Het wegvallen van de concurrentiedruk tussen partijen in deze twee gemeenten, kan alleen dan een significante belemmering van de mededinging vormen, indien partijen in de overige gemeenten waar zij actief zijn onvoldoende concurrentiedruk ondervinden van andere aanbieders.

50. Zowel op basis van de patiëntenstromen als op basis van de reistijdenanalyse geldt voor de andere gemeenten die tot het werkgebied van partijen behoren dat partijen met name concurrentiedruk van andere ziekenhuizen ondervinden. Het MCH is voor partijen de belangrijkste concurrent, gevolgd door Bronovo (zie ook de punten 31, 32 en 36).

51. Ten overvloede zij opgemerkt dat op basis van de patiëntenstromen en reistijden ook voor de gemeenten Rijswijk en Westland geldt dat er alternatieven zijn. Op basis van reistijden zijn MCH, Bronovo en Vlietland Ziekenhuis/Sint Franciscus Gasthuis reële alternatieven (zie ook punt 37). Uit de patiëntenstromen blijkt dat vanuit deze gemeenten reeds substantiële aantallen patiënten naar Den Haag gaan ([40-50]% vanuit Rijswijk en [20-30]% vanuit Westland), waar MCH en Bronovo als alternatief gevestigd zijn. Ook al gaat het grootste gedeelte van die inwoners naar Haga ([20-30]% en [20-30]%), niet valt in te zien waarom de andere ziekenhuizen in Den Haag geen reële alternatieven zouden vormen.

ZBC's

52. In Den Haag en Rotterdam is verder een aantal ZBC's actief.¹³ In het werkgebied van RdGG is het aandeel van ZBC's op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg 1% en op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg 8%.¹⁴ In het werkgebied van het Haga is het aandeel van ZBC's op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg 1% en 7% op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. ZBC's nemen in de werkgebieden van partijen een groter deel van de niet-klinische zorgvraag voor hun rekening dan het landelijk gemiddelde van 2 à 3%.¹⁵ Gezien het beperkte terrein waarop de ZBC's actief zijn, vormen zij geen volwaardige alternatieven voor partijen maar kunnen zij op onderdelen concurrentiedruk op hen uitoefenen.

ii) Uitstroompercentages

53. Om een beeld te krijgen van de mate waarin partijen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, heeft de NMa naast de overlap in patiëntenstromen gekeken naar de uitstroompercentages uit de werkgebieden van partijen, welke door de NZa zijn berekend. Deze percentages geven aan naar welke ziekenhuizen patiënten nu reeds gaan en in welke verhouding patiënten voor de fusie de verschillende ziekenhuizen, waaronder het ziekenhuis van de fusiepartner, als alternatief zien. Deze percentages geven daarmee een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere ziekenhuizen mocht een van de fusiepartners zijn prijzen verhogen of in geval van een kwaliteitsdaling. De NMa gaat hierbij uit van de aanname dat de patiëntenstromen een goede weerspiegeling zijn van de uitstroompercentages die na de concentratie bij een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding zouden optreden. Hierbij geldt dat het ziekenhuis dat op dit moment het grootste deel van de patiënten uit het werkgebied van respectievelijk het Haga ziekenhuis of RdGG trekt, de meest gerede kandidaat zal zijn om patiënten in de toekomst op te vangen en daarmee wordt verondersteld de meeste concurrentiedruk op deze partij uit te oefenen.

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

¹³ De belangrijkste door zorgverzekeraars genoemde ZBC's zijn: het Orthopedium in Delft, Medinova Delft, de Maurits Klinieken in Den Haag, Rijnland Orthopedie en Park Medisch Centrum in Rotterdam.

¹⁴ De NMa heeft een analyse gemaakt van de gerealiseerde patiëntenstromen, op basis van gegevens die ontleend zijn aan de DIS-database.

¹⁵ Zie het besluit in zaak 7332/*Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis*, reeds aangehaald, punt 70.

**Tabel 1 Uitstroompercentages vanuit het werkgebied van RdGG voor algemene ziekenhuiszorg
(Bron: NZa)**

Markt	Haga	MCH	Bronovo	EMC	LUMC	Vlietland
Klinische algemene ziekenhuiszorg	[20-30]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Niet-klinische algemene ziekenhuiszorg	[20-30]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%		[0-10]%

**Tabel 2 Uitstroompercentages vanuit het werkgebied van Haga voor algemene ziekenhuiszorg
(Bron: NZa)**

Markt	MCH	Bronovo	RdGG	LUMC
Klinische algemene ziekenhuiszorg	[30-40]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%
Niet-klinische algemene ziekenhuiszorg	[30-40]%	[10-20]%	[10-20]%	

55. Tabel 1 laat zien dat [20-30]% van de patiënten voor zowel klinische als niet-klinische zorg vanuit het werkgebied van RdGG die niet voor het ziekenhuis zelf kiest, naar het Haga gaat. Omgekeerd gaat [10-20]% van de patiënten voor zowel klinische als niet-klinische zorg uit het werkgebied van het Haga naar RdGG (zie Tabel 2).

