

beleid Fusietoetsing in de zorg

Het huidige toezicht op zorgfusies schiet tekort. Het kabinetsvoorstel om het toezicht te verbeteren heeft belangrijke tekortkomingen. In plaats van een zorgspecifieke fusietoets kan beter worden ingezet op een minder toegeeflijk en transparanter optreden van de NMa.

Er bestaat wijdverbreide onvrede over het interne en externe toezicht op zorgfusies. De kritiek op het interne fusietoezicht is dat raden van toezicht van zorginstellingen hun taak momenteel onvoldoende uitvoeren (RVZ, 2009). Fusieplannen van bestuurders worden hierdoor niet kritisch genoeg getoetst. Een gebrekkige interne toezichtstructuur lijkt debet aan een aantal mislukte megafusies in de zorg, waarbij de teloorgang van het in 2007 uit een fusie ontstane thuiszorgconcern Meavita als schoolvoorbeeld dient. Er is ook kritiek op het externe fusietoezicht. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zou fusies in de zorg te gemakkelijk goedkeuren, waardoor de afgelopen jaren te sterke machtsconcentraties zijn ontstaan (Varkevisser en Schut, 2008; Canoy, 2008; Schippers en Van Wijnbergen, 2009). De NMa brengt hier tegenin dat zij fusies niet te snel wil verbieden, nu concurrentie in de gezondheidszorg net op gang begint te komen (Janssen *et al.*, 2009). Daar staat echter tegenover dat fusies de ontluikende concurrentie in de zorg in de kiem kunnen smoren. De NMa kan dan ook beter het risico lopen fusies onterecht te verbieden dan onterecht goed te keuren (Varkevisser, 2009). Ook uit de Tweede Kamer (2009b) klinkt kritiek. De NMa zou fusies te eenzijdig economisch beoordelen en te weinig oog hebben voor andere nadelige effecten dan een beperking van de concurrentie, zoals een afname van de menselijke maat en een vermindering van de bereikbaarheid en continuïteit van zorg. Kortom, de NMa zou fusies goedkeuren die niet in het belang van de patiënt zijn. Het parlement heeft eveneens kritiek op de onduidelijke taakverdeling tussen de NMa, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij het toetsen van zorgfusies.

Versterking fusietoezicht

In reactie op de onvrede over het gebrekkige toezicht op zorgfusies heeft het kabinet aangegeven zowel het interne als het externe fusietoezicht te willen verbeteren (Tweede Kamer, 2009a). Via een Wet cliëntenrechten zorg moet het interne toezicht worden versterkt door bij fusies tussen

zorginstellingen de toezichthoudende organen goedkeuringsrecht en de cliëntenraden instemmingsrecht te geven. Bovendien moeten besturen van zorginstellingen een fusie-effectrapportage opstellen waaruit de meerwaarde van de fusie blijkt. De IGZ moet erop toezien dat deze rapportage daadwerkelijk wordt opgesteld.

