

## **Zienswijze (openbare versie)**

*Concentratie Stichting Laurentius Ziekenhuis  
Roermond en  
Stichting voor Medische en Verpleegkundige  
Zorgverlening Sint Jans Gasthuis*

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Conclusie</b>	<b>3</b>
<b>3. Algemene ontwikkelingen in de markt</b>	<b>3</b>
3.1 Ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt	3
3.1.1 Vrije prijsvorming in het B-segment	4
3.1.2 Toetreding in de ziekenhuismarkt	4
3.1.2.1 WTZi toelating	4
3.1.2.2 Toetredingseisen	5
3.1.2.3 Toetredingsbarrières in de ziekenhuismarkt	5
3.1.3 De rol van ZBC's in de ziekenhuismarkt	6
3.1.4 Toekomstige ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt	6
3.2 Ontwikkelingen in de GGZ markt	7
3.3 Ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt	7
<b>4. De gevolgen voor de marktstructuur</b>	<b>8</b>
4.1 Afbakening van de relevante markt	8
4.1.1 Relevante productmarkt	8
4.1.1.1 GGZ	8
4.1.1.2 Ziekenhuiszorg	9
4.1.2 Relevante geografische markt	9
4.1.2.1 GGZ	9
4.1.2.2 Ziekenhuiszorg	10
4.2 Gevolgen van de concentratie op de markt	11
4.2.1 GGZ	11
4.2.1.1 De markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen	11
4.2.1.2 De markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen	11
4.2.1.3 Conglomerate marktstructuur na de voorgenomen concentratie	11
4.2.2 Ziekenhuiszorg	12
4.2.3 Toetredingsdrempels	12
4.2.4 Afnemersmacht	12
<b>5. Publieke belangen</b>	<b>13</b>
5.1 Gevolgen van de concentratie op de kwaliteit	13
5.1.1 Algemeen	13
5.1.2 Toegesplitst op situatie Weert/Roermond	15
5.2 Gevolgen van de concentratie op de toegankelijkheid	16
5.2.1 Bevindingen uit monitors NZa over toegankelijkheid	16
5.2.2 Toegesplitst op situatie Weert/Roermond	17
5.3 Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid	17
5.3.1 Bevindingen uit monitors NZa over betaalbaarheid	17
5.3.2 Toegesplitst op situatie Weert/Roermond	18
<b>Bijlage 1: Kenmerken LZR en SJG</b>	<b>20</b>
<b>Bijlage 2: Kaart van Limburg</b>	<b>22</b>

## 1. Inleiding

Op 4 januari 2007 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 Laurentius Ziekenhuis Roermond (hierna: LZR) te Roermond en Stichting voor Medische en Verpleegkundige Zorgverlening St. Jans Gasthuis (hierna: SJG) te Weert voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. De directie Concentratiecontrole van de NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) hierover op 8 januari 2007 geïnformeerd. De NZa geeft op grond van artikel 9 van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze melding.

In deze zienswijze worden achtereenvolgens de relevante ontwikkelingen op de ziekenhuiszorg-, de geestelijke gezondheidszorg- (hierna: GGZ) en zorgverzekeringsmarkt geschetst. Vervolgens gaat de zienswijze in op de gevolgen voor de marktstructuur van de voorgenomen concentratie tussen het LZR en het SJG. Tot slot worden voor zover bekend de feitelijke en verwachte ontwikkelingen beschreven ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

## 2. Conclusie

De NZa acht het niet aannemelijk dat de voorgenomen concentratie tussen LZR en SJG nadelige gevolgen zal hebben voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Met name is daarbij van belang dat patiënten in de betreffende regio, ná effectuering van de fusie, naar verwachting voldoende alternatieven hebben voor hun zorgvraag. Dat geldt voor de vraag naar zowel (niet)klinische GGZ voor volwassenen en ouderen als voor de ziekenhuiszorg.

## 3. Algemene ontwikkelingen in de markt

In de gezondheidszorg wordt gefaseerd gereguleerde marktwerking ingevoerd. De komende jaren beoogt het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) grote delen van het Nederlandse zorgstelsel meer te dereguleren. Dit hoofdstuk schetst achtereenvolgens de relevante ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt, de GGZ markt en de zorgverzekeringsmarkt.

### 3.1 Ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt

Deze paragraaf schetst de belangrijkste ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt. Allereerst wordt in gegaan op de vrije prijsvorming in het B-segment. Vervolgens worden de mogelijkheden van toetreding in de ziekenhuismarkt beschreven. Tot slot komt de rol van Zelfstandige

Behandel Centra (ZBC's) in de ziekenhuiszorg aan bod en de te verwachten toekomstige ontwikkelingen.<sup>1</sup>

### **3.1.1 Vrije prijsvorming in het B-segment**

In februari 2005 is de DBC-systematiek (Diagnose Behandel Combinatie) geïntroduceerd als nieuwe bekostigings- en financieringswijze voor de gehele ziekenhuissector. Het DBC-systeem zorgt voor een eenduidige onderhandelings- en declaratietaal en draagt zo bij aan transparantie van het zorgaanbod. Deze transparantie vergemakkelijkt prestatievergelijkingen van zorgaanbieders. Tevens geldt vanaf februari 2005 vrije prijsvorming in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Het B-segment omvat ongeveer acht procent van de totale ziekenhuiszorg. In dit segment kunnen ziekenhuizen dus concurreren op prijs. Voor het B-segment kunnen verzekeraars en ziekenhuizen elk jaar onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van de DBC's. Voor het A-segment worden de tarieven nog steeds vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.<sup>2</sup>

### **3.1.2 Toetreding in de ziekenhuismarkt**

Op 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) ingevoerd. De WTZi vervangt onder andere de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen te creëren, door minder overheidsbemoeienis aangaande de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. Hiermee wordt toetreding op de ziekenhuiszorgmarkt makkelijker.

#### *3.1.2.1 WTZi toelating*

Algemene ziekenhuizen vallen met de invoering van de WTZi per 1 januari 2006 onder de categorie 'instelling voor medisch-specialistische zorg'. De instellingen voor medisch-specialistische zorg zijn te onderscheiden in ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's.

Zorginstellingen, die zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt, hebben een toelating nodig.<sup>3</sup> Een toelating dient aangevraagd te worden bij het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna VWS). De WTZi kent zowel toelating met bouw als toelating zonder bouw. Toelating zonder bouw geldt vooral voor (voorheen) ZBC's. Hiervoor is geen vergunning voor de bouw nodig. Voor instellingen die klinische zorg in het A-segment leveren, is het bouwregime van toepassing, zodat een vergunning voor de bouw nodig is. Hiervoor is dus een toelating met bouw vereist. De vergunning geeft ook recht op vergoeding van de bouwkosten via het Functiegerichte Budgettering (FB)- budget. Daarnaast is er ook een toelating zonder nacalculatie mogelijk, dat wil zeggen dat het mogelijk is een bouwinitiatief voor eigen rekening te

---

\*In deze openbare versie van de zienswijze zijn om redenen van vertrouwelijkheid delen van de tekst vervangen door weergave in bandbreedtes.

<sup>1</sup> De voormalige ZBC's vallen sinds de invoering van de WTZi onder de categorie instelling voor medisch specialistische zorg niet zijnde een ziekenhuis.

<sup>2</sup> De landelijk vastgestelde tarieven van de NZa gelden als punttarieven voor ziekenhuizen. Voor ZBC's gelden deze landelijke tarieven in het A-segment als maximumtarieven.

<sup>3</sup> Alle zorginstellingen die per 1 januari 2006 beschikken over een vergunning, krijgen automatisch een toelating.

realiseren (zonder nacalculatie van de kosten). Dit heeft tot gevolg dat de zorginstelling risico loopt over de investeringen van het bouwinitiatief en daarnaast geconfronteerd zal worden met hogere rentes voor leningen van de bank.

