

Openbare zienswijze

Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis

18 februari 2010

Inhoud

Inleiding	4
1. Verticale integratie	5
1.1 Visie van de Consumentenbond op verticale integratie	5
1.2 Commissie verticale integratie	5
1.3 Visie NZa op verticale integratie	6
2. Risico's	7
2.1 Risico 1	8
2.2 Risico 2	9
2.3 Risico 3	10
2.4 Risico 4	13
3. Conclusie	15

Inleiding

Op 5 mei 2009 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Stichting Phoenix, Sint Liduinastichting, Stichting Argos Zorggroep, Stichting Zorgcombinatie Nieuwe Maas, Stichting Zorggroep Eerste Lijn, Vereniging Medische Staf Vlietland Ziekenhuis en Vereniging Medewerkers Vlietland Ziekenhuis i.o. (hierna: Coöperatie Vlietland), voornemens zijn uitsluitende zeggenschap te verkrijgen, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder b, van de Mededingingswet, over Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen (hierna: Vlietland Ziekenhuis). Blijkens de melding zal Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen daartoe worden omgezet in Vlietland Ziekenhuis B.V. Stichting Phoenix is 100% eigenaar van DSW Ziektenkostenverzekeringen N.V., DSW Assurantiën B.V., DSW Holding B.V. en Delphi R&D B.V. De NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) hierover op 8 mei 2009 geïnformeerd.

De NZa geeft op grond van artikel 9 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze melding. De NZa beziet of de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen kan hebben op de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

1. Verticale integratie

De voorgenomen concentratie tussen Coöperatie Vlietland en het Vlietland Ziekenhuis betreft een verticale concentratie. Verticale concentratie in de zorg is een economisch begrip voor het samengaan van instellingen die op verschillende, maar complementaire, zorgmarkten in een bepaalde bedrijfskolom actief zijn, zoals het samengaan van een verzekeraar en een ziekenhuis, of van een ziekenhuis en een verpleeghuis¹.

Er wordt in het publieke debat wisselend gedacht over de gevolgen die diverse vormen van verticale integratie kunnen hebben op de publieke belangen. Hieronder wordt kort worden stilgestaan bij de visie van de Consumentenbond en het oordeel van de Commissie Verticale Integratie. Vervolgens schetst de NZa haar eigen visie op verticale integratie.

1.1 Visie van de Consumentenbond op verticale integratie

In september 2009 heeft de Consumentenbond haar visie op verticale integratie in de zorg gepresenteerd in de notitie "*Zorgverzekeraar en zorgaanbieder op 1 kussen... de consument ertussen?*". In deze notitie geeft de consumentenbond aan dat zij tegenstander is van verticale integratie. Hierover wordt onder meer het volgende geschreven: "*...De meerderheid van de consumenten staat niet positief tegenover de ontwikkeling van verticale integratie, zo blijkt uit ons onderzoek. Onvoldoende keuzevrijheid in zorgaanbod, onvoldoende transparantie over kwaliteit en belangenverstremgeling tussen verzekeraar en zorgaanbieder worden door consumenten als grootste bedreigingen gezien*". Hiernaast geeft de Consumentenbond aan dat uit haar literatuuronderzoek géén eenduidig positief beeld naar voren komt als het gaat om efficiency of kwaliteit van zorg en ziet de Consumentenbond wel verschillende bedreigingen door verticale integratie².

1.2 Commissie verticale integratie

In het spoeddebat "Verticale integratie zorg" van 11 maart 2009 is de instelling van de "Commissie Verticale Integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders" aangekondigd, mede naar aanleiding van de door de Tweede Kamer aangenomen motie Schippers c.s.³. Deze Commissie is gevraagd te onderzoeken in hoeverre een (algemeen) wettelijk verbod op een drietal vormen van verticale integratie noodzakelijk en proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg. De Commissie is kort samengevat tot de conclusie gekomen dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg⁴.

¹ Verticale concentratie is een nauwer begrip dan verticale integratie. Integratie en concentratie worden in deze zienswijze vanwege de overlappende betekenis in dit concrete geval als synoniemen gebruikt.

² Zie de website van de consumentenbond (www.consumentenbond.nl) voor het volledige rapport.

³ TK 2008-2009, 29 689, 236.

⁴ Voor meer informatie zie het eindrapport van de Commissie op de website <http://www.seo.nl/nl/actueel/seoindemedia/2009/eindrapport-commissie-verticale-integratie.html>

1.3 Visie NZa op verticale integratie

De NZa deelt de conclusie van de Commissie Verticale Integratie dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen⁵.