Om het externe fusietoezicht te versterken wil het kabinet via een aparte wet een zorgspecifieke fusietoets invoeren. Het streven is om dit wetsvoorstel medio 2011 naar de Tweede Kamer te sturen. De zorgspecifieke fusietoets wordt een taak van de IGZ en gaat vooraf aan een eventuele fusietoets door de NMa. De IGZ moet beoordelen wat de verwachte effecten van zorgfusies zijn op de kwaliteit en de bereikbaarheid van zorg. Op die manier moet worden gewaarborgd dat zorgfusies niet ten koste gaan van deze publieke belangen. Voorts wil het kabinet laten onderzoeken of het mogelijk is om de bevoegdheden van de NZa zodanig uit te breiden dat zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht na een fusie verplicht kunnen worden tot schaalverkleining. Het voorstel voor een zorgspecifieke fusietoets komt bovenop twee recente maatregelen om het externe fusietoezicht in de zorg tijdelijk te versterken. Ten eerste is met ingang van januari 2008 voor een periode van vijf jaar de gezamenlijke omzeldrempel waarboven zorgaanbieders hun fusieplannen ter goedkeuring aan de NMa moeten voorleggen gehalveerd tot 55 miljoen euro (Staatsblad, 2007). Ten tweede is met ingang van september 2009 een beleidsregel van kracht die de NMa verplicht om zorgfusies die leiden tot een gezamenlijk marktaandeel van 35 procent of meer expliciet te toetsen op een aantal zorgspecifieke aspecten. Dit betreft de transparantie van kwaliteit van zorg, het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten, de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders en de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten (Staatscourant, 2009). De Tweede Kamerfractie van het CDA heeft echter geen vertrouwen in de maatregelen om het fusietoezicht door de NMa te versterken. Men heeft daarom een initiatiefwetsvoorstel aangekondigd waarin de NMa wordt ontheven van haar taak om zorgfusies te beoordelen (Tweede Kamer, 2009b). Het toezicht op zorgfusies kan volgens het CDA beter uitsluitend komen te liggen bij de NZa en de IGZ, zodat meer dan alleen zuiver economische criteria een rol spelen. Bovendien, zo luidt de redenering, wordt dan voorkomen dat verschillende toezichthouders fusies verschillend beoordelen.

MARCO VARKEVISSER
EN ERIK SCHUT
Universitair docent en
hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

De NMa (2009c) heeft bijvoorbeeld onlangs de overname van een ambulancedienst door het AMC goedgekeurd, ondanks een negatief advies van de NZa.

Hoewel het externe toezicht op zorgfusies inderdaad verbetering behoeft, bieden een zorgspecifieke fusietoets en een zwaardere rol van de IGZ geen oplossing. Integendeel, zoals hieronder uiteengezet, is het aannemelijk dat het toezicht op zorgfusies hierdoor eerder zal verzwakken. Dit wordt geïllustreerd door de recente beoordeling van de Zeeuwse ziekenhuisfusie, waarbij de opvatting van de IGZ een doorslaggevende rol speelde (NMa, 2009a).

Zorgspecifieke fusietoets door de IGZ

Bij de zorgspecifieke fusietoets die het kabinet voor ogen staat, dienen zorginstellingen hun fusieplannen als eerste voor te leggen aan de IGZ. De Inspectie moet, mede op basis van een verplichte fusie-effectrapportage, beoordelen of na de fusie de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg zijn gewaarborgd. Volgens het kabinet zal een dergelijke toets “uiteraad plaatsvinden op basis van objectieve, vooraf kenbare en non-discriminatoire criteria” (Tweede Kamer, 2009a). Het effect van de zorgspecifieke fusietoets hangt in belangrijke mate af van de precieze invulling die wordt gegeven aan de rol van de IGZ. Van belang is vooral of de IGZ zich bij haar oordeel dient te beperken tot de vraag of de fusie noodzakelijk is voor de minimumkwaliteit van zorg, of dat zij haar oordeel dient te baseren op een brede beoordeling van de kwaliteitseffecten van een fusie, ook als de minimumkwaliteit niet in het geding is.

Brede beoordeling kwaliteitseffecten

Een brede beoordeling van de kwaliteitseffecten van fusies door de IGZ is niet gemakkelijk te realiseren. In dat geval moet de Inspectie namelijk analyseren of de betreffende fusie tot een verbetering of verslechtering van de zorgkwaliteit leidt. De objectieve, eenduidige en meetbare criteria die nodig zijn om hierover vooraf met voldoende zekerheid uitspraken te kunnen doen zijn echter niet voorhanden. Zorginstellingen die willen fuseren zullen in de vereiste fusie-effectrapportage ongetwijfeld betogen dat de fusie goed is voor de kwaliteit, zonder dat de Inspectie dergelijke claims op hun merites kan beoordelen. Kwaliteitsverlagende effecten van fusies zijn vooraf nog moeilijker aan te tonen. Voor zover beschikbaar zijn kwaliteitsnormen immers vaak gekoppeld aan een bepaalde minimumschaal, zoals een minimale omvang van vakgroepen, een minimaal aantal verrichtingen per specialist en een minimaal voorzieningsniveau. Aan deze normen kan in het geval van een fusie per definitie gemakkelijker worden voldaan. De mogelijk negatieve effecten van