### *3.1.2.2 Toetredingseisen*

Om in aanmerking te komen voor een toelating (met of zonder bouw) moet een instelling aan een aantal eisen voldoen. Allereerst moet er sprake zijn van samenwerkingsverband van minstens twee medische specialisten, zodat er sprake is van een organisatorisch verband. Ten tweede kan uitsluitend een toelating worden verleend aan een rechtspersoon waarvan mag worden aangenomen dat zijn werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst. Tot slot wordt er bij de beoordeling van de toelating getoetst of er aan de transparantie-eisen is voldaan. Daarbij worden eisen gesteld aan de bestuursstructuur (onder andere de aanwezigheid van een toezichtorgaan en inzichtelijkheid in de verantwoordelijkheidsverdeling) en aan de bedrijfsvoering (zoals inzicht in samenwerkingsrelaties en adequate financiële administratie).<sup>4</sup>

Bij het aanvragen van een toelating met bouw (met of zonder nacalculatie) worden aanvullende eisen gesteld door het College Bouw Instellingen dat een vergunning afgeeft voor de bouw, zoals het indienen van een schetsontwerp van het gebouw.

Met de invoering van de WTZi is een aantal stappen die onder de WZV bestond, komen te vervallen, zoals een "verklaring van behoefte".

### *3.1.2.3 Toetredingsbarrières in de ziekenhuismarkt*

Het toetreden in de ziekenhuismarkt is door de invoering van de WTZi makkelijker geworden. Desondanks is een aantal toetredingsbarrières aanwezig op de ziekenhuismarkt. De initiële investeringskosten van startende zorginstellingen zijn hoog, waarvan een deel een lage alternatieve inzetbaarheid kent (zogenaamde verzonken kosten, denk aan specialistische apparatuur). Hierdoor is het voor een potentiële toetreder moeilijk om de financiering rond te krijgen.

Daarbij kunnen potentiële toetreders geen aanspraak maken op de bouwvrijstellingen die in het kader van de WZV (nu de WTZi) worden verstrekt om investeringen in ziekenhuizen mogelijk te maken. Nieuwe bouwvrijstellingen worden wel behandeld, maar er zijn geen plekken meer aanwezig op de bouwvrijstellingslijst. Dit houdt in dat nieuwe bouwprojecten tot 2008 niet gerealiseerd kunnen worden, tenzij een project dat al op de bouwvrijstellingslijst is opgenomen, vervalt. Nieuwe toetreders kunnen wel een toelating zonder nacalculatie aanvragen, maar deze instellingen lopen dan meer risico over hun kapitaallasten ten opzichte van bestaande zorginstellingen.<sup>5</sup> Indien het nieuwe kabinet besluit over te gaan tot verdere deregulering van de ziekenhuiszorg zal er in 2008 geen nieuwe bouwvrijstellingslijst worden opgesteld, maar zullen de kapitaallasten integraal mee worden genomen in de DBC prijzen (zie paragraaf 3.14).

Het aantrekken van medische specialisten kan bemoeilijkt worden door de schaarste aan specialisten. Immers, voor de opleiding geneeskunde is een numerus fixus van toepassing.

---

<sup>4</sup> WTZi, uitvoeringsbesluit WTZi, november 2005

<sup>5</sup> NZa, CI-06-56, december 2006

In de ziekenhuiszorg is er een verbod op het streven naar winst en het uitkeren van winst. In praktijk hebben vrijwel alle ziekenhuizen als rechtspersoonlijkheid de stichtingsvorm. Een andere rechtsvorm is toegestaan. Indien bijvoorbeeld wordt gekozen voor een besloten vennootschap (BV), dient in de statuten te worden vastgelegd dat er geen sprake is van winstuitkering. Dit verbod maakt toetreding in de ziekenhuiszorg minder aantrekkelijk. Het aantal potentiële toetreders dat naar winst streeft, is immers veel groter dan het aantal niet naar winst strevende ondernemingen.

### **3.1.3 De rol van ZBC's in de ziekenhuismarkt**

De liberalisering in de ziekenhuismarkt heeft tot gevolg dat het aantal ZBC's de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen. ZBC's mogen in het A-segment alleen niet-klinische zorg leveren en vanaf 1 januari 2006 in het B-segment alle zorg.<sup>6</sup> ZBC's zijn zowel in het A-segment als in het B-segment actief. Het extra zorgaanbod dat ZBC's aanbieden, vergroot de toegankelijkheid binnen de ziekenhuismarkt. Het aandeel van ZBC's in de totale omzet ziekenhuiszorg is echter nog gering (minder dan 1%), waardoor verzekeraars hen niet als volwaardig alternatief zien.

Het blijkt dat ZBC's in het B-segment gemiddeld 22 % lagere prijzen hanteren dan ziekenhuizen. In het A-segment gelden de door de NZa vastgestelde tarieven als maximumtarieven voor ZBC's en kunnen dus een korting aanbieden op de voor hen geldende maximumtarieven. ZBC's blijken gemiddeld tussen 10% en 20% onder de maximumtarieven te liggen.

Een nieuwe ontwikkeling is dat steeds meer ziekenhuizen een ZBC (aparte toelating) of een Zorg BV (valt onder de toelating van het ziekenhuis) opzetten. Een belangrijke reden hiervoor is om het verschil in bekostigingssystematiek te benutten tussen ZBC's en ziekenhuizen. Indien een ziekenhuis een ZBC opzet, kan deze echter niet beschouwd worden als een nieuwe toetreders in de markt. Een ziekenhuis zou kruissubsidiëring kunnen toepassen tussen het ziekenhuis en eigen ZBC, doordat het ziekenhuis bijvoorbeeld onder gunstige voorwaarden ruimte verhuurt aan het ZBC. Hierdoor kan deze ontwikkeling ongewenste effecten tot gevolg hebben, zoals het ontmoedigen van toetreding van nieuwe instellingen of het uit de markt drukken van concurrerende instellingen door te lage prijzen.<sup>7</sup>

### **3.1.4 Toekomstige ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt**

De minister van VWS heeft in zijn brief "Ruimte voor betere zorg" (Kamerstukken II, 2006/07, 29248, nr. 30) een mogelijk perspectief geschetst van uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg in combinatie met een tijdelijk instrument voor prijsbeheersing. Daarbij is het doel om vanaf 1 januari 2008 ongeveer 70 % van de ziekenhuiszorg verder te dereguleren, zodat zorgaanbieders en verzekeraars kunnen onderhandelen over de integrale prijs van DBC's (inclusief kapitaallasten). Deze verdere deregulering van de ziekenhuiszorg zal door middel van een overgangsfase geleidelijk worden ingevoerd. Om de prijsontwikkeling en de premieontwikkeling beheersbaar te houden, wil de minister een tijdelijk prijsbeheersingsinstrument toepassen op de totale jaarproductie van iedere zorgaanbieder in het segment met vrije

---

<sup>6</sup> Voorheen mochten ZBC's alleen niet-klinische zorg in het B-segment aanbieden.

<sup>7</sup> NZa, De rol van ZBC's in de ziekenhuismarkt, monitorspecial, januari 2007

prijzen. Uiteindelijk is het aan het nieuwe kabinet om een besluit te nemen over de verdere deregulering van de ziekenhuismarkt.

