



NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies

Het behoud van voldoende keuzemogelijkheden is essentieel voor het functioneren van ons zorgstelsel. De mededingingseffecten van ziekenhuisfusies worden door de NMa tot op heden echter onvoldoende kritisch getoetst.

De aanwezigheid van voldoende keuzemogelijkheden is van cruciaal belang voor de beoogde concurrentie in de gezondheidszorg. Allereerst moeten consumenten op de zorgverzekeringsmarkt uit voldoende verzekeraars kunnen kiezen om deze aan te sporen gunstige polisvoorwaarden aan te bieden. Op hun beurt moeten zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt uit voldoende zorgaanbieders kunnen kiezen. Alleen dan kunnen ze hen via onderhandelingen aanzetten tot het verlenen van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Hoewel het aantal zorgverzekeraars door recente fusies zodanig is afgenomen dat bijna negentig procent van de Nederlanders is aangesloten bij één van de vier grootste zorgverzekeringsconcerns, lijkt er nog steeds sprake van voldoende concurrentie. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringwet zijn zorgverzekeraars verwickeld in een felle strijd om verzekerden. Daarbij wordt zo

scherp op prijs geconcentreerd dat zowel in 2006 als in 2007 forse verliezen zijn geïncasseerd (DNB, 2007). Onderlinge prijsconcurrentie is op termijn echter alleen effectief als zorgverzekeraars via het inkoopbeleid de kosten van de zorgverlening aan hun verzekerden kunnen beïnvloeden. Als gevolg van een sterke concentratietendens aan de aanbodzijde nemen de keuzemogelijkheden voor zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt de laatste jaren echter steeds verder af. Patiënten hebben over het algemeen een sterke voorkeur voor een zorgaanbieder dichtbij huis, zodat het gevaar bestaat dat deze concentraties tot een gebrek aan keuzemogelijkheden leiden. In dat geval komt van de beoogde kritische inkooprol van zorgverzekeraars weinig terecht. Zo blijkt uit een recente overzichtsstudie van Vogt en Town (2006) dat ziekenhuisfusies in de Verenigde Staten tot flinke prijsstijgingen hebben geleid, variërend van vijf tot wel veertig procent in het geval van fusies tussen nabijgelegen ziekenhuizen. Voor Nederland toont recent onderzoek aan dat thuiszorgaanbieders met een regionaal groot marktaandeel bij de inkoopende zorgkantoren hogere prijzen weten te realiseren, zonder dat hier een betere kwaliteit tegenover staat (Mosca *et al.*, 2007). Ander onderzoek laat zien dat

MARCO VARKEVISSER
EN ERIK SCHUT

Wetenschappelijk onderzoeker en hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

in regio's met een hogere marktconcentratie ziekenhuizen hogere winstmarges realiseren op de zorg waarvan de prijzen vrij onderhandelbaar zijn (Halbersma *et al.*, 2007). Politici hebben dan ook terecht steeds meer aandacht voor de mogelijke negatieve gevolgen van fusies tussen zorgaanbieders in het algemeen en ziekenhuizen in het bijzonder (zie bijvoorbeeld Tweede Kamer, 2007).

Lagere omzetsdrempel geen panacee

Als gevolg van deze aandacht heeft het kabinet besloten om de gezamenlijke omzetsdrempel waarboven zorgaanbieders hun fusieplannen ter goedkeuring aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) moeten voorleggen met ingang van 1 januari 2008 meer dan te halveren tot 55 miljoen euro (Ministeries van EZ en VWS, 2007). Deze sectorspecifieke maatregel geldt voor een periode van vijf jaar en zal naar verwachting van de betrokken ministeries tot dertig a vijftig extra fusiemeldingen per jaar leiden. Veruit het grootste deel van deze extra meldingen zal betrekking hebben op fusies tussen thuiszorginstellingen en/of verpleeg- en verzorgingshuizen. Aangezien voor de meeste ziekenhuisfusies de hogere generieke omzetsdrempel reeds relevant was, zal er bij een lagere drempel voor fuserende ziekenhuizen niet veel veranderen. Behalve wanneer bijvoorbeeld een relatief klein ziekenhuis wil samengaan met een zelfstandig behandelcentrum. Overigens betekent een verlaging van de omzetsdrempel niet dat het voortbestaan van voldoende keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg vanzelfsprekend gewaarborgd is. Dit is uiteindelijk afhankelijk van de wijze waarop de NMa voorgenomen fusies die boven de drempel uitkomen inhoudelijk beoordeelt. En op dit punt bestaat reden voor ongerustheid. Eerdere besluiten van de NMa op het gebied van ziekenhuisfusies geven namelijk blijk van een onvoldoende kritisch oordeel over de potentieel nadelige effecten van deze fusies voor de mededinging (NMa, 2005, 2007a en 2007b).