De NZa is van mening dat in zijn algemeenheid kan worden gesteld dat verticale integratie zowel positieve als negatieve effecten kan hebben op de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Eén van de positieve effecten kan zijn dat een dergelijke concentratie tot verbeteringen in de kwaliteit van de zorgverlening leidt. Een ander effect kan zijn dat er doelmatiger zorg geleverd wordt, omdat de verschillende entiteiten van de verticale concentratie beter op elkaar in kunnen spelen. Dit zijn voordelen die ten goede komen aan de consument. Verticale integratie kan echter ook de concurrentie verstoren. Het gevaar is aanwezig dat wanneer één of meerdere partijen sterk zijn op één van de markten, zij deze macht kunnen overhevelen naar een andere markt. Hierdoor zouden zij in staat zijn om bijvoorbeeld de prijs te verhogen of kan de kwaliteit verschromen. Omdat op voorhand niet duidelijk is welke effecten optreden, en dus niet duidelijk is of de voordelen opwegen tegen de nadelen, is het van belang om elke casus individueel te beoordelen. De analyse in deze zienswijze ziet derhalve alleen op de concentratie van Coöperatie Vlietland en het Vlietland Ziekenhuis en doet geen uitspraken over verticale integratie in het algemeen.

In deze zienswijze volgt de NZa de richtsnoeren van de Europese Unie⁶ waarin eerst wordt onderzocht of de betrokken partijen de *mogelijkheid* hebben om de in het risico beschreven actie uit te voeren. Vervolgens worden de *prikkels* in kaart gebracht, waarbij wordt beoordeeld of die prikkels partijen kunnen aanzetten tot ongewenst gedrag. Ten slotte wordt een inschatting gemaakt van de *effecten* van dit gedrag indien het zich voordoet.

⁵ NZa, "Augustusbrief" van 26 augustus 2009.

⁶ Richtsnoeren voor de beoordeling van niet-horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2008/C 265/07).

2. Risico's

De voorgenomen concentratie tussen Coöperatie Vlietland en het Vlietland Ziekenhuis betreft een verticale concentratie, waarbij aan de ene zijde Coöperatie Vlietland, met daarin zorgverzekeraar DSW⁷, 163 huisartsen via Zorggroep Eerste Lijn⁸ en drie AWBZ-instellingen en aan de andere zijde het Vlietland Ziekenhuis is betrokken. De huidige Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen zal worden omgezet in Vlietland Ziekenhuis B.V. Coöperatie Vlietland zal enig aandeelhouder worden van Vlietland Ziekenhuis B.V. Het Vlietland Ziekenhuis B.V. zal een Raad van Commissarissen hebben die uit 7 personen zal bestaan. De leden van het bestuur van Coöperatie Vlietland zullen allen lid zijn van de Raad van Commissarissen. Van deze 7 personen zal er één commissaris op voordracht van de ondernemingsraad en één op voordracht van de cliëntenraad van het Vlietland Ziekenhuis worden benoemd. De Raad van Commissarissen benoemt, ontslaat en schorst de Raad van Bestuur van het Vlietland Ziekenhuis B.V. Blijkens de concept-statuten behoeft de Raad van Bestuur voorafgaande goedkeuring van de Raad van Commissarissen voor besluiten die het financiële beleid⁹ bepalen. Tevens is voorafgaande goedkeuring nodig voor besluiten tot wijziging van de statuten van Vlietland Ziekenhuis B.V.¹⁰ Daarnaast is de Raad van Bestuur verplicht de aanwijzingen van de Raad van Commissarissen op te volgen omtrent de algemene lijnen van het te volgen financiële, sociale en economische beleid en het personeelsbeleid van Vlietland Ziekenhuis B.V.

De leden van Coöperatie Vlietland hebben in totaal elf stemmen in de algemene ledenvergadering van de coöperatie. Stichting Phoenix heeft 4 stemmen, Sint Liduinastichting heeft 1 stem, Stichting Argos heeft 2 stemmen, Stichting Zorgcombinatie Nieuwe Maas heeft 1 stem, Stichting Zorggroep Eerste Lijn heeft 1 stem, Vereniging Medische Staf Vlietland Ziekenhuis heeft 1 stem en Vereniging Medewerkers Vlietland Ziekenhuis i.o. heeft 1 stem.

Volgens de concept-statuten van Coöperatie Vlietland worden alle besluiten in de algemene ledenvergadering genomen met tweederde meerderheid van de uitgebrachte stemmen, met dien verstande dat deze meerderheid bij een positief besluit altijd ten minste drie leden dient te omvatten. Stichting Phoenix heeft binnen de algemene ledenvergadering van Coöperatie Vlietland een blokkerende stem.

De algemene ledenvergadering stelt volgens de concept-statuten het aantal bestuurders vast en benoemt de bestuurders na een niet-bindende voordracht door de benoemingscommissie van Coöperatie

⁷.. DSW neemt niet rechtstreeks deel in de coöperatie, maar doet dat middels Stichting Phoenix die 100% van de aandelen houdt in DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., DSW Assurantiën, DSW Holding B.V. en Delphi R&D B.V. Er bestaat een personele unie met OWM DSW Zorgverzekeraar U.A., omdat de Raden van Commissarissen respectievelijk de Raden van Bestuur van OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. uit dezelfde personen bestaan. Waar hierna over DSW wordt gesproken, wordt hiermee Stichting Phoenix bedoeld omdat OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. deel uitmaakt van dezelfde economische eenheid als Stichting Phoenix.