### **3.2 Ontwikkelingen in de GGZ markt**

Per 1 januari 2008 wordt de uitvoering van de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars, en niet de zorgkantoren, moeten dus voor 2008 zorg inkopen bij instellingen die op genezing gerichte GGZ- zorg aanbieden. Deze overheveling valt samen met de invoering van de DBC's in de GGZ. De langdurige intramurale GGZ- zorg blijft onder de AWBZ. Per 1 januari 2008 worden voor de langdurige intramurale GGZ-zorg zorgzwaartepakketten ingevoerd. In hoofdstuk 4.1.1.2 wordt er nog kort verder ingegaan op de ontwikkelingen in de GGZ markt

### **3.3 Ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt**

Per 1 januari is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd en is het verschil tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgeheven. Binnen de Zvw hebben zorgverzekeraars de rol van kritische zorginkoper gekregen en kunnen ze onderling concurreren op prijs. Gestimuleerd door hun onderlinge concurrentie moeten verzekeraars optreden als doelmatige en klantgerichte inkopers. Tegelijkertijd is sinds februari 2005 de omgekeerde contracteerplicht opgeheven voor het B-segment en in januari 2006 voor het A-segment. Hierdoor zijn verzekeraars niet langer meer verplicht een contract af te sluiten met iedere zorgaanbieder en zorgaanbieders zijn op hun beurt niet verplicht een contract af te sluiten met elke verzekeraar. Zorgaanbieders ondervinden zo een stimulans om een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding aan te bieden, aangezien verzekeraars niet langer verplicht zijn met iedere zorgaanbieder een contract af te sluiten. Daarnaast moeten verzekeraars voldoen aan hun zorgplicht en moeten zij "voldoende" zorg inkopen voor hun verzekerden.<sup>8</sup>

Uit de 'monitor zorgverzekeringsmarkt 2006' komt naar voren dat er sprake is van verdere concentratie in de landelijke zorgverzekeringsmarkt. De markt wordt gekenmerkt door een grote dynamiek. In 2006 hebben verzekeraars te maken gehad met een veel grotere in- en uitstroom van verzekerden dan voorgaande jaren. De voornaamste reden voor verzekerden om over te stappen van verzekeraar was het premieverschil. Het gebrek aan transparantie van kwaliteit bemoeilijkt verzekerden een polis te kiezen op basis van kwaliteit. Collectieve contracten zijn een belangrijk middel voor verzekeraars om verzekerden binnen te halen. Ongeveer 46 procent van de verzekerden heeft in 2006 gekozen voor een collectief contract. Bij de start van het nieuwe stelsel in 2006 heeft scherpe concurrentie tussen verzekeraars de nominale premie gedrukt. In 2007 komen de verzekeraars daar enigszins op terug en laten de premies een stijging zien .

---

<sup>8</sup> Toekomstige jurisprudentie moet verder uitwijzen wat er wordt verstaan onder "voldoende" zorg.

## 4. De gevolgen voor de marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de gevolgen voor de marktstructuur van de voorgenomen concentratie tussen het LZR en het SJG. Allereerst wordt de relevante markt waarin beide partijen zich bevinden kort beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de gevolgen van de concentratie op de relevante markt.

### 4.1 Afbakening van de relevante markt

Voor de beoordeling van de effecten van de voorgenomen fusie is de afbakening van de relevant product- en geografische markt van belang. Conform eerdere NMa-besluiten en zienswijzen van de NZa, zal ook in deze zienswijze van deze relevante markten worden uitgegaan.

#### 4.1.1 Relevante productmarkt

##### 4.1.1.1 GGZ

In eerdere besluiten is de NMa uitgegaan van een onderscheid tussen klinische GGZ-zorg en niet-klinische GGZ-zorg. Binnen zowel de klinische als de niet-klinische zorg kan tevens onderscheid gemaakt worden tussen algemene en specialistische GGZ.<sup>9</sup>

Partijen overlappen elkaar op het gebied van algemene GGZ. Daarbinnen zijn de volgende circuits te identificeren<sup>10</sup>:

- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen;
- Forensische psychiatrie<sup>11</sup>;
- Verslavingszorg;
- Preventie.

##### *Niet-klinische GGZ*

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa een aparte productmarkt onderscheiden voor GGZ voor volwassenen en ouderen. De activiteiten van partijen op het gebied van niet- klinische zorg overlappen elkaar op de niet-klinische GGZ voor ouderen en volwassenen.

##### *Klinische GGZ*

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa een aparte productmarkt onderscheiden voor GGZ voor volwassenen en ouderen. De activiteiten van partijen op het gebied van klinische zorg overlappen elkaar op de klinische GGZ voor ouderen en volwassenen.

---

<sup>9</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in zaak 5632/GGZ Noord-Holland-Noord – GGZ Dijk en Duin en zaak 3865/Rijngeest – Robert Fleury.

<sup>10</sup> Gebaseerd op basis van het Brancherapport GGZ-NMZ(TK 2004-2005, 29 763, nr. 72) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

<sup>11</sup> In de nabije toekomst is de kans aanwezig dat dit wordt overgeheveld naar het departement van justitie

Op het gebied van (niet) klinische GGZ wordt in deze zienswijze uitgegaan van aparte relevante productmarkt voor de circuits GGZ voor ouderen en volwassenen.

#### 4.1.1.2 Ziekenhuiszorg

Zowel het LZR als het SJG zijn algemene ziekenhuizen. Beide ziekenhuizen leveren klinische en niet-klinische zorg. De NMa onderscheidt een productmarktmarkt voor algemene ziekenhuizen. Hierbinnen onderscheidt de NMa aparte relevante productmarkten voor klinische zorg enerzijds en niet-klinische zorg (polikliniekbezoeken en dagopnamen) anderzijds.<sup>12</sup> De NMa heeft voortsnog in het midden gelaten in hoeverre er sprake is van een relevante productmarkt op specialisme niveau. Ten aanzien van de productmarktafbakening volgt de NZa in deze zienswijze de NMa.

### 4.1.2 Relevante geografische markt

#### 4.1.2.1 GGZ

##### *Klinische en niet-klinische GGZ*

In eerdere besluiten<sup>13</sup> is uitgegaan van een relevante geografische markt die ten minste het werkgebied van de aanbieder omvat en niet ruimer is dan een zorgkantorregio. In het onderhavige geval overlappen de activiteiten van partijen in de zorgkantorregio Noord- en Midden-Limburg. In deze zienswijze wordt bij afwezigheid van data op een lager aggregatieniveau gekeken naar een relevante markt die de gehele zorgkantorregio bevat.

Bij het afbakenen van markten in de toekomst zal het ook van belang zijn om stil te staan bij de (op handen zijnde) veranderingen in de GGZ. Hieronder worden de twee belangrijkste besproken:

##### *1. Overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet*

In 2008 wordt de geneeskundige GGZ<sup>14</sup> overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dit kan gevolgen hebben voor de afbakening van de markten. De gedachte hierachter is het volgende. Op dit moment wordt de GGZ-zorg ingekocht door zorgkantoren, die gebonden zijn aan een hen toegewezen zorgkantorregio. Aanbieders die in een andere regio gecontracteerd zijn, kunnen - ondanks hun fysieke nabijheid - daardoor niet als alternatief worden gezien. Deze situatie verandert echter als de geneeskundige wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en daarmee niet meer ingekocht wordt door een zorgkantoor, maar door verzekeraars. Zij hoeven daarbij geen rekening te houden met de zorgkantorregio's. Hierdoor kunnen aanbieders die buiten de zorgkantorregio vallen wel als alternatief worden gezien.

Voor de overgehevelde GGZ naar de zorgverzekeringswet gaat de DBC-systematiek gelden. De belangrijkste doelen van deze systematiek zijn:

<sup>12</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in zaak 3897 Ziekenhuis Hilversum - Ziekenhuis Gooi-Noord, 15 juli 2004 en 8 juni 2005, en zaak 3524 Juliana Kinderziekenhuis/ Rode Kruis Ziekenhuis - Leyenburg Ziekenhuis, 28 januari 2004.

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in zaak 5632/GGZ Noord-Holland-Noord - GGZ Dijk en Duin en zaak 3865/Rijngeest - Robert Fleury.

<sup>14</sup> Onder de geneeskundige GGZ valt alle niet-klinische GGZ en alle klinische GGZ tot één jaar. In totaal gaat het hierbij om ongeveer 70% van de totale GGZ.

- omslag naar vraagsturing;
- meer transparantie van de zorg;
- meer transparantie van de kosten;
- introductie marktwerking.

## 2. Toekomst van niet-geneeskundige GGZ

Behalve de geneeskundige GGZ, zal op termijn ook het stelsel voor niet-geneeskundige GGZ worden veranderd. Voor de niet-geneeskundige GGZ-zorg zullen zorgzwaarte pakketten (ZZP's) worden ingevoerd. Uit een onlangs gepubliceerd interdepartementaal beleidsonderzoek<sup>15</sup> naar de toekomst van de AWBZ-zorg, komt naar voren dat een herziening van het sturingsmodel van de niet-geneeskundige GGZ wenselijk is. Mogelijke sturingsmodellen voor de GGZ zijn<sup>16</sup>:

- uitvoering door concurrerende verzekeraars;
- uitvoering door gemeenten;
- uitvoering door de centrale overheid.