Politici hebben terecht steeds meer aandacht voor de mogelijke negatieve gevolgen van fusies tussen zorgaanbieders in het algemeen en ziekenhuizen in het bijzonder

Zeven ziekenhuisfusies sinds 2004

Op grond van artikel 41 van de Mededingingswet (Mw) dient de NMa een vergunning te weigeren als door de voorgenomen fusie "de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou worden belemmerd, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie". Hoewel de Mw met ingang van 1 januari 1998 in werking is getreden, heeft de NMa pas in 2004 voor het eerst een voorgenomen fusie tussen twee Nederlandse ziekenhuizen inhoudelijk beoordeeld. Bij alle eerdere ziekenhuisfusies is aangenomen dat "gelet op de invloed van de stringente wet- en regelgeving alsmede de toepassing daarvan" daadwerkelijke mededinging tussen ziekenhuizen "van overheidswege" was uitgesloten (zie bijvoorbeeld NMa, 2002).

Zoals tabel 1 laat zien, zijn sinds 2004 zeven voorgenomen ziekenhuisfusies bij de NMa gemeld. Ondanks de al relatief

hoge concentratiegraad op de Nederlandse ziekenhuismarkt (Varkevissers *et al.*, 2004), is in vijf van de zeven gevallen de meldingsfase afgesloten met de conclusie dat een vergunning niet vereist is. In formele zin is nog geen enkele ziekenhuisfusie op een veto van de NMa gestuit. Wel is in het geval van de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen de vergunningaanvraag door betrokken partijen ingetrokken nadat de NMa had aangegeven serieuze bezwaren te hebben (NMa, 2006). Aangezien op de relevante geografische markt (Midden-Zeeland) na deze fusie nog maar één ziekenhuis zou overblijven, lag een verbod in de rede. De Europese fusierichtlijnen, die tevens richtinggevend zijn voor de NMa, geven immers aan dat het hoogst onwaarschijnlijk is dat een fusie die (bijna) leidt tot een monopolie kan worden gerechtvaardigd op grond van mogelijke efficiëntieverbeteringen (EC, 2004, randnummer 84). In dat licht bezien is het opmerkelijk dat de Zeeuwse ziekenhuizen hun fusieplannen nieuw leven lijken te hebben ingeblazen (Tweede Kamer, 2007). Aangezien alle formele fusiebesluiten voor de betrokken ziekenhuizen tot nu toe gunstig hebben uitgepakt, is geen ervan voor de rechter aangevochten. Elke vorm van sectorspecifieke jurisprudentie ontbreekt derhalve. Anders dan de minister van VWS verschillende keren heeft aangegeven (zie bijvoorbeeld Tweede Kamer, 2007), is vooralsnog dus onzeker of het huidige beoordelingskader van de NMa voor ziekenhuisfusies wel adequaat is en standhoudt als een negatief fusiebesluit juridisch wordt aangevochten.

Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord

Tot nu toe is slechts één voorgenomen ziekenhuisfusie in een zogeheten tweede fase nader onderzocht op de te verwachten mededingingseffecten. Dit betreft de fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord. Ten aanzien van deze fusie concludeert de NMa (2004) in eerste instantie dat er reden is "om aan te nemen dat als gevolg van de concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt" zodat een vergunning vereist is. In reactie op de vergunningaanvraag luidt de conclusie na aanvullend onderzoek dat er "niet

Tabel 1

Besluiten NMa inzake ziekenhuisfusies.

Fuserende ziekenhuizen	Jaar	Besluit	Resultaat
Juliana Kinderziekenhuis/RKZ en Ziekenhuis Leyenburg	2004	Geen vergunning vereist	Fusie
Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord	2005	Vergunning verleend	Fusie
Erasmus MC en Havenziekenhuis	2005	Geen vergunning vereist	Fusie
Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen	2006	Vergunning vereist	Aanvraag ingetrokken
Laurentius Ziekenhuis en St. Jans Gasthuis	2007	Geen vergunning vereist	Fusie afgeketst
Vlietland Ziekenhuis en MC Rijnmond Zuid	2007	Geen vergunning vereist	Streefdatum niet bekend
Medisch Centrum Alkmaar en Gemini Ziekenhuis	2007	Geen vergunning vereist	Streven is fusie in 2008