⁸ De eerder genoemde verenigingen (Vereniging Medische Staf Vlietland Ziekenhuis en Vereniging Medewerkers Vlietland Ziekenhuis i.o.) ontplooiën geen economische activiteiten.

⁹ Art. 16, lid 9, sub a van de concept-statutenwijziging bijvoorbeeld bepaalt dat voorafgaande goedkeuring is vereist voor besluiten tot vaststelling en wijziging van de exploitatie- en (meerjaren) investeringsbegroting (en). Ingevolge art. 16, lid 9, sub f is voorafgaande goedkeuring vereist voor besluiten tot het aantrekken en uitzetten van financiële middelen in de vorm van kredieten.

¹⁰ Art. 16, lid 9, sub e van de concept-statutenwijziging.

Vlietland. Blijkens het "Strategisch Actiedocument Vlietland Ziekenhuis" worden in de algemene ledenvergadering 5 leden (1 voorzitter en 4 overige leden) voor het coöperatiebestuur benoemd. Het coöperatiebestuur benoemt een algemeen directeur die tevens voorzitter is van de Raad van Bestuur van het Vlietland Ziekenhuis B.V. De 5 bestuursleden van Coöperatie Vlietland zullen namens de coöperatie de Algemene Vergadering van Aandeelhouder van Vlietland Ziekenhuis B.V. vormen.

Voorts heeft Stichting Phoenix samen met Huisartsen Coöperatie WSD zeggenschap in Stichting Zorggroep Eerste Lijn (hierna: Stichting ZEL) en in ZEL Beheer B.V. Stichting ZEL vormt een personele unie met ZEL Beheer B.V. doordat de leden van de Raad van Commissarissen van ZEL Beheer B.V. tevens het bestuur vormen van Stichting ZEL. Huisartsencoöperatie WSD en Stichting Phoenix houden ieder een gelijk aantal prioriteitsaandelen in ZEL Beheer B.V. Daarnaast zijn twee van de vier bestuurders van Stichting ZEL afkomstig van Stichting Phoenix en twee van Huisartsen Coöperatie WSD.

Gezien deze constructie is het van belang te kijken naar de volgende verschillende verticale relaties die hierdoor zullen ontstaan:

- Zorgverzekeraar en ziekenhuis
- Huisartsen en ziekenhuis
- AWBZ-instellingen en ziekenhuis

Indien de concentratie van Coöperatie Vlietland en het Vlietland ziekenhuis doorgang vindt, onderscheidt de NZa vier risico's die betrekking hebben op de hierboven beschreven verticale relaties. Hieronder wordt aangegeven welke risico's dit zijn en hoe aannemelijk het is dat deze risico's zich voordoen.

2.1 Risico 1

Het Vlietland Ziekenhuis kan het verlenen van zorg zoveel mogelijk beperken tot patiënten die verzekerd zijn bij DSW. Op deze manier is DSW de enige zorgverzekeraar die een polis kan bieden met volledige toegang tot het Vlietland Ziekenhuis. DSW zou vervolgens zijn positie kunnen gebruiken om de premie te verhogen of zelfs andere zorgverzekeraars van de markt uit te sluiten.

Mogelijkheid

DSW kan er voordeel bij hebben om het Vlietland Ziekenhuis contracten te laten weigeren met andere verzekeraars. DSW kan dit doen mits hij een aanzienlijke mate van invloed via Coöperatie Vlietland en lidmaatschap van de Raad van Commissarissen van het Vlietland BV zou kunnen aanwenden. Indien verzekerden in de regio in belangrijke mate afhankelijk zouden zijn van het Vlietland Ziekenhuis, kan een dergelijke handelwijze verzekerden prikkelen om een polis bij DSW af te sluiten. Immers, andere verzekeraars kunnen – vanwege het ontbreken van een contract met het Vlietland Ziekenhuis in dit scenario – niet vergelijkbare zorg (even toegankelijk) als DSW garanderen. Het gevolg zou zijn dat de positie van DSW op de verzekeringsmarkt wordt versterkt.

Prikkel en effect

DSW heeft slechts een prikkel hiertoe als het voordeel dat ze behaalt (premieverhoging door een sterkere positie) groter is dan het nadeel. Het nadeel bestaat eruit dat een deel van de verzekerden naar een andere zorgverzekeraar zal overstappen als DSW de premie op de zorgverzekeringsmarkt verhoogt. Dit doet zich alleen voor als andere zorgverzekeraars voldoende ziekenhuizen hebben gecontracteerd die

voor deze verzekerden een reëel alternatief voor het Vlietland ziekenhuis vormen. Immers, anders zouden zij de overstap van DSW naar een andere zorgverzekeraar niet willen maken. Hieruit blijkt dat dit risico zich alleen kan voordoen bij significante marktmacht van het Vlietland Ziekenhuis.

Analyse NZa

Bij een verticale concentratie is het van belang om vast te stellen of één of meerdere van de betrokken partijen beschikt dan wel beschikken over significante marktmacht op de betreffende markt.