Een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (hierna: PAAZ), zoals in casu, zal in de regel weinig tot geen cliënten hebben die tot deze categorie behoren. Klinische cliënten blijven bijna altijd korter dan een jaar in een PAAZ. Indien zorg langer dan een jaar nodig is gaan zij vaak naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor zowel niet-klinische als klinische zorg wordt in deze zienswijze gekeken naar de zorgkantoorregio als relevante geografische markt.

### 4.1.2.2 Ziekenhuiszorg

Uit eerdere zaken van de NMa blijkt dat de markt voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg niet landelijk, maar regionaal kan worden beschouwd.<sup>17</sup> De NMa heeft bij deze voorgenomen concentratie bij het bepalen van de geografische markt gekeken naar de gerealiseerde patiëntenstromen middels, de door de partijen ingebrachte, Elzinga-Hogerty test (EH-test) en de reistijden van de patiënten woonachtig in de regio Midden-Limburg.

Uit de resultaten van de EH-test komt naar voren dat de patiënten in het gebied Midden-Limburg een voorkeur hebben voor de ziekenhuizen die dichtbij gelegen zijn. De resultaten van de reistijdenanalyse laten zien dat de extra reistijd van de inwoners in regio Midden-Limburg niet substantieel stijgt indien zij een alternatief ziekenhuis (dus niet het LZR of het SJG) willen bezoeken. Enkel voor patiënten woonachtig in een deel van de gemeenten Heytheusen, Nederweert en Heel neemt de gemiddelde reistijd toe met 13 minuten indien zij een alternatief ziekenhuis willen bezoeken.

Op basis van de resultaten van de door haar uitgevoerde onderzoeken en de door partijen ingebrachte onderzoeken, concludeert de NMa dat er onvoldoende grond is voor de vaststelling van een geografische markt die slechts Midden-Limburg omvat. Naar aanleiding van de resultaten van de reistijdenanalyse is de NMa tot de conclusie gekomen dat een

<sup>15</sup> Interdepartementaal beleidsonderzoek 2004-2005, nr. 4 "Toekomst AWBZ: Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ"

<sup>16</sup> De NZa is momenteel bezig met een adviesdocument aan VWS over de marktstructuurmogelijkheden

<sup>17</sup> Zaak 3524, Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Leyenburg Ziekenhuis, 28 januari 2004. Zaak 3897, Ziekenhuis Hilversum - Ziekenhuis Gooi-Noord, 15 juli 2004 en 8 juni 2005.

exacte afbakening van de geografische markt achterwege kan blijven, omdat verschillende ziekenhuizen rondom het LZR en het SJG voldoende concurrentiedruk uitoefenen. De NZa volgt de NMa in haar conclusies ten aanzien van de geografische marktafbakening.

## 4.2 Gevolgen van de concentratie op de markt

Na het afbakenen van de relevante markten, beschrijft deze paragraaf de gevolgen van de concentratie in het gebied waarin de twee ziekenhuizen zich bevinden.

### 4.2.1 GGZ

#### 4.2.1.1 De markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen krijgen partijen in de zorgkantorregio Noord en Midden Limburg na fusie een marktaandeel van [0-10] procent.

#### 4.2.1.2 De markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Voor de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen krijgen partijen na fusie een marktaandeel van [0-10] procent.

Gezien de geringe marktaandelen van partijen na fusie op de productmarkten voor (niet) klinische GGZ voor volwassenen en ouderen, voorziet de NZa geen nadelige gevolgen voor de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

#### 4.2.1.3 Conglomerate marktstructuur na de voorgenomen concentratie

In tabel 1 is achtereenvolgens weergegeven de contracteerruimte voor de betrokken partijen en het zorgkantoor, alsmede het aandeel van de partijen voor de verschillende AWBZ-sectoren (alle sectoren totaal, en Geestelijk Gezondheidszorg ) in de zorgkantorregio Noord en Midden Limburg. Alle bedragen zijn in miljoenen euro (prijsniveau 2006) en zijn gebaseerd op de bij de NZa bekende gegevens. Het betreft de contracteerruimte voor zowel intramurale als extramurale AWBZ-zorg.

**Tabel 1:** Contracteerruimte (in miljoenen euro, 2006) en aandelen voor de zorgkantorregio Noord en Midden Limburg (N en M Limburg) Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Zorgkantorregio N en M Limburg	Totaal	GGZ
LZR	0-10	0-10
SJG	0-10	0-10
Totaal partijen	0-10	0-10
Totaal zorgkantoor	545	102
Aandeel partijen in %	0-10	0-10

Gezien deze marktaandelen voorziet de NZa geen negatieve gevolgen voor de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

Op het gebied van (niet)klinische GGZ voor volwassenen en ouderen voorziet de NZa geen nadelige gevolgen voor de publieke belangen ten gevolge van de voorgenomen concentratie.

#### 4.2.2 Ziekenhuiszorg

Op basis van de reistijdenanalyse van de NMa is het aannemelijk dat meerdere ziekenhuizen concurrentiedruk uitoefenen op het LZR en het SJG. De reistijdenanalyse laat zien dat de reistijden van inwoners in de regio Midden-Limburg niet substantieel stijgen indien zij een alternatief ziekenhuis (niet zijnde het LZR of SJG) willen bezoeken. Op grond daarvan is het waarschijnlijk dat meerdere ziekenhuizen kunnen worden beschouwd als alternatieven voor het LZR en het SJG.

#### 4.2.3 Toetredingsdrempels

Door de invoering van de WTZi is toetreding tot de gezondheidszorg gemakkelijker geworden. Hierdoor zal toetreding van nieuwe zorgaanbieders meer voorkomen. Zo is het aantal ZBC's dat is toegetreden in de ziekenhuismarkt al aanzienlijk toegenomen. Echter instellingen met een toelating zonder bouw mogen geen klinische zorg in het A-segment leveren en zullen dus op slechts een deel van de ziekenhuiszorg concurreren, namelijk het niet-klinische zorg in A-segment en alle zorg in het B-segment. Aangezien het gemakkelijker is te voldoen aan een toelating zonder bouw, valt te verwachten dat meer nieuwe zorgaanbieders zullen toetreden met een dergelijke toelating. Daarbij hebben toetreders nog wel te maken met een aantal toetredingsbarrières, zoals de vereiste initiële investeringen, het aantrekken van medische specialisten en de verdeling van bouw gelden.

#### 4.2.4 Afnemersmacht

Afnemersmacht kan in bepaalde gevallen tegenwicht bieden aan een sterke positie van een zorgaanbieder.<sup>18</sup> De dominante verzekeraars in beide ziekenhuizen (afnemers) zijn CZ/OZ en VGZ/IZA/Trias/Univé. Binnen het LZR hebben de verzekeraars CZ/OZ en VGZ/IZA/Trias/Univé respectievelijk een marktaandeel van [70-80] procent en [10-20] procent. Binnen het SJG hebben de verzekeraars CZ/OZ en VGZ/IZA/Trias/Univé respectievelijk een marktaandeel van [80-90] procent en [10-20] procent.<sup>19</sup> Verzekeraar CZ/OZ heeft dus het grootste marktaandeel in beide ziekenhuizen.

Een hoog marktaandeel van de verzekeraar CZ/OZ in beide ziekenhuizen wil echter niet per definitie zeggen dat CZ/OZ afnemersmacht kan uitoefenen. Uit de monitorrapporten van de NZa komt naar voren dat ziekenhuizen over het algemeen een iets sterkere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. Tevens blijkt uit Amerikaans onderzoek dat de onderhandelingsmacht van verzekeraars vooral wordt bepaald door de dreiging verzekerden elders onder te brengen en niet zozeer van het aantal verzekerden dat een verzekeraar vertegenwoordigd.<sup>20</sup> Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de verzekeraar voldoende mogelijkheden heeft om de patiëntenstromen te geleiden naar andere reële alternatieven.