voldoende aanwijzingen” zijn om het ontstaan of versterken van een economische machtspositie “aannemelijk te achten”, zodat de benodigde vergunning wordt verleend (NMa, 2005). De argumentatie hiervoor is echter gebaseerd op een aanvechtbare afbakening van de relevante geografische markt. Nader onderzoek van de NMa naar de omvang van de geografische ziekenhuismarkt leidt namelijk niet tot eenduidige resultaten. Onderzoek op basis van de gebleken voorkeuren van patiënten (feitelijk keuzegedrag) duidt op een relevante markt die niet groter is dan het Gooi. Onderzoek op basis van uitgesproken voorkeuren (keuzegedrag in hypothetische situaties) duidt daarentegen op een aanzienlijk grotere relevante markt. In het eerste geval zou de fusie resulteren in een (versterkte) machtspositie, terwijl in het tweede geval sprake zou zijn van voldoende restconcurrentie. Hoewel de NMa erkent dat over het algemeen meer waarde moet worden toegekend aan gebleken voorkeuren omdat het bij uitgesproken voorkeuren immers om fictieve keuzesituaties gaat, geeft zij in haar besluit aan dat dit in dit concrete geval “minder evident is” (NMa, 2005). Vanwege de toenemende transparantie op de ziekenhuismarkt zouden patiënten in de toekomst namelijk wellicht bereid zijn om verder te reizen. De hierop gebaseerde conclusie dat de geografische markt groter is dan “slechts het Gooi”, waardoor er na fusie voldoende restconcurrentie zou overblijven, is om twee redenen in hoge mate speculatief. Ten eerste is de toename van de transparantie vooralsnog uiterst beperkt. Ten tweede is het effect van meer transparantie op het toekomstige (reis)gedrag van patiënten onbewezen en dus hoogst onzeker. Vooralsnog lijkt er dus weinig grond om af te wijken van de op basis van feitelijk keuzegedrag vastgestelde beperkte geografische markt. Het is nog te vroeg om de concrete effecten van deze fusie volledig te kunnen beoordelen. De maatschappelijke onrust die is ontstaan door de plannen van de gefuseerde Tergooiziekenhuizen om op de locatie Hilversum alleen nog poliklinieken en afdelingen voor dagbehandelingen te handhaven, duidt er echter op dat de geografische markt inderdaad minder groot is dan door de NMa verondersteld (Medisch Contact, 2007).

MC Alkmaar en Gemini Ziekenhuis

Ook bij de meer recente beoordeling van de voorgenomen fusie tussen Medisch Centrum Alkmaar (MCA) en het Gemini Ziekenhuis in Den Helder worden mogelijk negatieve effecten op de mededinging door de NMa onvoldoende serieus onderzocht. Op basis van een ook bij een eerdere fusiebeoordeling (NMa, 2007a) gebruikte reistijdenanalyse concludeert de NMa dat voor vrijwel alle patiënten van de twee betrokken ziekenhuizen na de fusie tenminste één “gunstiger gelegen” alternatief overblijft. De gehanteerde reistijdenanalyse is echter niet adequaat. Er wordt namelijk in het geheel geen rekening gehouden met de heterogeniteit van ziekenhuizen en patiënten terwijl dit voor een goede marktafbakening juist cruciaal is (Varkevisser *et al.*, 2008). De NMa concludeert vervolgens dat vanwege de aanwezigheid van tenminste één alternatief een exacte afbakening van de relevante markt achterwege kan blijven (NMa, 2007b). Deze conclusie is te simpel. Voor een goede beoordeling van de betreffende fusie is het juist belangrijk dat wordt vastgesteld welke ziekenhuizen wél en welke niet

Een marktaandeel van vijftig procent of meer vormt op zichzelf reeds een voldoende bewijs voor het bestaan van een economische machtspositie