56. Qua rangorde is het Haga samen met MCH het belangrijkste alternatief voor RdGG, gevolgd door vier andere ziekenhuizen met een lager uitstroompercentage. Voor het Haga geldt dat het MCH het belangrijkste alternatief voor dit ziekenhuis is, gevolgd door RdGG en Bronovo.

iii) Kwalitatief onderzoek

Opvatting verzekeraars

57. De grootste inkoop van ziekenhuiszorg bij Haga is CZ met een inkooptaandeel van [30-40]%. Achmea, VGZ en DSW (inclusief de andere leden van de inkoopcombinatie Multizorg) hebben een inkooptaandeel van [10-20]% bij het Haga Ziekenhuis, Menzis van [20-30]%. Voor RdGG geldt dat DSW (inclusief de andere leden van de inkoopcombinatie Multizorg) de grootste inkoop van ziekenhuiszorg bij dit ziekenhuis is met een inkooptaandeel van [40-50]%, Achmea, CZ en VGZ hebben een inkooptaandeel van [10-20]%, Menzis van [0-10]%

58. Achmea geeft aan te verwachten dat de effecten van de fusie op korte termijn positief zullen zijn omdat de zorginfrastructuur van beide partijen beter op elkaar afgestemd kan worden en het makkelijker wordt om de acute zorg en de hoogcomplexere zorg te concentreren waardoor de kwaliteit verbeterd wordt. Hoewel Achmea aangeeft dat er door de fusie het aantal alternatieven voor bepaalde gemeenten afneemt en daarmee de inkoopmacht afneemt, blijven er volgens Achmea voldoende alternatieven over in de regio om naar uit te wijken. Achmea geeft verder aan dat het mogelijk is om minder zorg in te kopen bij partijen. Er is voldoende capaciteit bij andere ziekenhuizen in de regio voor alle specialismen om eventueel extra patiënten op te nemen.

59. Volgens DSW zijn er geen nadelen verbonden aan de fusie. In de regio is sprake van een grote dichtheid aan ziekenhuizen en er zijn voldoende aanbieders actief om zorg in te kopen naast de fusiepartners. Eigenlijk is er volgens DSW sprake van teveel alternatieven waardoor er een risico bestaat ten aanzien van de kostenbeheersing omdat meer aanbod in zijn algemeenheid tot meer vraag naar zorg leidt. Mochten partijen na de fusie hun prijzen verhogen dan zal DSW de dialoog aangaan met het ziekenhuis om hier samen uit te komen. Bij ziekenhuizen bestaat volgens DSW echter voldoende besef om niet te hoge prijzen te vragen. DSW geeft aan dat zij partijen niet snel zal disciplineren door het instrument van selectief inkopen in te zetten. Zij staat voor een vrije keuze van haar patiënten. DSW is van mening dat het winstpunt van de fusie met name gevonden moet worden in het voorkomen van een sterke stijging van de kapitaallasten. Beide ziekenhuizen hadden nieuwbouwplannen en hebben deze onder andere naar aanleiding van de fusie aangepast. In het kader van de noodzaak om specifieke zorg te concentreren is de fusie daarnaast wenselijk om de zorg kwalitatief beter te krijgen. DSW merkt hierbij wel op dat de fusie hiervoor niet echt noodzakelijk is, maar het wel een stuk makkelijker maakt om dit doel te realiseren, onder andere omdat het dan makkelijker is om de maatschappen mee te krijgen.

60. VGZ denkt dat de nadelen als gevolg van de fusie voor de concurrentie tussen ziekenhuizen voor zowel complexe zorg als basiszorg beperkt zullen zijn omdat er voldoende alternatief aanbod in de regio is waar eventueel naar uitgeweken kan worden. Door de fusie verwacht VGZ daarnaast dat andere ziekenhuizen in Den Haag en Rotterdam op het gebied van complexe zorg een sterkere concurrent erbij zullen krijgen. VGZ geeft aan dat zij over voldoende middelen beschikt om ziekenhuizen te disciplineren. VGZ beschikt over benchmarkinformatie die zij bij onderhandelingen kan gebruiken en gaat de discussie met ziekenhuizen aan op het gebied van de inhoud van zorg.