Of CZ/OZ voldoende afnemersmacht kan uitoefenen om te voorkomen dat een economische machtspositie ontstaat dan wel wordt versterkt, hangt af van de vraag in welke mate CZ/OZ een reële dreiging kan

---

<sup>18</sup> Zaak 3897, Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord, 15 juli 2004.

<sup>19</sup> De marktaandelen zijn berekend door middel van de totale kosten DBC A-segment per ziekenhuis en verzekeraar (Bron: Jaarstaten ZFW 2005).

<sup>20</sup> Sorensen, A.R.T. (2003) Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut, *The Journal of Industrial Economics*, 4: 469-490.

uitoefenen om haar verzekerden bij andere zorgaanbieders onder te brengen. Blijkens het artikel in Dagblad De Limburger editie Weert van 2 november 2006 ziet CZ/OZ daar mogelijkheden toe. Uit het artikel blijkt dat CZ/OZ geen zorg meer bij LZR en SJG zal inkopen indien zij niet fuseren. Of CZ/OZ een reële dreiging kan uitoefenen om haar verzekerden elders onder te brengen, hangt af van de vraag in welke mate CZ/OZ in staat is haar verzekerden alternatieve zorg te bieden die door hen als reëel alternatief wordt gezien in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbij is het van belang dat patiënten zich laten geleiden richting alternatieve zorgaanbieders.

## 5. Publieke belangen

Dit hoofdstuk beoordeelt de voorgenomen fusie in het licht van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en te verwachten ontwikkelingen op deze publieke belangen. Omdat het consumentenbelang voor de NZa bestaat uit de drie publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid streeft zij ernaar om over deze punten in samenhang te adviseren.

### 5.1 Gevolgen van de concentratie op de kwaliteit

#### 5.1.1 Algemeen

##### *Rolverdeling NZa- IGZ*

De IGZ is verantwoordelijk voor het formuleren en bewaken van minimumkwaliteitsnormen van de Nederlandse zorgsector. Zij houdt zich echter niet bezig met het bevorderen van concurrentie op kwaliteit boven deze minimumnormen en in het bijzonder niet met het beoordelen van de verhouding tussen prijs en kwaliteit in die context. Dit laatste behoort tot de taken van de NZa teneinde effectief concurrerende gezondheidsmarkten te maken. Hiertoe kan de NZa onder meer verplichtingen opleggen aan marktpartijen met betrekking tot het verzamelen, aggregeren en openbaar maken van bepaalde kwaliteitsinformatie. Het perspectief op kwaliteit dat de NZa hanteert, wordt gekenmerkt door de samenhang met de andere twee publieke belangen die de NZa behartigt, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Aangezien op dit moment nog maar weinig goed vergelijkbare kwaliteitsinformatie openbaar beschikbaar is, vraagt de NZa in de context van haar zienswijzen bij fusies naar de visie van de IGZ op dit punt.

##### *Zienswijze NZa op kwaliteit in relatie tot schaalvergroting*

Met het introduceren van gereguleerde marktwerking is transparantie van kwaliteit belangrijker geworden. De beschikbaarheid van transparante kwaliteitsinformatie wordt van fundamenteel belang geacht om bewust keuzegedrag van consumenten op deze parameter mogelijk te maken – en daarmee aanbieders en verzekeraars te prikkelen tot concurrentie op kwaliteit. In de monitor B-segment van 2006 wordt aangegeven dat met name de transparantie van kwaliteit nog onvoldoende aanwezig is. In de sector wordt steeds meer gewerkt aan het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en het inzichtelijk maken van kwaliteit.

Op dit moment is er geen eenduidige relatie vast te stellen tussen een verhoging van kwaliteit en schaalvergrotingen (fusies). De visie van de NZa is daarom op volgende punten nog in ontwikkeling.

Op het onderdeel kwaliteit zelf is een nadere analyse nodig naar de vraag of er redenen zijn om aan te nemen dat minder concurrentie tot meer kwaliteit zou kunnen leiden. Het beschikbare onderzoek tot dusver wijst erop dat, wanneer er in tariefgeruleerde markten met vaste prijzen een eenduidig verband bestaat tussen meer concurrentie en hogere kwaliteit, zorgaanbieders gaan concurreren op kwaliteit.<sup>21</sup> In markten met vrije prijzen hangt het effect af van de vraag of de prijsgevoeligheid dan wel de kwaliteitsgevoeligheid van de consument groter is (als de consument kwaliteitsgevoeliger is, leidt meer concurrentie dus tot hogere kwaliteit: omgekeerd zal minder concurrentie dan waarschijnlijk tot minder kwaliteit leiden). Het ligt voor de hand dat deze vraag sterk wordt beïnvloed door de mate waarin relevante kwaliteitsinformatie voor consumenten en verzekeraars beschikbaar is, evenals van de vraag in welke mate de consument bloot staat aan prijsprikkels.

Tot dusver zijn veel gebruikte kwaliteitsparameters minimumnormen en het meten van klanttevredenheid. Geen van beiden kunnen echter eenduidig uitsluitsel geven over de vraag of de effecten van een fusie op kwaliteit significant zijn, tenzij er eerder sprake was dat minimumnormen niet gehaald werden – waarbij dan de vraag rijst of een minder mededingingsbeperkende maatregel dan een fusie niet volstaan zou hebben. Een algemeen bekend effect in de zorg is dat specialisatie (feitelijk: verhoogde frequentie van het aantal behandelingen van bepaalde aandoeningen) sterk kwaliteitsverhogend kan werken. Voor efficiëntie in het algemeen (drukken van de kostencomponent) bestaan juist weer vrij lage schaal en scopevoordelen, met name in de ziekenhuiszorg, wat betekent dat een grotere omvang doorgaans weinig voordelen op dit punt heeft. In combinatie daarmee is het de vraag in hoeverre het specialiseren, en niet het schaalvergroten als zodanig, die efficiëntievoordelen in de zin van kwaliteit kan bewerkstelligen, en zo ja, of een fusie hiertoe het meest aangewezen middel is.

De NZa zal in 2007 op bovengenoemde onderdelen nader onderzoek (laten) verrichten ten einde hierop haar visie verder te ontwikkelen.

#### *Zienswijze IGZ op kwaliteit in relatie tot schaalvergroting*

Aangezien op dit moment nog maar weinig goed vergelijkbare kwaliteitsinformatie openbaar beschikbaar is, vraagt de NZa in de context van haar zienswijzen bij fusies naar de visie van de IGZ op dit punt. Volgens IGZ zullen ziekenhuizen in het algemeen zich door de huidige marktontwikkelingen steeds meer moeten gaan profileren en toeleggen op behandelingen waar ze goed in zijn (specialisatie). Daarin zal het aandoeninggericht werken en het scheiden van electieve, chronische en acute patiëntenstromen en het verankeren van de zorg centraal staan. Een zorgverzekeraar koopt liever niet in bij een "probleemziekenhuis". Een fusie kan met name kwaliteitsverbeterend werken, indien als gevolg daarvan de logistieke organisatie, zorgprocessen, planning, capaciteit en flexibiliteit ook daadwerkelijk geoptimaliseerd worden. Kleinere ziekenhuizen komen hier soms minder aan toe. De IGZ is ook van mening dat een intensievere samenwerking tussen kleine ziekenhuizen positieve effecten kan hebben op de kwaliteit

---

<sup>21</sup> Gaynor, Martin S., "What do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?", juni 2006

van de geboden zorg. Elementen zoals bereikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg kunnen zich volgens de IGZ in het algemeen door intensievere samenwerking tussen ziekenhuizen mogelijk gunstiger ontwikkelen, omdat er meer mogelijkheden zijn om de slagkracht te vergroten.