De NZa heeft de marktpositie van het Vlietland Ziekenhuis op het gebied van niet-complexe medisch-specialistische zorg (dit is de enige zorg waarop het Vlietland Ziekenhuis actief is) in kaart gebracht. Hierbij heeft de NZa verschillende methoden gebruikt. Een methode is de beproefde maar potentieel betwistbare Elzinga-Hogarty test. Maar ook recent ontwikkelde geavanceerde econometrische methoden als de Logit Competition Index en de Option Demand methode zijn toegepast¹¹. Geen van de gehanteerde methoden geeft aanwijzingen dat het Vlietland Ziekenhuis op de productmarkt van niet-complexe medisch-specialistische zorg over significante marktmacht beschikt.

In een tweede analyse heeft de NZa onderzocht of DSW in staat is om de premie duurzaam te verhogen in een situatie waarin het Vlietland Ziekenhuis exclusief een contract zou aangaan met DSW. Uit deze analyse bleek dat het voor DSW niet mogelijk is om de premie in deze situatie met 5% of meer te verhogen. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat het niet aannemelijk is dat DSW beschikt over een significante mate van marktmacht. Indien DSW zou beschikken over een significante mate van marktmacht dan zou zij in staat moeten zijn haar premie duurzaam te verhogen.

Tussenconclusie

Uit de analyse van de NZa blijkt dat er geen aanwijzingen zijn dat het Vlietland Ziekenhuis op de productmarkt van niet-complexe medisch-specialistische zorg over significante marktmacht beschikt. Uit een tweede analyse blijkt dat het niet aannemelijk is dat DSW in staat is de premie duurzaam te verhogen. Daaruit blijkt dat DSW niet beschikt over significante marktmacht op de zorgverzekeringsmarkt. Gezien bovenstaande acht de NZa het niet aannemelijk dat risico 1 zich zal voordoen. De NZa voorziet op dit punt dan ook geen negatieve effecten op de publieke belangen.

2.2 Risico 2

DSW kan de keuze van haar verzekerden voor ziekenhuiszorg zoveel mogelijk beperken tot het Vlietland Ziekenhuis. Hierdoor is het Vlietland Ziekenhuis verzekerd van toestroom van patiënten. Dit zou een uitsluitend effect op concurrerende ziekenhuizen kunnen hebben.

Mogelijkheid

DSW kan haar verzekerden stimuleren hun ziekenhuiszorg enkel bij het Vlietland Ziekenhuis af te nemen en niet bij andere ziekenhuizen. Een manier waarop DSW dit kan doen is door in de polis een lagere restitutievergoeding op te nemen voor andere ziekenhuizen. Dat zorgt er voor dat veel verzekerden geprikkeld worden naar het Vlietland Ziekenhuis te gaan. Het risico bestaat dat andere ziekenhuizen niet

¹¹ Voor een beschrijving van deze methoden zie Halbersma, Kerstholt en Mikkers, Markt & Mededinging, april 2009.

bezocht worden door de DSW-verzekerden en daarmee uitsluiting van deze ziekenhuizen plaatsvindt.

Prikkel en effect

Dit risico kan zich alleen voordoen wanneer andere ziekenhuizen in bepaalde mate afhankelijk zijn van DSW verzekerden. Dit houdt in dat DSW over voldoende significante marktmacht moet beschikken. Zoals beschreven bij risico 1 blijkt uit analyses van de NZa dat het niet aannemelijk is dat DSW beschikt over significante marktmacht. Hieruit volgt dat er andere verzekeraars zijn waarnaar verzekerden kunnen overstappen indien DSW over zou gaan tot het sturen van verzekerden naar uitsluitend het Vlietland Ziekenhuis.

Tussenconclusie

Aangezien het Vlietland Ziekenhuis noch DSW over significante marktmacht beschikken, acht de NZa het niet aannemelijk dat het risico van keuzebeperking zich zal voordoen. De NZa verwacht dan ook geen negatieve effecten op de publieke belangen.

2.3 Risico 3

Huisartsen die deel uitmaken van Coöperatie Vlietland¹² kunnen hun patiënten enkel doorverwijzen naar het Vlietland Ziekenhuis. Als dit een aanmerkelijke extra patiëntenstroom betekent voor het Vlietland Ziekenhuis kan de positie van het ziekenhuis worden versterkt.