61. CZ heeft geen bezwaar tegen de fusie, volgens haar blijft er een groot aantal ziekenhuizen over dat de zorg in competitie met partijen kan leveren. Door de fusie kunnen de twee ziekenhuizen mogelijk ook beter tegenwicht bieden tegen de coöperatie

van het MCH, het Groene Hart Ziekenhuis en Bronovo. CZ kijkt positief tegen de fusie aan en denkt dat de samenwerking tussen de twee ziekenhuizen kan leiden tot een kwaliteitsverbetering. Volgens CZ is het wel de vraag of daar een fusie voor nodig is, maar een bestuurlijke fusie zal het samenwerkingsproces wel beheersbaarder maken.

62. Menzis maakt zich na de fusie niet ongerust over haar mogelijkheden als inkoper van ziekenhuiszorg in deze regio. Er zijn voldoende alternatieven rond deze ziekenhuizen gelegen. Mochten partijen na de fusie hun prijzen verhogen dan kan, zo geeft Menzis aan, zij besluiten om de ziekenhuizen op onderdelen niet te contracteren. Menzis is van mening dat de fusie tot kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen kan leiden. De plannen zijn op dit moment voor haar echter onvoldoende onderbouwd om met zekerheid te zeggen dat deze voordelen gerealiseerd zullen worden. Menzis merkt daarbij op dat een fusie volgens haar niet noodzakelijk is om deze voordelen te behalen, maar ziet wel in dat sturing van bovenaf nodig is om een bepaald beleid uit te kunnen voeren en de maatschappen mee te krijgen.

Capaciteit bij concurrenten

63. Om te bepalen of de zorgverzekeraars na de concentratie bij een verslechtering van de prijs-kwaliteitverhouding van de fusie-entiteit de mogelijkheid hebben om (méér) zorg bij andere ziekenhuizen in de regio te contracteren en patiënten van partijen reële uitwijkmogelijkheden hebben, is aan de zorgverzekeraars gevraagd of er volgens hen voldoende capaciteit bij de omliggende ziekenhuizen aanwezig is. Alle verzekeraars geven aan dat er voldoende capaciteit aanwezig is in de regio waar partijen actief zijn en dat er sprake is van overcapaciteit in deze regio. Een zorgverzekeraar heeft hierbij aangegeven dat het in Den Haag mogelijk is om de capaciteit van één ziekenhuis op te vangen in de andere ziekenhuizen.

Zienswijze NZa

64. De NZa heeft op 14 januari 2013 een zienswijze afgegeven. De NZa geeft aan dat een stap in de beoordeling van het publieke belang "betaalbaarheid" is om te bekijken of er mogelijk een prijsstijging ten gevolge van de fusie plaats zal vinden. De NZa heeft hiertoe een tweetal econometrische modellen gebruikt, te weten de Option Demand/Willingness to Pay-methode (hierna: WTP) en de Logit Competition Index (hierna: LOCI) methode.¹⁶ De toepassing van deze methoden ten aanzien van onderhavige

¹⁶ Voor een uitgebreide omschrijving van deze methoden, de werking daarvan, de gebruikte data, etc. wordt verwezen naar de zienswijze van de NZa. Zie de website van de NZa www.nza.nl.

fusie indiceert een mogelijke prijsverhoging ten aanzien van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, zoals in de tabel hieronder te zien is.

Tabel 3 Mogelijke prijsverhogingen voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg

	RdGG	Haga	RdGG en Haga
WTP Klinisch	7%	5%	6%
LOCI Klinisch	7%	10%	8%
WTP Niet-Klinisch	7%	5%	6%
LOCI Niet-Klinisch	8%	8%	8%

65. De NZa constateert dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars 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.

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

Beoordeling zienswijze NZa

67. De NMa heeft in eerdere besluiten¹⁷ opgemerkt 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, ceteris paribus, ook groter worden.

68. De gebruikte modellen zijn uiteraard een stilering van de werkelijkheid en de uitkomsten moeten gezien 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

¹⁷ Zie onder andere het besluit in zaak 6951/ *Zorggroep Noorderbreedte – Ziekenhuis de Tjongerschans*, reeds aangehaald, punt 65 t/m 68.

om in te schatten in hoeverre de voorspelde prijsstijgingen zich daadwerkelijk voor zullen gaan doen. Ten slotte houden de modellen geen rekening met eventuele efficiency- en synergievoordelen die door de concentratie zouden kunnen worden behaald.