De NZa tekent hierbij aan dat op dit moment nog onvoldoende duidelijk is in hoeverre argumenten met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen bij zorgfusies niet evenzeer gelden voor minder vergaande samenwerkingsvormen, zoals bijvoorbeeld specialisatieovereenkomsten. Daarbij is vooral relevant dat naarmate de concurrentiedruk van andere aanbieders afneemt het in het algemeen minder waarschijnlijk is dat behaalde efficiëntievoordelen ook daadwerkelijk aan consumenten ten goede zullen komen. Bovendien zal een beoordeling van de effecten per geval gemaakt moeten worden op basis van concrete informatie.

### **5.1.2 Toegespitst op situatie Weert/Roermond**

#### *Standpunt NZa toegespitst op de situatie Weert/Roermond*

Gelet op het nadere onderzoek dat de NZa noodzakelijk acht om nadere uitspraken te kunnen doen over de effecten van schaalvergroting op kwaliteit, zal de NZa er in deze zienswijze niet verder op ingaan.

#### *Standpunt IGZ toegespitst op de situatie Weert/Roermond*

IGZ geeft in haar standpunt aan dat beide ziekenhuizen sinds het aantreden van de nieuwe directeurs forse inhaalslagen hebben gemaakt en kwaliteitswinst hebben laten zien, te beginnen in 2005, zich voortzettend in 2006.<sup>22</sup> Dit uit zich met name in de samenwerking op Intensive Care (IC) waar nu, na de door de inspectie opgelegde sluiting van de IC te Weert, door de verregaande samenwerking reële overlevingskansen zijn voor de IC, zowel te Weert als in Roermond. Daarnaast uit zich dit in de versterking van de ketenzorg tussen de eerste- en tweedelij, omdat tevens huisartsen en de thuiszorg georganiseerd zijn op het niveau van regio Midden-Limburg.

Volgens IGZ biedt een niet vrijblijvende vorm van samenwerking door schaalvergroting, behoud en uitbreiding van behandelingsmogelijkheden. Dit leidt weer tot meer mogelijkheden tot uitbreiding van de medische functies in regio Midden-Limburg en levert daardoor een verbreding en verbetering van de kwaliteit van het aanbod aan ziekenhuisvoorzieningen en de mogelijkheid om te kunnen voldoen aan steeds hogere kwaliteitseisen. Ten tweede werkt dit als een wervende kracht voor goed personeel. De ziekenhuizen blijven zo aantrekkelijk voor medische specialisten, wat beide thans, door gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden, niet zijn. Beide ziekenhuizen hebben momenteel te maken met formatietekorten die mogelijk oplosbaar zijn door samenwerking. Ten derde zal een intensieve samenwerking een afname inhouden van weglekeffecten en levert het meer keuzemogelijkheden voor investering en innovatie op. Indien dit niet gebeurt, zal de Eerste Hulp en de verloskundige zorg op den duur afgestoten moeten worden. Tot slot is de IGZ van mening dat een niet vrijblijvende vorm van samenwerking, na de aanloopkosten, kostenbesparend is op de overhead. Samenwerking maakt standaardisering van werkprocessen mogelijk, waardoor de productie toeneemt en de kosten afnemen. Bij kleine ziekenhuizen zijn de vakgroepen klein en zijn daardoor de mogelijkheid tot subspecialisatie beperkt. Om bij 80 procent van de patiënten diagnostiek te kunnen

---

<sup>22</sup> De verslagen hebben betrekking op het kalenderjaar 2005.

bedrijven, zullen steeds duurdere investeringen in diagnostische apparatuur nodig zijn.

De IGZ kan moeilijk beoordelen hoe de kwaliteit van deze Midden-Limburgse ziekenhuizen zich verhoudt tot andere ziekenhuizen, aangezien de nabij gelegen ziekenhuizen Sittard, Venlo en Eindhoven van een ander kaliber zijn. In Midden-Limburg zijn geen ZBC's aanwezig. De kwaliteit van de nabij gelegen ziekenhuizen in België en Duitsland kan niet worden beoordeeld, omdat de IGZ daar geen toezicht houdt.

## 5.2 Gevolgen van de concentratie op de toegankelijkheid

### 5.2.1 Bevindingen uit monitors NZa over toegankelijkheid

De toegankelijkheid in het B-segment van de ziekenhuiszorg is in de jaren 2005 en 2006 niet veel veranderd, omdat veel verzekeraars breed zorg inkopen en keuzeondersteuning nog een beperkte rol speelt.<sup>23</sup> Daarnaast is transparantie van kwaliteit noodzakelijk, zodat zowel verzekeraars als consumenten in staat worden gesteld een weloverwogen keuze te maken uit de zorgaanbieders. Verzekeraars kunnen hun inkoopbeleid ook beter uitleggen richting hun verzekerden, indien er kwaliteitsinformatie beschikbaar is.<sup>24</sup>

In het kader van toegankelijkheid speelt reistijd naar een zorgaanbieder een belangrijke rol in de keuze voor een zorgaanbieder.<sup>25</sup> Consumenten kiezen vaak voor de dichtstbijzijnde zorgaanbieder, waarbij veel consumenten in Nederland aangeven niet meer dan dertig minuten te willen reizen voor een behandeling in het ziekenhuis.<sup>26</sup> Een lage reisbereidheid onder consumenten verkleint de relevante geografische markt. Uit onderzoek blijkt dat de reisbereid van consumenten echter toeneemt, naarmate de ernst van de aandoening stijgt.<sup>27</sup> De reisbereidheid van consumenten is ook afhankelijk van de frequentie dat een zorgaanbieder wordt bezocht. Patiënten met een chronische aandoening die vaker een bezoek afleggen aan zorgaanbieder, willen niet te ver reizen voor hun behandeling.

Veel consumenten in Nederland blijken voldoende andere zorgaanbieders in hun directe omgeving te hebben. Uit een reistijdanalyse uit de monitor ziekenhuiszorg 2006 komt naar voren dat 71 procent van de Nederlandse bevolking binnen vijftien minuten van het dichtstbijzijnde ziekenhuis woont; 99 procent woont binnen 30 minuten van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Indien consumenten naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis zouden gaan, hoeft 82 procent minder dan een kwartier extra te reizen. (65 procent minder dan 10 minuten extra; 42 procent minder dan 5 minuten extra). Daarnaast hoeft 62 procent van de Nederlandse bevolking minder dan vijftien minuten extra te reizen als

---

<sup>23</sup> Onder keuzeondersteuning verstaat de NZa het stimuleren van verzekerden om voor gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders te kiezen door verzekeraars.

<sup>24</sup> ESB, *Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen*, januari 2006

<sup>25</sup> Taylor, S.L., Calella, L.M. (1996) Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice, *health care management review*, 21:4, 33; naast reistijd zijn financiële prikkels, kwaliteit, huisartsadvies, wachtlijsten en de relatie met de zorgaanbieder andere relevante beïnvloedingsfactoren.

<sup>26</sup> Bas de, P., van der Lijn, N., Meijer, A. (2003) *Vraagfactoren ziekenhuizen* Eindrapport, Ecorys- Nei, Rotterdam.

<sup>27</sup> Town, R., Vistnes, G. (2001) Hospital competition in HMO networks, *Journal of Health Economics*, 20: 733-753.

ze naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis in plaats van naar het dichtstbijzijnde.<sup>28</sup> Deze resultaten laten zien dat er, hoewel er regionale verschillen zijn, over het algemeen voldoende andere ziekenhuizen aanwezig zijn. In deze reistijdenanalyse zijn alternatieven als ZBC's of ziekenhuizen in het buitenland nog niet meegenomen, waardoor de (extra) reistijd (nog) lager uit zou kunnen vallen.

### **5.2.2 Toegespitst op situatie Weert/Roermond**

Een fusie van LZR en SJG betekent dat in Roermond en Weert twee locaties van hetzelfde ziekenhuisconcern staan. De bereikbaarheid van reguliere zorg hoeft daarmee niet te wijzigen in de regio. Echter, de fusie kan de keuzevrijheid van patiënten beperken: een patiënt die voor een ander ziekenhuis wil kiezen, wordt geconfronteerd met een langere reistijd dan vóór de fusie. Na de fusie zou de directie van het ziekenhuis bovendien kunnen besluiten bepaalde specialismen te concentreren en/of een locatie te sluiten. Ook bestaat de mogelijkheid dat een nieuwe locatie wordt betrokken. Deze scenario's kunnen gevolgen hebben voor de bereikbaarheid van zorg voor de individuele patiënt. Vooralsnog gaat de NZa uit van het behoud van de bestaande locaties na fusie.