Hoewel het externe toezicht op zorgfusies inderdaad verbetering behoeft, bieden een zorgspecifieke fusietoets en een zwaardere rol van de IGZ geen oplossing

fusies op de kwaliteit, bijvoorbeeld als gevolg van toenemende coördinatieproblemen en verminderde concurrentie, zijn van tevoren niet vast te stellen omdat eenduidige objectieve indicatoren ontbreken. Het lijkt op voorhand dus niet waarschijnlijk dat de IGZ zorgfusies zal tegenhouden op grond van negatieve kwaliteitseffecten, terwijl het bij een positief oordeel van de Inspectie voor de NMa moeilijk is om een fusie alsnog te verbieden. Als is geconcludeerd dat een fusie de zorgkwaliteit ten goede komt, dan zal de druk op de NMa om ook tot goedkeuring over te gaan immers toenemen. Anders dan de bedoeling is, zullen zorgfusies uiteindelijk dus juist minder kritisch worden getoetst dan nu het geval is.

Beperkte beoordeling kwaliteitseffecten

In lijn met de traditionele taak van de IGZ zou de zorgspecifieke fusietoets ook beperkt kunnen worden tot een oordeel of een voorgenomen fusie noodzakelijk is voor de minimumkwaliteit. Wanneer dit het geval is, dan kan de NMa niet anders dan deze fusie goedkeuren. De fusie is dan duidelijk in het belang van de consument en dus maatschappelijk gewenst. Wanneer de IGZ van oordeel is dat een fusie niet noodzakelijk is om aan de minimumkwaliteitseisen te kunnen voldoen, dan geeft de mededingingstoets van de NMa de doorslag. Door de rol van de IGZ op deze wijze in te perken, wordt de zorgspecifieke fusietoets niet alleen eenvoudiger, maar ook transparanter. Dit betekent echter niet dat zorgfusies kritischer zullen worden getoetst. Zolang eenduidige en objectieve criteria ten aanzien van de vereiste minimumkwaliteit ontbreken, bestaat namelijk ook bij een beperkte toets door de IGZ het risico dat zorgfusies om redenen van vermeende kwaliteitsvoordelen te gemakkelijk worden goedgekeurd. Het besluit inzake de Zeeuwse ziekenhuisfusie laat dit zien.

Zeeuwse ziekenhuisfusie

In september 2005 meldden Ziekenhuis Walcheren (Vlissingen en Middelburg) en de Oosterscheldeziekenhuizen (Goes en Zierikzee) hun voornemen om te fuseren bij de NMa. De mededingingsautoriteit concludeerde dat voor de fusie een vergunning is vereist (NMa, 2005) en deze werd door de ziekenhuizen aangevraagd. Op 16 augustus 2006, vlak voordat de NMa een, naar verluidt negatieve (Van Sinderen, 2008), beslissing zou nemen, wordt de aanvraag door de ziekenhuizen ingetrokken. Eind juni 2008 wagen de ziekenhuizen een tweede poging. Om goedkeuring te krijgen voor hun fusie voeren de Zeeuwse ziekenhuizen een efficiëntieverweer. Kort samengevat stellen zij dat een fusie noodzakelijk is uit oogpunt van de kwaliteit en continuïteit van ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland. De ziekenhuizen worden hierin gesteund door de zienswijze van de IGZ (2009). Op 25 maart 2009 keurt de NMa de fusie goed. De NMa stelt nadrukkelijk bij haar besluit de ingebrachte zienswijzen van de IGZ (2009) en de NZa (2009) zwaar te hebben laten meewegen. Het besluit van de NMa (2009a) is uniek, want niet eerder is een fusie op grond van een efficiëntieverweer goedgekeurd. Bovendien leidt de fusie naar het oordeel van de NMa tot een monopolie in de relevante ziekenhuismarkt. Volgens de richtsnoeren van de Europese Commissie is het dan hoogst onwaarschijnlijk dat efficiëntieverbeteringen de concurrentiebeperkende gevolgen van een fusie tegengaan (EC, 2004). Hoewel men dus zou verwachten dat sprake is van een buitengewoon sterk efficiëntieverweer, blijkt dit niet het geval.