Mogelijkheid

De NZa acht de mogelijkheid aanwezig dat de huisartsen niet alleen op medisch-inhoudelijke gronden naar het Vlietland Ziekenhuis zullen doorverwijzen. De NZa baseert dit standpunt op de volgende resultaten uit een eerste analyse:

1. [80-90]*% van de huisartsen uit het werkgebied van Stichting ZEL is aangesloten bij Stichting ZEL en is via de deelname in de coöperatie betrokken bij de verticale concentratie. Het hoge percentage huisartsen dat aangesloten is bij Stichting ZEL heeft tot gevolg dat een eventuele verandering in het doorverwijsgedrag van deze huisartsen een aanmerkelijk aantal patiënten in de regio zou betreffen. Het feit dat 80% van de huisartsen is aangesloten bij Stichting ZEL doet vermoeden dat de groep huisartsen mogelijk over significante marktmacht beschikt.
2. [60-70]% van de zorg (DBC's) die door patiënten uit het werkgebied van Stichting ZEL is afgenomen, is niet door het Vlietland Ziekenhuis geleverd. Dit betekent dat er voldoende patiënten van de bij Stichting ZEL aangesloten huisartsen zijn die nu naar andere ziekenhuizen gaan (op basis van hun eigen beslissing of op basis van het advies van hun huisarts). Als een aantal van hen als gevolg van de concentratie voortaan naar het Vlietland Ziekenhuis wordt verwezen, betekent dat een extra patiëntenstroom voor het Vlietland Ziekenhuis.
3. [15-20]% van de DBC's van het Reinier de Graaf Ziekenhuis (hierna: RdG), dat met het Vlietland Ziekenhuis concurreert,

¹² [80-90]% van alle huisartsen uit het werkgebied van ZEL (de regio's Nieuwe Waterweg Noord (NWN) en Delft, Westland en Oostland (DWO)) maakt deel uit van de Stichting Zorggroep Eerste Lijn (Stichting ZEL).

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

betreft patiënten die niet langer hoeven te reizen naar het Vlietland Ziekenhuis ten opzichte van het RdG. Als de huisartsen deze patiënten aanraden naar het Vlietland Ziekenhuis te gaan in plaats van naar RdG, hoeven ze het nadeel van extra reistijd niet tegen het advies af te wegen. Als slechts een derde het advies van de huisarts volgt¹³, kan RdG [0-10]% van zijn afzet (uitgedrukt in DBC's) verliezen.

Uit deze analyses blijkt dat het Vlietland Ziekenhuis een aanzienlijk aantal patiënten kan winnen als de bij de coöperatie betrokken huisartsen hun patiënten het Vlietland Ziekenhuis aanraden. Tevens is het mogelijk dat de huisartsen hun patiënten selectief doorverwijzen; minder zware/goedkope gevallen naar het Vlietland Ziekenhuis sturen en complexe/duurdere gevallen naar andere ziekenhuizen.

De NZa is van mening dat verder onderzoek moet aantonen hoe robuust deze resultaten zijn voor verschillende aannames (bijvoorbeeld over de vrije capaciteit van het Vlietland Ziekenhuis om de extra patiënten te kunnen behandelen).

Prikkel

Hieronder worden de prikkels besproken die de huisartsen hebben om patiënten door te verwijzen naar het Vlietland Ziekenhuis. Hierbij spelen ook de eventuele belangen die zorgverzekeraar DSW heeft bij het doorverwijsgedrag naar het Vlietland Ziekenhuis een rol.

Het feit dat DSW een lening verstrekt aan de huisartsen om aan de coöperatie deel te kunnen nemen¹⁴ en de manier waarop dat gebeurt, doet vermoeden dat DSW er een belang bij heeft dat de huisartsen deelnemen. Over de lening hoeft in de eerste tien jaar geen aflossing en rente te worden betaald. De huisartsen geven aan de coöperatie eenmalig een gift ter waarde van circa €7.000 per huisarts, uitgeleend door DSW onder kwijtschelding van rente ter waarde van circa €3.000 per huisarts¹⁵. De huisartsen betalen dus geen rente over een langlopende lening. Dit kan gezien worden als een gift van de verzekeraar aan de huisartsen. Uit de ons beschikbare informatie blijkt niet of en zo ja, welke tegenprestatie de huisartsen hiervoor aan DSW verschuldigd zijn

Het doen van een dergelijke omvangrijke gift en aanbieden van een dergelijke lening is niet rationeel voor de huisartsen en voor DSW als zij daar geen verdere voordelen van kunnen verwachten. De NZa is van mening dat deze contracten aanleiding vormen voor nader onderzoek.

De NZa onderscheidt de volgende potentiële prikkels voor DSW om de huisartsen bij de coöperatie te betrekken:

1. Als de huisartsen hun patiënten aanmoedigen om naar het Vlietland Ziekenhuis te gaan, kunnen zij de marktpositie van het ziekenhuis versterken¹⁶. DSW zou deze versterkte marktpositie kunnen gebruiken om zelf een sterkere positie te verwerven. Doordat het Vlietland Ziekenhuis geen andere zorgverzekeraars zal contracteren is DSW de enige zorgverzekeraar die dergelijk

¹³ Percentage in het onderzoek ECORYS-NEI: Vraagfactoren Ziekenhuizen (2003) genoemd.

¹⁴ Blijkens het "Strategisch Actiedocument Vlietland Ziekenhuis" wordt nader besloten hoe de gelden van de coöperatie aan Vlietland Ziekenhuis B.V. worden verstrekt.

¹⁵ Met de veronderstelling van 4% rente.