Rondom het LZR en het SJG is een aantal ziekenhuislocaties aanwezig (zie ook Bijlage 2). In de eerder genoemde reistijdenanalyse is al naar voren gekomen dat de extra reistijd niet substantieel stijgt, indien patiënten moeten uitwijken naar alternatieve ziekenhuizen in plaats van naar het LZR en het SJG te gaan. Patiënten woonachtig in Weert kunnen uitwijken naar de ziekenhuislocaties in Zuid/Oost- Brabant, zoals het Maxima Medisch Centrum en St. Anna Zorggroep. Patiënten woonachtig in Roermond kunnen uitwijken naar het VieCuri Medische Centrum en het Maasland Ziekenhuis.

#### *Alternatieven over de grens*

Weert en Roermond liggen relatief dichtbij België en Duitsland en patiënten zien Belgische en Duitse ziekenhuizen mogelijk als een alternatief. Volgens de IGZ scoort België goed als het gaat om klantvriendelijkheid en wachttijden en wijken patiënten mogelijk uit naar de Belgische ziekenhuizen bijvoorbeeld voor heup-, staar(cataract)-operaties.

#### *Acute zorg*

Relevant te vermelden is dat ook na een fusie in het kader van de WTZi toezicht wordt gehouden op de bereikbaarheid van acute zorg in de regio. Wanneer de organisatie niet meer voldoet aan de bereikbaarheidsnorm van vijfenveertig minuten, kan de minister van VWS aan de toelating van het ziekenhuis een voorschrift verbinden om de noodzakelijk zorg te bieden.

## **5.3 Gevolgen van de concentratie op de betaalbaarheid**

### **5.3.1 Bevindingen uit monitors NZa over betaalbaarheid**

Omdat patiënten verzekerd zijn voor hun zorgconsumptie, hebben patiënten geen belang bij lage behandelkosten. Door de invoering van de Zvw hebben verzekeraars de centrale rol gekregen bij inkopen van ziekenhuiszorg. Hiertoe sluiten verzekeraars contracten met zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en de hoeveelheid te leveren zorg.

---

<sup>28</sup> De monitor ziekenhuiszorg 2006 is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

De uitkomst van de onderhandelingen wordt natuurlijk bepaald door de onderhandelingsmacht van enerzijds de verzekeraar en anderzijds de zorgaanbieder. Zoals eerder vermeld, hebben ziekenhuizen over het algemeen een iets sterkere onderhandelingspositie dan verzekeraars.<sup>29</sup>

Alleen voor het B-segment kunnen verzekeraars ook onderhandelen over de prijs, voor het A-segment gelden de door de NZa vastgestelde tarieven. In de monitor B-segment van 2006 komt naar voren dat de prijzen in 2006 het belangrijkste thema zijn bij de onderhandelingen. Daarbij hebben zorgaanbieders in 2006 meer inzicht in hun kostprijzen ten opzichte van 2005. In 2006 zijn de prijzen in het B-segment gemiddeld nominaal gestegen met 0,5 procent wat leidt tot een reële prijsdaling van 0,8 procent.<sup>30</sup> Indien gekeken wordt naar de prijsontwikkeling van het in 2005 gefuseerde Haga ziekenhuis (de gefuseerde ziekenhuizen: Juliana Kinderziekenhuis/ Rode Kruis Ziekenhuis en het Leyenburg Ziekenhuis), blijkt dat prijzen van het Haga ziekenhuizen in het B-segment gemiddeld met 0,6 procent zijn gestegen. Deze prijsstijging ligt slechts [0-10]% boven de landelijke prijsstijging.<sup>31</sup>

### 5.3.2 Toegespit op situatie Weert/Roermond

Om de betaalbaarheid te beoordelen bekijkt de NZa de DBC-prijzen van 7 diagnoses bij de twee partijen en vergelijkt deze met het landelijk gemiddelde.<sup>32</sup> De DBC-prijzen voor de betreffende diagnoses liggen bij SJG onder het landelijk gemiddelde. Dit geldt ook voor LZR, met uitzondering van de diagnose suikerziekte en de behandeling van staar met meerdaagse opname. Gemiddeld genomen hanteren de twee ziekenhuizen voor de betreffende diagnoses lagere prijzen dan het landelijk gemiddelde.

Een fusie tussen de twee ziekenhuizen zou ertoe kunnen leiden dat de ziekenhuizen als gevolg van de afgenomen concurrentiedruk hogere prijzen gaan hanteren, wat een nadelig effect zou hebben op de betaalbaarheid. Eventuele kostenstijgingen van de zorg zullen uiteindelijk ook worden doorvertaald in een hogere nominale premie voor de consument. Marktleider CZ/OZ kan een relativerende factor spelen bij het verminderen van een sterke positie van de twee ziekenhuizen en mogelijk eventuele kostenstijgingen inperken.

Schaalvoordelen doen zich voor als een productietoename leidt tot lagere kosten per eenheid product. Onderzoek over de optimale schaal van ziekenhuizen wijst uit dat kleine ziekenhuizen vaak efficiënter zijn.<sup>33</sup> Het LZR heeft een capaciteit van 384 bedden, het SJG heeft 272 bedden. Verder is weinig onderzoek uitgevoerd naar scopevoordelen in de zorgsector. In een onderzoek naar schaalvoordelen door het CPB wordt er wel op gewezen dat uit de literatuur blijkt dat de scopevoordelen

---

<sup>29</sup> Monitor Ziekenhuiszorg, juni 2006

<sup>30</sup> In de reële prijsdaling van 0,8% zijn eventuele aanpassingen in de prijzen door de verhoging van het uurtarief van medische specialisten met 5,5% met ingang van 1 april 2006 niet meegenomen.

<sup>31</sup> Helaas zijn er vooralsnog geen contractprijsgegevens bekend van 2007 en kunnen de prijsontwikkelingen van het Ter Gooi ziekenhuis na de fusie (gefuseerde ziekenhuizen: Ziekenhuis Hilversum - Ziekenhuis Gooi-Noord) niet worden geanalyseerd.

<sup>32</sup> RIVM, nationale atlas volksgezondheid; [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl); peildatum 29-04-2006.

<sup>33</sup> ECORYS-NEI, *Tussen bureau en bed. Een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie van Nederlandse ziekenhuizen*, 30 september 2002, Rotterdam.

kleiner zijn dan de schaalvoordelen.<sup>34</sup> Het is niet erg aannemelijk dat er bij deze concentratie veel scope- en schaalvoordelen te behalen zijn.

---

<sup>34</sup> CPB, *zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel*, CPB document no.28, januari 2003.

## Bijlage 1: Kenmerken LZR en SJG

Bron: [www.lzr.nl](http://www.lzr.nl), [stjans.ziekenhuis.nl](http://stjans.ziekenhuis.nl), [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

Het Laurentius Ziekenhuis te Roermond is een algemeen ziekenhuis met als kerntaak het verlenen van medisch-specialistische zorg en de daartoe benodigde verpleging en verzorging. Het Laurentius Ziekenhuis ziet haar eigen verzorgingsgebied als de regio Midden-Limburg. Concreet gaat het daarbij om de volgende gemeenten: Ambt-Monfort, Beesel, Echt-Susteren, Haelen, Heel, Thorn, Heythuysen, Maasbracht, Roerdalen, Roermond, Roggel en Neer en Swalmen. Het ziekenhuis werkt samen met verschillende aanbieders van zorg.<sup>35</sup>

Het St. Jans Gasthuis is een middelgroot algemeen ziekenhuis voor het westelijk deel van Midden-Limburg en het zuidoosten van Noord-Brabant. Het biedt medisch specialistische zorg aan de inwoners van haar primaire verzorgingsgebied (Weert, Nederweert, Hunsel en Cranendonck) met een gezamenlijk inwonersaantal van ruim 90.000. Het St. Jans Gasthuis heeft naar eigen zeggen een marktaandeel van 73% in dit verzorgingsgebied. Het ziekenhuis werkt nauw samen met andere zorgaanbieders uit de eerste, tweede en derde lijn, alsook de verpleeg- en verzorgingshuizen.