Ongeldig efficiëntieverweer

Een efficiëntieverweer is alleen geldig wanneer aan drie noodzakelijke voorwaarden wordt voldaan, waarbij de bewijslast bij de fuserende partijen ligt (EC, 2004). De fusie moet, ten eerste, tot directe efficiëntievoordelen voor consumenten leiden en, ten tweede, noodzakelijk zijn om deze voordelen te kunnen realiseren. Ten derde moeten de voordelen verifieerbaar zijn. Met betrekking tot de eerste voorwaarde constateert de NMa dat zowel de ziekenhuizen zelf als de IGZ uitsluitend spreken over kwaliteitsverbeteringen in het zorgaanbod, terwijl het vanuit mededingingsperspectief vooral van belang

is of de fusie leidt tot een gunstiger prijs-kwaliteitverhouding voor de consument. Aangezien er na de fusie geen sprake meer is van enige concurrentiedruk is het volgens de NMa (2009a) “vooral nog onvoldoende aannemelijk dat er sprake is van daadwerkelijke (netto) efficiëntieverbeteringen die ten goede zullen komen aan de afnemers”. Volgens de NMa is evenmin voldaan aan de derde voorwaarde dat de voordelen van de fusie verifieerbaar moeten zijn. Op dit punt stelt de NMa (2009a) onomwonden dat de door de ziekenhuizen aangedragen documenten “onvoldoende nauwkeurig en onvoldoende overtuigend genoeg zijn”. Bovendien ontbreekt volgens de NMa een objectieve onderbouwing voor de door de ziekenhuizen gehanteerde normen ten aanzien van het minimaal aantal specialisten en verrichtingen. Ook stelt de NMa dat de Zeeuwse ziekenhuizen onvoldoende duidelijk maken welke kwaliteitsverbeteringen wenselijk zijn en welke noodzakelijk.

Alleen aan de tweede voorwaarde is volgens de NMa voldaan. De mededingingsautoriteit acht het aannemelijk dat de eventuele voordelen van de fusie niet op een andere manier in dezelfde mate kunnen worden bereikt. Hoewel het advies van de IGZ weinig tot geen heldere minimumnormen en objectieerbare onderbouwingen bevat, schaart de NMa zich op dit punt achter de opvatting van de Inspectie dat de fusie noodzakelijk is voor het behoud van de basisziekenhuisfuncties in Midden-Zeeland. Zowel de minimumformatie aan medisch specialisten die nodig is voor de continuïteit van zorg en de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden als het minimum aantal patiënten dat nodig is voor verantwoorde zorg kunnen volgens de IGZ niet langs andere wegen worden bereikt. Zo zou een samenwerking op deelgebieden waarschijnlijk tot een “cascade van noodgedwongen samenvoegingen van andere functies” leiden, omdat veel ziekenhuisfuncties “een sterke onderlinge afhankelijkheid hebben” (IGZ, 2009). Mede omdat ook uit een niet-openbaar gemaakt onderzoek van Twynstra Gudde zou blijken dat bij vergaande samenwerking en specialisatie een situatie ontstaat van twee gespecialiseerde ziekenhuizen die elkaar niet beconcurreren omdat ze enkel nog aanvullend zijn, acht de NMa (2009a) het “voldoende aannemelijk” dat geen realistisch alternatief voor de fusie bestaat.