¹⁶ Indien dit aan de orde is gaat de conclusie "Vlietland Ziekenhuis heeft geen significante marktmacht" die volgt uit de analyse die wordt beschreven in risico 1 niet meer op, omdat in de situatie dat huisartsen enkel doorverwijzen naar het Vlietland Ziekenhuis, de positie van het ziekenhuis sterker is of wordt dan is aangenomen in de analyse waaraan in risico 1 wordt gerefereerd.

- toegankelijke zorg kan bieden en kan zij de premie voor de polis verhogen.
2. DSW heeft vier van de elf stemmen in de coöperatie en een blokkerende stem. DSW kan met dit aandeel voorstellen tegenhouden (zonder DSW is de vereiste tweederde meerderheid van stemmen immers niet mogelijk), maar heeft andere partijen nodig om een voorstel aan te nemen (voor een positief besluit moet de meerderheid ten minste drie leden omvatten). Vanwege de zeggenschap die DSW in Stichting ZEL heeft, kan DSW zekere invloed uitoefenen op de huisartsen bij het aannemen van bepaalde voorstellen.. Door de verstrengeling van financiële belangen zoals de "gift-lening" is de onafhankelijkheid van de huisartsen niet geborgd.

De huisartsen kunnen de volgende financiële motieven hebben om hun patiënten naar het Vlietland Ziekenhuis door te verwijzen.

1. Ze hebben een lening van DSW (ter waarde van circa € 7000 per huisarts) die zij de coöperatie betalen als bijdrage. Als zij geen financiële voordelen krijgen van de coöperatie is dit bedrag een investering zonder (financiële) opbrengsten. Dit kan worden gezien als een gift van de huisartsen aan het ziekenhuis, omdat de gelden van de coöperatie uiteindelijk aan het ziekenhuis worden verstrekt. Het is onwaarschijnlijk dat de huisartsen een dergelijke investering willen.
2. Als winstuitkering voor ziekenhuizen in de toekomst mogelijk wordt en het Vlietland Ziekenhuis zoals voorgenomen wordt omgezet in Vlietland Ziekenhuis B.V., kan Stichting ZEL direct profiteren van de winsten van het ziekenhuis. De Stichting heeft het doel om 'huisartsenpraktijken te ondersteunen'¹⁷. Als de Stichting bepaalde investeringen in de huisartsenpraktijken op zich kan nemen, kunnen de huisartsen de kosten van die investeringen uitsparen. Dit is een voorbeeld van hoe de huisartsen financiële voordelen kunnen verkrijgen via de Stichting.
3. De coöperatie kan de huisartsen ook indirect compenseren. Een mogelijke constructie is om DSW lagere prijzen in het B-segment te laten betalen aan het Vlietland Ziekenhuis en tegelijkertijd DSW hogere prijsafspraken te laten maken met de huisartsen voor hun M&I modulens¹⁸. Op deze manier kan via een omweg geld van de coöperatie naar de huisartsen vloeien.

Zoals gesteld, acht de NZa verder onderzoek naar de redenen voor de lening/contracten noodzakelijk. Tevens moet naar het oordeel van de NZa nader worden onderzocht of de genoemde mogelijke voordelen van de deelname van de huisartsen reëel zijn en of de genoemde financiële constructies rendabel zouden kunnen zijn.

Het doorverwijsgedrag van de huisartsen hoeft echter niet alleen als gevolg van financiële prikkels te veranderen. De deelnemende huisartsen kunnen hun patiënten eerder naar het Vlietland Ziekenhuis doorsturen enkel vanwege hun relatie met en belang in het Vlietland Ziekenhuis. Bijvoorbeeld omdat ze meer informatie hebben over de kwaliteit van het Vlietland Ziekenhuis. Hun betrokkenheid bij de coöperatie zou een 'bias'

¹⁷ "De Stichting heeft ten doel het ondersteunen van de eerste lijns gezondheidszorg in de ruimste zin des woords." Bron: Statuten van Stichting Zorggroep Eerste Lijn, Artikel 2.

¹⁸. Zorgverzekeraar en huisarts kunnen een overeenkomst sluiten over de module modernisering en innovatie die onder bepaalde voorwaarden boven op het inschrijvingstarief geldt. De huisarts krijgt per verzekerde of per verrichting een extra vergoeding.

kunnen vormen in hun oordeel over ziekenhuizen en hun onafhankelijkheid zou niet meer worden gewaarborgd.

Effect

Door de extra patiëntenstroom zou de marktpositie van het Vlietland Ziekenhuis kunnen worden versterkt. De analyse over risico 1 toont dat het Vlietland Ziekenhuis geen marktmacht heeft waardoor risico 1 zich niet kan voordoen. Dit geldt echter niet als de huisartsen ook deelnemen aan de coöperatie en door hun doorverwijsgedrag de marktpositie van het Vlietland Ziekenhuis zouden kunnen versterken. De gevolgen van een dergelijke constructie moeten nader worden onderzocht.