Conclusie gevolgen concentratie voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg

69. Op basis van de analyse van de patiëntenstromen, de reistijdenanalyse, het kwalitatieve onderzoek en de uitstroompercentages is het niet aannemelijk dat partijen als gevolg van de concentratie in staat zouden zijn om winstgevend een significante prijsverhoging en/of kwaliteitsdaling door te voeren op de locaties van Haga. De belangrijkste concurrent van Haga is MCH. MCH is de grootste concurrent in het werkgebied van Haga en de uitstroompercentages vanuit het werkgebied van Haga zijn het grootst naar MCH. Naast MCH is Bronovo een dichtbij gelegen alternatief. Bronovo is na MCH de grootste speler in het werkgebied van Haga en de uitstroompercentages naar Bronovo zijn vergelijkbaar met de uitstroompercentages naar RdGG. Iets verder weg gelegen, maar door de zorgverzekeraars ook als reële alternatieven genoemd, liggen voorts drie ziekenhuizen in de omgeving van Leiden en 't Lange Land in Zoetermeer. Het is derhalve aannemelijk dat ook na de voorgenomen concentratie voldoende concurrentie op de locaties van Haga overblijft.

70. Op basis van de analyse van de patiëntenstromen, de reistijdenanalyse, het kwalitatieve onderzoek en de uitstroompercentages is het evenmin aannemelijk dat partijen als gevolg van de concentratie in staat zouden zijn om winstgevend een significante prijsverhoging en/of kwaliteitsdaling door te voeren op de locaties van RdGG. De uitstroompercentages laten weliswaar zien dat Haga een belangrijke concurrent is voor RdGG, er blijft echter voldoende concurrentiedruk over om partijen ook ten aanzien van de locaties van RdGG te disciplineren. Allereerst gaat er belangrijke concurrentiedruk uit van MCH. MCH is de grootste speler, qua aandeel in de bestemmingsstromen, in het werkgebied van RdGG. In Rijswijk en Den Haag is MCH bovendien dichterbij gelegen dan Haga. Ook Bronovo en Vlietland/SFG zijn dichtbij gelegen alternatieven voor RdGG. De bestemmingscijfers laten zien dat inwoners van het werkgebied van RdGG, met name vanuit Rijswijk en Westland, bereid zijn om naar Den Haag te reizen. Zoals eerder aangegeven valt niet in te zien waarom, ondanks het feit dat het grootste gedeelte van die inwoners naar Haga gaat ([20-30]% en [20-30]%), zij niet naar een ander ziekenhuis in dezelfde stad zouden gaan, wanneer de prijs-kwaliteitverhouding verslechtert bij partijen. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat er voldoende alternatieven overblijven na de voorgenomen concentratie. Naast MCH en Bronovo, zien zij ook Vlietland/SFG als reële alternatieven en mogelijk ook de ziekenhuizen in de omgeving van Leiden, 't Lange Land Ziekenhuis en andere ziekenhuizen in de omgeving van Rotterdam. De zorgverzekeraars hebben tevens aangegeven dat er voldoende capaciteit aanwezig is bij de hiervoor

genoemde ziekenhuizen, om eventueel extra patiënten op te vangen. In de regio waar partijen actief zijn is volgens de zorgverzekeraars sprake van overcapaciteit.

71. Gelet op de aanwezigheid van andere ziekenhuizen, de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen en het beperkte voorspelde prijseffect dat uit de modellen komt, acht de NMa het in het licht van alle uitgevoerde analyses niet aannemelijk dat de mededinging als gevolg van de voorgenomen concentratie significant zou kunnen worden belemmerd.

Overig beïnvloede markten

Topklinische ziekenhuiszorg

72. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van topklinische zorg voor wat betreft radiotherapie.

73. Volgens partijen is het aantal lineaire versnellers waarover ziekenhuizen beschikken een goede maatstaf om het volume voor radiotherapeutische zorg uit te drukken en geeft het aantal eigen versnellers ten opzichte van het aantal versnellers bij andere ziekenhuizen een indicatie van het marktaandeel van partijen voor deze zorg.