Aangezien niet is voldaan aan de cumulatieve criteria van een efficiëntieverweer, is er volgens de Mededingingswet (Mw) feitelijk geen grond om de fusie goed te keuren. Maar in plaats van de fusie te verbieden, biedt de NMa de Zeeuwse ziekenhuizen een ontsnappingsmogelijkheid. In onderling overleg worden drie voorwaarden afgesproken die de efficiëntiewinst van de fusie moeten garanderen, zodat de fusie toch kan doorgaan. Ten eerste wordt een prijsplafond ingesteld voor ziekenhuiszorg waarvan de tarieven vrij onderhandelbaar zijn, het zogeheten B-segment. Ten tweede doen de ziekenhuizen de toezegging om bepaalde kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Ten derde zeggen de ziekenhuizen toe toetreding van nieuwe zorgaanbieders te zullen faciliteren.

Effectiviteit voorwaarden

Volgens de NMa is het stellen van voorwaarden aan fusies, zogeheten remedies, alleen passend als ze een geconstateerd mededingingsprobleem “zonder twijfel en volledig” wegnemen (NMa, 2007). Gelet op het feit dat het hier om een fusie gaat die tot monopolie leidt, betekent dit dat de voorwaarden harde garanties voor efficiëntieverbeteringen moeten bieden. Bij de hier opgelegde gedragsremedies is hiervan echter geen sprake. Zo moet sterk worden getwijfeld aan de effectiviteit van het ingestelde prijsplafond, waarbij de gemiddelde prijs van het fusieziekenhuis het landelijk gemiddelde niet mag overtreffen. Behalve dat het lastig zal zijn om bij de vaststelling van het prijsplafond adequaat te corrigeren voor verschillen in patiëntenpopulatie, zal pas twee jaar later duidelijk worden of het prijsplafond in het lopende jaar al dan niet wordt overschreden. De voorwaarde is dus niet alleen praktisch moeilijk uitvoerbaar, maar biedt het fusieziekenhuis bovendien de gelegenheid om twee jaar lang hoge prijzen te

De IGZ suggereert weliswaar dat zonder een fusie de ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland op termijn onder een aanvaardbaar minimumniveau zou belanden, maar bij gebrek aan duidelijke wettelijke normen is dit niet te verifiëren

vragen, waarbij onzeker is of de NMa deze extra opbrengsten op termijn kan terugvorderen. De toegezegde kwaliteitsverbeteringen hebben vooral betrekking op een aantal structuurmaatregelen zoals een minimale vakgroepomvang, een minimaal aantal verrichtingen per specialist en het realiseren van een meer geavanceerde afdeling voor intensieve zorg. Deze maatregelen bieden echter geen garanties voor betere uitkomsten van zorg. Zeker niet omdat na de fusie geen sprake meer is van kwaliteitsconcurrentie. Ook de effectiviteit van de derde voorwaarde, het faciliteren van toetreding, is hoogst twijfelachtig. Zowel in het besluit van de NMa als in de zienswijzen van de IGZ

en de NZa wordt namelijk gesteld dat de betreffende regio geen plaats biedt voor volwaardige concurrenten van het fusieziekenhuis. Toetreding van betekenis is dus überhaupt niet aannemelijk.