Tussenconclusie

De NZa concludeert uit bovenstaande dat er mogelijk financiële prikkels zijn voor de huisartsen om enkel door te verwijzen naar het Vlietland Ziekenhuis. Door de deelname van de huisartsen is hun onafhankelijke rol niet gewaarborgd. De NZa acht verder onderzoek nodig om aan te tonen of de financiële prikkels werkelijk bestaan en wat de precieze gevolgen van de deelname van de huisartsen in de concentratie kunnen zijn.

2.4 Risico 4

Het Vlietland Ziekenhuis kan haar patiënten die na de opname thuiszorg of intramurale zorg nodig hebben, doorgeleiden naar de coöperatieleden die actief zijn op het gebied van AWBZ-zorg. Partijen kunnen zodoende in staat zijn andere aanbieders van extramurale of intramurale AWBZ-zorg uit te sluiten van deze bron of verhinderen dat er op deze markt nieuwe aanbieders toetreden.

In de coöperatie nemen drie AWBZ-instellingen deel. Voor het verlenen van AWBZ-zorg zullen zij als afzonderlijke entiteiten blijven bestaan; de AWBZ-instellingen zelf fuseren dus niet met elkaar. Concreet betekent dit dat er geen horizontale overlap is ten gevolge van de concentratie. De beoordeling richt zich op de verticale effecten: de relatie tussen deze AWBZ-instellingen en het Vlietland Ziekenhuis dat zij overnemen.

De drie genoemde AWBZ-instellingen zijn Stichting Argos Zorggroep, Sint Liduinastichting en Stichting Zorgcombinatie Nieuwe Maas. Deze drie instellingen leveren zowel intramurale als extramurale zorg op het gebied van verzorging en verpleging¹⁹. Op het gebied van intramurale zorg is er alleen nog een instelling met een vanwege de geloofsovertuiging specifieke doelgroep (Stichting Gereformeerde Zorgcentra Zuid-Holland) in de zorgkantorregio Nieuwe Waterweg Noord. Op het gebied van extramurale zorg (persoonlijke verzorging en verpleging) is er naast de drie genoemde instellingen nog één instelling actief. Deze instelling, Careyn, bedient ongeveer driekwart van de markt in deze zorgkantorregio²⁰.

Aangezien naast de deelnemende partijen enkel Careyn extramurale zorg aanbiedt, kan de concentratie leiden tot bronafscherming van cliënten afkomstig uit het ziekenhuis voor Careyn of voor potentiële nieuwe afnemers. Er zijn geen andere aanbieders van verzorgingshuiszorg, somatische en geriatrische zorg.

¹⁹ Meer specifiek al drie de partijen leveren intramurale AWBZ zorg op het gebied van: verzorgingshuiszorg, somatische verpleeghuiszorg en psychogeriatrisch verpleeghuiszorg en extramurale AWBZ zorg op het gebied van: persoonlijke verzorging en verpleging en begeleiding.

²⁰ De hiervoor genoemde instelling Stichting Gereformeerde Zorgcentra Zuid-Holland levert een zeer beperkt deel van de extramurale zorg (minder dan 1%) aan een specifieke doelgroep.

Voor de intramurale en extramurale markten bestaat de mogelijkheid dat de verticale concentratie leidt tot daadwerkelijke belemmering van toetreding. Dat is het geval als toetredende instellingen voor een significant deel afhankelijk zijn van toestroom van cliënten uit het Vlietland Ziekenhuis. Immers, dit leidt ertoe dat één van de (belangrijke) bronnen van cliënten niet meer voldoende toegankelijk is voor de overgebleven partij of voor eventuele toetreders.

Mogelijkheid

AWBZ-instellingen kunnen voor een deel van hun cliënten afhankelijk zijn van toestroom vanuit het Vlietland Ziekenhuis. Cliënten kunnen vanuit het Vlietland Ziekenhuis naar de in de coöperatie deelnemende AWBZ-instellingen worden geleid. Dit kan bijvoorbeeld doordat de instellingen een transferverpleegkundige in het ziekenhuis aanstellen die cliënten na ziekenhuisopname naar hen doorverwijst. Ook kunnen zij het ziekenhuis stimuleren enkel nog naar hen door te verwijzen.

Het voorgaande kan ertoe leiden dat een significant deel van de cliënten naar deze instellingen wordt geleid. In dat geval kan de concentratie de positie van de AWBZ-instellingen op de markten versterken en kan dit een negatief effect hebben op de concurrentie op de markt voor extramurale zorg. Indien de andere AWBZ-instelling door dit doorverwijsgedrag minder cliënten krijgt, kan dit het voortbestaan van de instelling bedreigen. Ook het toetreden van nieuwe aanbieders tot de intramurale en extramurale zorg kan hierdoor worden belemmerd. Wanneer de dreiging van nieuwe partijen afneemt kan dit zorgen voor hogere prijzen en/of verschraving van de zorg die wordt geleverd door de bestaande partijen.