De onderstaande schema's geven vergelijkende informatie op een aantal punten:

<b>Kenmerk</b>	<b>LZR</b>	<b>SJG</b>
Erkende bedden	384 (2006: 429)	272
Aantal opnamen	13035	9435
Dagverpleging	9436	7074
Verpleegdagen	84482	59972
Gemiddelde verpleegduur	6,5 dagen	6,36 dagen
Aantal eerste polikliniekbezoeken	81493	55165
Herhalingsbezoeken	124810	94006
Personeelsleden exclusief medisch specialisten	1508	650
FTE Personeelsleden exclusief medisch specialisten	1104	?
Medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	92	70
Specialismen bij beide aanwezig (www.kiesbeter.nl)	Allergologie, anesthesiologie, Cardiologie, Chirurgie, Dermatologie, Geriatrie, Gynaecologie en verloskunde, interne geneeskunde, keel-, neus- en oorheelkunde, kindergeneeskunde,	

<sup>35</sup> Proteion (voorheen o.a. Hornerheide), Land van Gelre en Gulick (voorheen o.a. Verpleeghuis Camillus), Thuiszorg Midden-Limburg, GGZ-groep Noord- en Midden-Limburg, Riagg Midden Limburg, RHV (Regionale huisartsen vereniging), HAP Midden - Limburg (Huisartsen Post), Apothekers in de regio, Ziekenhuis Sint Jans Gasthuis Weert, Ziekenhuis Vie Curi Venlo, Academisch Ziekenhuis Maastricht.

	klinische neurofysiologie, klinische psychologie, laboratorium diagnostiek, longziekten, maag, darm en leverziekten, medische microbiologie, neonatologie, neurochirurgie, neurologie, oncologie, oogheelkunde, orthopedie, pathologie, psychiatrie, radiologie, radiotherapie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, urologie.	
Specialismen bij één van beide aanwezig	Kaakchirurgie, nucleaire geneeskunde, sportarts, fertiliteitsarts.	Klinische genetica, plastische chirurgie
IC	Niveau 2	Niveau 1

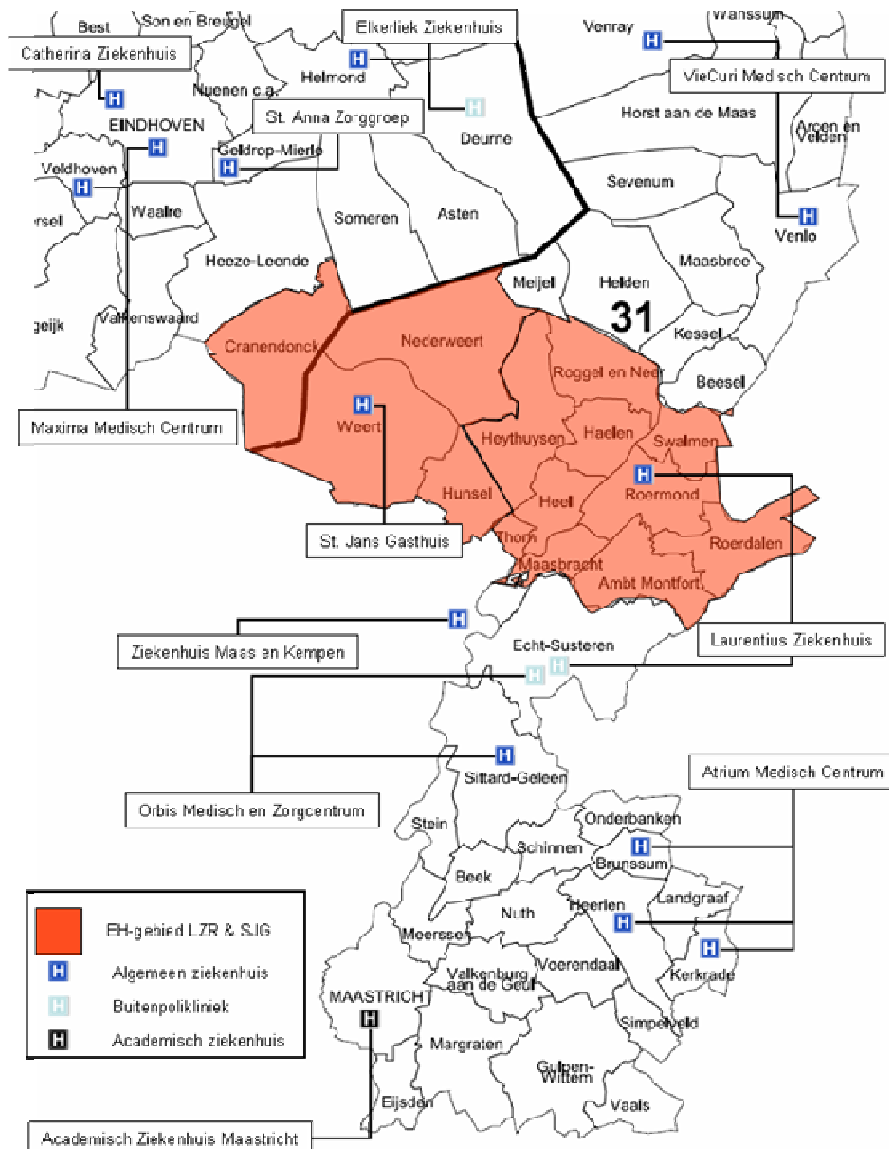
### Jaarrekeningen 2005

Bedragen * 1000	LZR		SJG	
	2004	2005	2004	2005
Exploitatieresultaat	708	-/- 629	554	810
Bedrijfsopbrengsten	79.108	80.873	51.900	53.123
Eigen vermogen	18.273	17.645	2.807	3.617
EV/Opbrengsten	23,1%	21,8%	5,4%	6,8%

De jaarrekeningen 2006 zijn op dit moment nog niet beschikbaar. De verhouding tussen het eigen vermogen en de bedrijfsopbrengsten is landelijk toegenomen van 7,7 % in 2004 naar 8,6 % in 2005.<sup>36</sup> Het Waarborgfonds voor de Zorgsector acht binnen de huidige wet- en regelgeving een minimum van 8 % noodzakelijk om de continuïteit van zorginstellingen te waarborgen. Door de verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid naar zorginstellingen krijgen zorginstellingen te maken met grotere risico's. Hierdoor vindt het WfZ gepast dat zorginstellingen in de komende periode streven naar een vermogensdoelstelling van 10 à 15 %.

<sup>36</sup> De cijfers zijn het resultaat van een analyse van de NVZ (Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen) op basis van de jaarrekeningen 2005 van 80 van de 86 algemene ziekenhuizen.

## Bijlage 2: Kaart van Limburg



Over de regionale setting kan het volgende worden opgemerkt.<sup>37</sup> De daling van de bevolking met bijna driekwart % remt de economische groei. De bevolkingsafname in Limburg zal naar verwachting doorzetten. Landelijk groeide de bevolking in 2005 met 0,2 %. Limburg kent een ten opzichte van het landelijke beeld bovengemiddelde vergrijzingsdruk: In 2025 is 21 % van de bevolking van Nederland 65-plusser. Nu is dat nog 14 %. Limburg zal in 2025 met 25 % 65-plussers de sterkst vergrijzde provincie van Nederland zijn. Vooral zuidelijk Limburg is én blijft het meest vergrijsd. Tevens “ontgroent” Limburg: de geboortecijfers lopen terug. Limburgse vrouwen krijgen gemiddeld minder kinderen. Ook wanneer rekening wordt gehouden met de leeftijdsopbouw is het gemiddeld kindertal in Limburg het laagst van alle provincies.

<sup>37</sup> CBS, Regionale economische groeicijfers 2005