Reddingsfusie

Gelet op het feit dat de NMa het oordeel van de IGZ onderschrijft dat de fusie noodzakelijk is voor het behoud van de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland, zou het meer voor de hand hebben gelegen om de fusie om een andere reden goed te keuren. Wanneer een fusie noodzakelijk is voor het voortbestaan van een van beide fusiepartners, kan namelijk een beroep worden gedaan op het zogeheten reddingsfusieverweer. De IGZ (2009) stelt in haar zienswijze hierover het volgende: “De kans dat beide ziekenhuizen in een ‘verelending’ spiraal terecht komen totdat één van beide ‘omvalt’ is zeer reëel. (...) Vanuit deze optiek is een fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) onvermijdelijk: het zogenaamde reddingsfusieverweer.” Ook Van Damme (2009) stelt dat er in de regio Midden-Zeeland feitelijk sprake is van een natuurlijk monopolie, zodat ook zonder een fusie slechts één ziekenhuis zou zijn overgebleven. In het besluit van de NMa staat echter niets over een mogelijke reddingsfusie omdat de fuserende ziekenhuizen voor het eerder besproken efficiëntieverweer hebben gekozen.

Bovendien is het zeer de vraag of een reddingsfusieverweer voldoende stevig onderbouwd had kunnen worden. Qua omvang zijn veel Nederlandse ziekenhuizen vergelijkbaar met beide Zeeuwse ziekenhuizen. De IGZ suggereert weliswaar dat zonder een fusie de ziekenhuiszorg in Midden-Zeeland op termijn onder een aanvaardbaar minimumniveau zou belanden, maar bij gebrek aan duidelijke wettelijke normen is dit niet te verifiëren. De IGZ wijst erop dat het een unieke regio betreft, omdat de afstand tot meer gespecialiseerde ziekenhuizen groter is dan in andere regio's met vergelijkbare ziekenhuizen.

Inwoners van Midden-Zeeland zouden te ver moeten reizen als het gaat om gespecialiseerde voorzieningen. Deze argumentatie is weinig overtuigend. Allereerst is het aantal inwoners van Midden-Zeeland dat gebruikmaakt van dergelijke gespecialiseerde voorzieningen gering. Daarnaast ontbreken ten aanzien van de bereikbaarheid duidelijke minimumnormen. Bovendien is de extra reisafstand naar meer gespecialiseerde voorzieningen, vanuit internationaal perspectief bezien, zeker niet groot. Daarbij zouden specialisatie en concentratie van bepaalde activiteiten in een van beide ziekenhuizen wel degelijk een werkbaar alternatief kunnen vormen voor de fusie. De IGZ stelt dat dit alternatief evenmin tot concurrentie leidt omdat hierdoor twee volledig gespecialiseerde ziekenhuizen ontstaan die complementair zijn en dus niet met elkaar concurreren. Maar daarbij gaat de IGZ ten onrechte voorbij aan het feit dat de fusie in een structurele machtspositie voor het nieuwe ziekenhuis resulteert, terwijl bij specialisatie door de voortdurende dreiging van aanbodsstitutie sprake blijft van betwistbare machtsposities.

Conclusie

De effectiviteit van het huidige toezicht op zorgfusies staat volop ter discussie. Het kabinetsvoorstel om het externe fusietoezicht te versterken door invoering van een zorgspecifieke fusietoets, waarbij de IGZ voorafgaand aan de NMa een eerste oordeel velt, vormt echter geen verbetering. Zoals de goedkeuring van de ziekenhuisfusie in Midden-Zeeland laat zien, bestaat het gevaar dat zorgfusies door de IGZ worden goedgekeurd zonder dat overtuigend is komen vast te staan dat deze voor de minimumkwaliteit noodzakelijk zijn. Bovendien zal een fusietoets door de IGZ niet tot minder goedgekeurde fusies leiden omdat er geen criteria zijn waarmee kwaliteitsverlagende effecten van fusies vooraf kunnen worden vastgesteld. Voor zover beschikbaar, hebben kwaliteitsnormen namelijk betrekking op een vereiste minimumschaal. In plaats van een zorgspecifieke fusietoets door de IGZ kan daarom beter worden ingezet op een versterking van het huidige fusietoezicht door de NMa. Het recent via een beleidsregel aangescherpte toezichtskader vormt een stap in de goede richting (Staatscourant, 2009). Wel moet worden voorkomen dat de nieuwe regels worden ondermijnd door de eveneens recent verruimde mogelijkheden van een verkorte afdoening van fusies in de meldingsfase, zoals in een recent besluit over een zorgfusie in Drenthe (NMa, 2009b). Voorts zou de NMa zich moeten beperken tot een zuiver mededingingsrechtelijke toets en zich niet, zoals bij de Zeeuwse ziekenhuisfusie, op allerlei niet-economische argumenten moeten beroepen. Wanneer de NMa op grond van een zuiver mededingingsrechtelijke toets een vergunning zou weigeren, dan kunnen de betrokken partijen een beroep doen op artikel 47 van de Mw. Dit artikel stelt de minister van Economische Zaken in staat om, al dan niet onder voorwaarden, alsnog een ver-