als concurrenten van MCA en het Gemini Ziekenhuis kunnen worden beschouwd. Uit hun jaarverslagen blijkt dat beide ziekenhuizen de kop van Noord-Holland als hun primaire werkgebied zien. Dit gebied omvat de bovenste drie ziekenhuizen uit tabel 2. Wanneer de relevante geografische markt inderdaad beperkt is tot dit gebied zou het nieuwe fusieziekenhuis, zowel gemeten in termen van het aantal bedden, polikliniekbezoeken, dagopnamen als klinische opnamen, over een marktaandeel van circa zeventig procent beschikken. Een marktaandeel van vijftig procent of meer vormt op zichzelf reeds een voldoende bewijs voor het bestaan van een economische machtspositie (EC, 2004). Ook de richtsnoeren die de NMa voor de zorgsector heeft opgesteld, laten op dit punt weinig ruimte voor twijfel (NMa, 2007c, blz. 74): “In het algemeen duiden zeer aanzienlijke marktaandelen, uitzonderingsomstandigheden daargelaten, op het bestaan van een economische machtspositie.” Het is dan ook opmerkelijk dat de NMa in het gehele besluit inzake deze fusie met geen woord rept over de huidige en toekomstige marktaandelen. Wanneer de kop van Noord-Holland inderdaad de relevante markt is, slinkt het aantal onderling concurrerende ziekenhuizen van drie naar twee: het fusieziekenhuis en het Westfriesgasthuis in Hoorn (Tabel 2). Hierdoor lijkt een voor effectieve concurrentie kritieke ondergrens te worden gepasseerd. Empirisch onderzoek naar de relatie tussen marktstructuur, toetreding en concurrentie op lokale ziekenhuismarkten in de VS duidt erop dat vooral fusies die resulteren in een duopolie of monopolie tot aanzienlijke nadelen voor de consument en inperking van de concurrentie leiden (Abraham *et al.*, 2007). In het fusiebesluit van de NMa blijft een meer precieze afbakening van de relevante geografische markt dus om onjuiste redenen achterwege. Daarnaast neemt de NMa op andere belangrijke punten wel erg gemakkelijk aan dat de fusie de mededinging niet merkbaar zal belemmeren. Zo is het cruciaal of het nieuwe fusieziekenhuis wellicht in staat is om op de geïsoleerde locatie van het Gemini Ziekenhuis een significante prijsverhoging of kwaliteitsverlaging door te voeren. Ten aanzien hiervan concludeert de NMa wel erg snel dat een dergelijke handelswijze niet aannemelijk is. Men stelt dat prijsdiscriminatie “geen reële optie” is omdat fusieziekenhuizen tot op heden “doorgaans op concernniveau één tarief vaststellen” voor hun zorg (NMa, 2007b). Maar net als elders vormen resultaten uit het verleden ook hier geen garantie voor de toekomst. Het argument dat een kwaliteitsverlaging geen gevaar vormt mede omdat de “strategische documenten van partijen hiervoor geen aanwijzingen geven” (NMa, 2007b) is eveneens weinig overtuigend. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat na een

Tabel 2

Ziekenhuizen in het noorden van Noord-Holland.

		Reistijd (min.) van MCA naar:	Reistijd (min.) van Gemini naar:	Aantal bedden
MC Alkmaar	Alkmaar	-	53	913
Gemini Ziekenhuis	Den Helder	53	-	302
Westfriesgasthuis	Hoorn	33	53	506
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	16	63	384
Zaans MC	Zaandam	24	66	456
Waterlandziekenhuis	Purmerend	34	64	347

fusie vaak bepaalde vormen van zorg op één locatie worden geconcentreerd, wat voor patiënten een achteruitgang in (gepercipieerde) kwaliteit kan betekenen. In dat kader kan niet alleen gewezen worden op de al genoemde plannen van de Tergooiziekenhuizen maar ook op de beslissing van het Medisch Centrum Leeuwarden om de locatie Harlingen uit te kleden tot een polikliniek (Friesch Dagblad, 2008). Mede gezien deze ervaringen is, in tegenstelling tot de NMa, de medische staf van het Gemini Ziekenhuis wel bevreesd dat de zorg in Den Helder zal verschromen doordat bepaalde vormen van zorg geleidelijk zullen verschuiven naar het veel grotere MCA (Noordhollands Dagblad, 2008).

De veronderstelling van de NMa dat het fusieziekenhuis zijn toegenomen marktmacht niet zal misbruiken is temeer riskant vanwege het onomkeerbare karakter van een fusie. Anders dan bijvoorbeeld de Amerikaanse mededingingsautoriteiten beschikt de NMa niet over de wettelijke bevoegdheid om een fusie, nadat deze heeft plaatsgevonden, weer ongedaan te maken. En zelfs al zou zij deze bevoegdheid wel hebben, dan is een gedwongen opsplitsing van reeds gefuseerde ziekenhuizen om praktische redenen weinig realistisch, zo blijkt uit een recente casus in de Verenigde Staten (FTC, 2007). Kortom, de fusie tussen MCA en het Gemini Ziekenhuis zou vanuit mededingingsoogpunt een strengere toetsing, en dus op zijn minst een tweede fase met nader onderzoek, verdienen hebben.