74. In Zuid-Holland beschikken, naast partijen die ieder over twee versnellers beschikken, het LUMC over vijf versnellers, het EMC in totaal over tien versnellers, het MCH over vier versnellers en het Albert Schweitzer Ziekenhuis over vier versnellers. Om een beeld te krijgen van de positie van partijen op het gebied van radiotherapie heeft de NMa tevens de patiëntenstromen voor radiotherapie onderzocht. Deze laten een soortgelijk beeld zien als de patiëntenstromen voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Na partijen heeft MCH het grootste aandeel in de bestemmingsstromen in de gemeenten behorend tot de werkgebieden van partijen voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg. De bestemmingsstromen in deze gemeenten naar LUMC en EMC zijn groter dan bij klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

75. De zorgverzekeraars die in het kader van onderhavige zaak zijn bevestigd geven aan dat zij geen gevolgen verwachten van de fusie voor de radiotherapeutische zorg. Er blijven volgens hen voldoende alternatieven over na de voorgenomen concentratie. Als alternatieven worden met name MCH, LUMC en EMC genoemd. Een aantal verzekeraars geeft hierbij expliciet aan dat het goed is dat deze zorg wordt geconcentreerd, gezien de omvangrijke investeringen die gepaard gaan met het aanbieden van deze zorg. De voorgenomen concentratie kan derhalve tot kostenbesparingen op het gebied van radiotherapie leiden.

Conclusie t.a.v. top-klinische zorg

76. Aangezien er voor het specialisme radiotherapie een aantal alternatieven overblijft in de regio die in omvang groter zijn dan of gelijk zijn aan partijen op, acht de Raad het niet aannemelijk dat de voorgenomen concentratie de mededinging op het gebied van topklinische zorg significant zou kunnen belemmeren.

VII. BELEIDSREGEL CONCENTRATIES ZORGAANBIEDERS

Zienswijze cliëntenraden

77. De Cliënten Adviesraad van Haga en de Patiëntenraad van RdGG hebben desgevraagd hun zienswijze gegeven ten aanzien van de gevolgen van de voorgenomen concentratie.

78. De Cliënten Adviesraad van Haga heeft aangegeven dat zij enerzijds een positief effect zien, ervan uitgaande dat door de volumecomponent een optimale behandeling van de patiënt kan worden geboden. Anderzijds ziet zij de mogelijkheid dat patiënten verder moeten reizen, waardoor deze wellicht zullen uitwijken naar een ander ziekenhuis in de regio. Hierbij wordt aangegeven dat patiënten waarschijnlijk wel bereid zijn verder te reizen, wanneer zij daarvoor een betere behandeling krijgen. De Cliënten Adviesraad van Haga geeft bij haar zienswijze aan dat zij op het moment dat deze zienswijze gegeven wordt nog niet over alle gevraagde informatie beschikt.

79. De Patiëntenraad van RdGG heeft aangegeven dat zij reeds positief heeft geadviseerd over de voorgenomen concentratie, vanwege de uitgangspunten die door partijen worden gehanteerd, waaronder dat de patiëntenzorg centraal staat en versterking van verschillende aspecten zoals topklinische zorg, wetenschappelijk onderzoek, zorginnovaties en het bewerkstellingen van effectieve en efficiënte bedrijfsvoering. De voorgenomen concentratie leidt volgens de Patiëntenraad van de Reinier de Graaf Groep tot schaalvoordelen waardoor meer specialisaties en verbetering van de kwaliteit van zorg worden bewerkstelligd. De positie van beide ziekenhuizen wordt versterkt met als gevolg ook de versterking van de positie van de patiënt.

Zorgspecifieke aspecten

80. Conform de Beleidsregel concentraties zorgaanbieders heeft de Raad aangegeven hoe zij de volgende zorgspecifieke aspecten in haar mededeling heeft betrokken: (i) de transparantie van kwaliteit van zorg: een toenemende transparantie kan van invloed zijn

op het keuzegedrag van cliënten en de mate waarin zij kwaliteit daarin betrekken. Wanneer cliënten moeten reizen om zorg af te nemen kan een toename van de transparantie van de kwaliteit van zorg mogelijk hun reisbereidheid vergroten. Voorsnog hebben patiënten ook bij hun huidige reisbereidheid voldoende alternatieven (zie de punten 69 tot en met 71); (ii) het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten (zie de punten 27 tot en met 37); (iii) de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders: aan een beoordeling van dit element is niet toegekomen omdat patiënten in de geografische markt waarin partijen actief zijn reeds over voldoende alternatieven beschikken; (iv) de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten (zie de punten 58 tot en met 63).

VIII. CONCLUSIE

81. Na onderzoek van deze melding is de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Hij heeft geen reden om aan te nemen dat die concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren.

82. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft geen vergunning is vereist.

Datum: 21 januari 2013

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,

namens deze:

w.g. Aad. Kleijweg
Plv. Directeur Mededinging

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