gunning te verstrekken als volgens het kabinet sprake is van “gewichtige redenen van algemeen belang die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering van de mededinging”. In Duitsland is eerder op die manier een ziekenhuisfusie die door het Bundeskartellamt was verboden door de overheid om redenen van algemeen belang alsnog goedgekeurd (BMW, 2008). Het bewandelen van deze weg scheidt de voor een effectief fusietoezicht noodzakelijke helderheid. Immers, pas als de NMa een vergunning heeft geweigerd is de vraag relevant of er sprake is van zwaarwegende redenen van algemeen belang die opwegen tegen de vastgestelde mededingingsbezwaren.

LITERATUUR

- BMW (2008) *Ministererlaubnis im Fall Universitätsklinikum Greifswald/Kreis Krankenhaus Wolgast*. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, persbericht, 17 april.
- Canoy, M. (2008) *Zorgfusies: gekker moet het niet worden*. *Markt & Mededinging*, 11(6), 191–192.
- Damme, E. van (2009) *NMa, Zeeuwse ziekenhuizen en het algemeen belang*. *ESB*, 94(4559), 271.
- EC (2004) *Richtlijn voor de beoordeling van horizontale fusies*. Brussel: Europese Commissie.
- IGZ (2009) *Advies inzake fusieverzoek stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Janssen, M., K. Schep en J. van Sinderen (2009) *Fusies van ziekenhuizen: het beoordelingskader van de NMa*. *Markt & Mededinging*, 12(2), 44–53.
- NMa (2005) *Besluit betreffende zaak 5196 / Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen: meldingsfase*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa (2007) *Richtlijn remedies 2007*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa (2009a) *Besluit betreffende zaak 6424 / Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen: vergunningfase*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa (2009b) *Besluit betreffende zaak 6673 / Zorggroep Middenveld Drenthe – Zorggroep Leveste: meldingsfase*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NMa (2009c) *Besluit betreffende zaak 6704 / AMC – VZA: meldingsfase*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NZa (2009) *Voorgenomen concentratie tussen de Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en de Stichting Ziekenhuis Walcheren: openbare zienswijze*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- RVZ (2009) *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Schippers, E. en S. van Wijnbergen (2009) *Zorgverzekeraars horen niet in ziekenhuizen*. *NRC Handelsblad*, 2 februari.
- Sinderen, J. van (2008) *Gekker moet het inderdaad niet worden*. *Markt & Mededinging*, 11(6), 201–202.
- Staatsblad (2007) *Tijdelijke verruiming van het toepassingsbereik van het concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen*. nr 518, 6 december.
- Staatscourant (2009) *Beleidsregel van de minister van EZ houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders*. nr 13389, 9 september.
- Tweede Kamer (2009a) *Governance in de zorgsector: brief van de minister en staatssecretaris van VWS*. 32012, nr 1.
- Tweede Kamer (2009b) *Governance in de zorgsector: verslag van een algemeen overleg*. 32012, nr 5/6.
- Varkevisser, M. (2009) *Patient choice, competition and antitrust enforcement in Dutch hospital markets*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Varkevisser, M. en F. Schut (2008) *NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies*. *ESB*, 93(4532), 196–199.