Uit door partijen verstrekte gegevens blijkt dat gemiddeld circa [40-50]% van de instroom van verpleeghuizen afkomstig is van het Vlietland Ziekenhuis. Dit vormt dus een belangrijke bron van instroom voor verpleeghuizen. Dit hoge percentage acht de NZa ook logisch, aangezien patiënten na opname in het ziekenhuis geregeld vervolgzorg nodig hebben in een verpleeghuis en deze vraag vaak acuut is. De NZa acht het aannemelijk dat in een dergelijke situatie de invloed van het ziekenhuis op de keuze van de patiënt groot is. Ziekenhuis Vlietland²¹ zal dus de mogelijkheid hebben om een belangrijk deel van de instroom voor verpleeghuiszorg te beïnvloeden.

Uit door partijen verstrekte gegevens blijkt dat gemiddeld ongeveer [10-20]% van de instroom van verzorgingshuizen afkomstig is van het Vlietland Ziekenhuis. Dit vormt dus een minder belangrijke bron van instroom voor verzorgingshuizen. Daarbij is voor de keuze van een instelling van verzorgingshuiszorg het woonaspect van belang en is er niet vaak sprake van acute zorg (overbruggingszorg in de vorm van extramurale zorg is bijvoorbeeld vaak een optie). Hieruit volgt dat het Vlietland Ziekenhuis veel minder de mogelijkheid heeft om cliënten te sturen.

Ten aanzien van de extramurale zorg dient te worden vermeld dat Careyn heeft aangegeven dat circa [30-40]% van haar cliënten afkomstig is uit het Vlietland Ziekenhuis. Careyn heeft een stevig marktaandeel en het is aannemelijk dat Careyn vanwege het hoge marktaandeel een grote naamsbekendheid geniet in de regio. De NZa heeft in het verleden in verschillende Monitors Extramurale AWBZ-zorg

²¹ Hier dient te worden vermeld dat er wachtlijsten bestaan voor verpleeghuiszorg in de regio, hetgeen de mogelijkheid om te sturen beperkt.

geconstateerd dat naamsbekendheid een belangrijke rol speelt bij de keuze voor een aanbieder. De NZa acht het daarom niet waarschijnlijk dat na de concentratie partijen de activiteiten van Careyn effectief kunnen verhinderen. Gezien het percentage heeft Vlietland Ziekenhuis evenmin de mogelijkheid om een toetreders te belemmeren tot de markt toe te treden.

Prikkel

De AWBZ-instellingen die deel uitmaken van de coöperatie hebben baat bij het voorkomen van toetreding, omdat het de concurrentiedruk vermindert of een potentiële toename van concurrentiedruk (door toetreders) voorkomt. Omdat deze AWBZ-instellingen voor een deel de financiers zijn van het Vlietland Ziekenhuis, zal deze laatste ook de prikkel ondervinden om cliënten alleen door te verwijzen naar de in de coöperatie deelnemende AWBZ-instellingen. Zoals vermeld in het onderdeel "mogelijkheid", geldt dat voor verzorgingshuiszorg en extramurale zorg de mogelijkheid om deze prikkel uit te voeren zeer beperkt is. Voor verpleeghuiszorg bestaat zowel de mogelijkheid als de prikkel.

Effect

Zoals reeds vermeld zijn de verpleeghuizen voor een belangrijk deel afhankelijk van de instroom van het Vlietland Ziekenhuis. Door de voorgenomen concentratie kan toetreding op het gebied van verpleeghuiszorg significant belemmerd worden als nieuwe toetreders geen cliënten uit het Vlietland Ziekenhuis krijgen. De deelnemende AWBZ-instellingen kunnen bij afwezigheid van de druk van potentiële toetreders kwaliteit laten verschromelen of bijvoorbeeld de prijzen laten stijgen voor verpleeghuiszorg.

Voor verzorgingshuiszorg en extramurale zorg geldt dat de instroom voor een beperkt deel afhankelijk is van het Vlietland Ziekenhuis. Daarbij komt dat het niet aannemelijk is dat Careyn wordt uitgesloten voor extramurale zorg, gezien de beperkte afhankelijkheid van het Vlietland Ziekenhuis en de naamsbekendheid van Careyn in de regio.

Tussenconclusie

Gezien de omvang van de afhankelijkheid van verpleeghuizen voor cliënten uit het Vlietland Ziekenhuis, kan de NZa niet uitsluiten dat partijen tot de geschetste bronafscherming overgaan voor verpleeghuiszorg. Wanneer dat het geval is kan dit leiden tot een significante belemmering van de toetreding van aanbieders van verpleeghuiszorg met mogelijk negatieve gevolgen voor de publieke belangen.

Dit is een ongewenste ontwikkeling. Het is daarbij voor de NZa van belang dat toetreding tot deze markten in Nederland over het algemeen al zeer beperkt mogelijk is. De NZa wil deze belemmeringen zoveel mogelijk wegnemen en is daarom van mening dat nader onderzoek nodig is.

3. Conclusie

Op grond van de overwegingen onder risico 3 en 4 adviseert de NZa dat de NMa de voorgenomen concentratie voor nader onderzoek naar de 2^e fase verwijst.