Tot slot

Om te zorgen voor voldoende keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg is een kritische beoordeling van voorgenomen fusies essentieel. Hoewel de sectorspecifieke verlaging van de omzetsdrempel per 1 januari 2008 ervoor zorgt dat meer zorgaanbieders hun fusieplannen vooraf ter goedkeuring aan de NMa moeten voorleggen, bestaat wel degelijk reden voor ongerustheid. Allereerst is en blijft het beoordelen van fusies in de zorgsector in vergelijking met andere sectoren extra ingewikkeld en tijdrovend. De afwezigheid van directe prijsprikkels, de zeer heterogene producten en het gebrek aan transparantie zijn hieraan debet. Tot op heden zijn de mededingingseffecten van ziekenhuisfusies onvoldoende kritisch getoetst. Daarnaast ontbreekt het in Nederland aan sectorspecifieke jurisprudentie, zodat vooralsnog onduidelijk is welke bewijslast de NMa in stelling moet brengen om een ziekenhuisfusie indien nodig te kunnen tegenhouden. Om deze redenen is een hardere opstelling van de NMa dringend gewenst. Wellicht dat de werkwijze van de Duitse *Bundeskartellamt*, die de afgelopen jaren wel verschillende ziekenhuisfusies heeft tegengehouden, hiervoor bruikbare aanknopingspunten biedt (zie bijvoorbeeld BKA, 2007 en 2008). Voor het behoud van voldoende keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg is het nodig dat de NMa voorgenomen ziekenhuisfusies strenger toetst en bij twijfel over de mededingingseffecten de benodigde vergunning weigert. Het risico

om vervolgens achteraf door een rechter te worden teruggefloten zal men daarbij op de koop toe moeten nemen. Dit kan op korte termijn weliswaar pijnlijk zijn, maar draagt op langere termijn bij aan een betere fundering van de besluitvorming over fusies in de zorgsector.

LITERATUUR

- Abraham, J.M., M. Gaynor en W.B. Vogt (2007) Entry and competition in local hospital markets. *Journal of Industrial Economics*, 55(2), 265–288.
- BKA (2007) *Bundeskartellamt prohibits merger between Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg and Mariahilf Hospital*. Persbericht 6 juni, Bonn.
- BKA (2008) *Federal Court of Justice confirms merger control practice in the hospital sector*. Persbericht 17 januari, Bonn.
- DNB (2007). *Statistisch bulletin december 2007*. Amsterdam: De Nederlandsche Bank.
- EC (2004) Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen. *Publicatieblad van de Europese Unie*, 2004/C31/03.
- Friesch Dagblad (2008) *Harlingen draait nog op één OK door*. 26 februari.
- FTC (2007) *In the matter of Evanston Northwestern Healthcare Corporation: opinion of the Commission*. Washington DC: US Federal Trade Commission, Docket No. 9315
- Halbersma, R., M.C. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen (2007) *Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, Research paper 2007-06.
- Medisch Contact (2007) *Burgers tegen uitgekleeft ziekenhuis*. *Medisch Contact*, 47: 1929.
- Ministeries van EZ en VWS (2007) *Fuserende zorginstellingen eerder naar NMa*. Gezamenlijk persbericht 6 december met bijlagen, Den Haag.
- Mosca, L., M. Pomp en V. Shestalova (2007) *Market share and price in Dutch home care: market power or quality?*. CPB Discussion Paper No. 95, Den Haag.
- NMa (2002) *Zaak 2877/Sint Antonius Ziekenhuis – Mesos Medisch Centrum*, Den Haag.
- NMa (2004) *Zaak 3897/Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord (1e fase)*, Den Haag.
- NMa (2005) *Zaak 3897/Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord (2e fase)*, Den Haag.
- NMa (2006) *Zaak 5196/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, Den Haag.
- NMa (2007a) *Zaak 5935/Laurentius Ziekenhuis Roermond – St. Jans Gasthuis*, Den Haag.
- NMa (2007b) *Zaak 5886/MCA – Gemini Ziekenhuis*, Den Haag.
- NMa (2007c) *Richtsnoeren voor de zorgsector: geactualiseerde versie*, Den Haag.
- Noordhollands Dagblad (2008) *Specialisten Gemini tegen fusie met MCA*, 22 februari.
- Tweede Kamer (2007) *Vragen van de leden Schermers, Koppejan en Jan de Vries (allen CDA) aan de minister van VWS over fusieplannen van ziekenhuizen op Walcheren, met de daarop gegeven antwoorden*, 480, Den Haag.
- Varkevisser, M., C.S. Capps en F.T. Schut (2008) *Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to The Netherlands*. *Health Economics, Policy and Law*, 3(1), 7–29.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut (2004) *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen: de deelmarkt voor reguliere klinische zorg*. Studies in Economic Policy, nr.13, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vogt, W.B. en R. Town (2006) *How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care?* Research Synthesis Report No. 9, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton (N.J.).