

**Besluit
Openbaar**

Besluit van de Autoriteit Consument en Markt met betrekking tot het verzoek tot wijziging van het besluit van 25 maart 2009 in zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldeziekenhuizen

Ons kenmerk: ACM/DM/2014205915

Zaaknummer: 12.0264.24

Inhoud

1	Procedure	3
2	Vergunningsbesluit van 25 maart 2009	4
3	Verzoek ADRZ	5
3.1	Het prijsplafond is als gevolg van gewijzigde omstandigheden onredelijk belastend geworden	5
3.2	Het prijsplafond is in strijd met het gelijkheidsbeginsel	6
3.3	De omvang van de geografische markt is gewijzigd	7
3.4	Er bestaan andere handhavingsmethoden	7
4	Beoordelingskader	7
4.1	Beoordelingskader ACM	7
4.2	Reactie ADRZ op beoordelingskader	9
4.3	Reactie ACM op reactie ADRZ op beoordelingskader	9
5	Beoordeling	10
5.1	Inleiding	10
5.2	Beoordeling van gewijzigde marktomstandigheden en noodzakelijkheid prijsplafond	10
5.2.1	Wijzigingen na 2009 in het aanbod van ziekenhuiszorg in Zeeland	10
5.2.2	Wijzigingen na 2009 in de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars in Zeeland	15
5.2.3	Tussenconclusie over gewijzigde marktomstandigheden en noodzakelijkheid prijsplafond	19
5.3	Beoordeling van de belasting van het prijsplafond	19
5.3.1	Inleiding	19
5.3.2	Zienswijze ADRZ	20
5.3.3	Zienswijze zorgverzekeraars	20
5.3.4	Zienswijze NZa	20

Besluit
Openbaar

5.3.5 Beoordeling ACM.....21
5.3.6 Tussenconclusie over de belasting van het prijsplafond22
6 Conclusie23

Besluit Openbaar

3/23

1 Procedure

1. Op 23 mei 2012 heeft het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (hierna: ADRZ) een verzoek ingediend tot wijziging van de vergunning van 25 maart 2009 in zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen. Van het wijzigingsverzoek is mededeling gedaan in Staatscourant nr.11612 van 8 juni 2012. Er zijn in reactie op de mededeling in de Staatscourant geen zienswijzen door derden ingediend.
2. Het verzoek is gericht op de intrekking van het aan de vergunning verbonden voorschrift betreffende het in acht nemen van een prijsplafond. Op 5 juli 2012 heeft het ADRZ dit verzoek mondeling nader toegelicht. Van de kant van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa), per 1 april 2013 opgevolgd door de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM¹), is daarbij eveneens een visie gegeven op het verzoek, waarbij met name is ingegaan op de naar het oordeel van ACM te beperkte motivering van het verzoek en, in dat licht, de kans op afwijzing daarvan. Tijdens deze bespreking heeft het ADRZ medegedeeld haar verzoek in beraad te houden. Bij brief van 22 maart 2013 heeft het ADRZ aan ACM bericht dat zij het verzoek handhaaft, waarbij een nadere argumentatie naar voren is gebracht. ACM heeft het ADRZ bij brief van 5 april 2013 laten weten haar verzoek in het licht van de uit te voeren toets nog steeds onvoldoende gemotiveerd te achten. Hierbij is ACM nader ingegaan op het voor het onderhavige verzoek relevante beoordelingskader, zodat het ADRZ haar onderbouwing daarop kan richten. Per brief van 25 juli 2013 heeft ACM aan de hand van nadere vragen haar verzoek om een nadere onderbouwing verder geconcretiseerd.
3. Op 16 oktober 2013 heeft het ADRZ per brief antwoorden gegeven op de vragen van ACM. Op deze antwoorden volgde op 22 oktober 2013 nog een schriftelijke aanvulling naar aanleiding van ontwikkelingen, zoals deze zouden blijken uit het besluit van 30 september 2013 in zaak 13.0438.24 Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis (hierna: LZB en FZR).
4. ACM heeft op 24 december 2013 haar voorlopige conclusies ten aanzien van het verzoek om wijziging van de vergunning in Punten van Overweging aan het ADRZ kenbaar gemaakt. Naar aanleiding daarvan heeft het ADRZ verzocht om haar zienswijze op die voorlopige conclusies mondeling kenbaar te kunnen maken. Dat overleg heeft op 17 april 2014 plaatsgevonden. Tijdens dit overleg heeft het ADRZ tevens nog enkele schriftelijke aantekeningen overgelegd.
5. ACM heeft in het kader van de behandeling van deze zaak gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, de omliggende ziekenhuizen en de regionale patiëntenvereniging Klaverblad Zeeland (hierna: Klaverblad)². De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft een zienswijze gegeven.

¹ Wanneer hierna wordt gesproken over ACM omvat dat mede de NMa.

² Klaverblad komt op voor de belangen van gebruikers van zorg- en dienstverlening in de provincie Zeeland.

Besluit Openbaar

2 Vergunningsbesluit van 25 maart 2009

6. In het besluit van 25 maart 2009 inzake de vergunning voor de fusie tussen Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen staat ten aanzien van de gevolgen van de fusie voor de marktstructuur het volgende³: *“Uit het bovenstaande volgt dat er na de fusie (vrijwel) geen alternatief zorgaanbod meer zal bestaan op de relevante markt en dat het fusieziekenhuis een zeer sterke positie op de markt, in casu een bijna-monopoliepositie, zal innemen. De voordelen voor consumenten die zijn verbonden aan het bestaan van een daadwerkelijke mededinging zullen daarmee in beginsel verdwijnen.”*
7. In punt 96 concludeert de Raad van Bestuur van de NMa (hierna: de Raad) dat: *“het niet aannemelijk is dat in casu factoren aanwezig zijn die de zeer sterke marktpositie van partijen na de voorgenomen fusie zouden kunnen relativeren of compenseren.”*
8. In punt 112 oordeelt de Raad: *“Met betrekking tot het aspect van de prijs geldt het volgende. Het ontstaan van een (bijna) monopolie als gevolg van de voorgenomen fusie, kan ertoe leiden dat het fusieziekenhuis prijsstijgingen gaat doorvoeren. Indien deze prijsstijgingen onevenredig zijn in verhouding tot de verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod, kan niet worden gesteld dat sprake is van efficiëntieverbeteringen die ten goede komen aan de afnemers. Een verbetering waarvoor een onevenredig hoge prijs moet worden betaald, zal immers in het algemeen door de afnemers niet worden beschouwd als een daadwerkelijke (netto) efficiëntieverbetering.”*
9. Om tegemoet te komen aan het door ACM geschetste prijsrisico hebben partijen destijds een remedie aangeboden. De daarbij horende toelichting luidt als volgt: *“De maatregel van het prijsplafond heeft tot doel te voorkomen dat het Gemeenschappelijk Ziekenhuis door een eventueel gebrek aan concurrentiedruk te hoge prijzen rekent voor de DBC's in het B-segment waarvan de prijzen vrij onderhandelbaar zijn. Het prijsplafond wordt vastgesteld aan de hand van de gewogen gemiddelden van vergelijkbare prijzen van alle andere in Nederland aanwezige ziekenhuizen zodat een prijsplafond wordt vastgesteld dat is gebaseerd op prijzen die in concurrentie tot stand zijn gekomen. [...]”*⁴
10. De Raad oordeelt in punt 153: *“Het prijsplafond voorkomt dat het gefuseerde ziekenhuis, bij gebrek aan concurrentiedruk, te hoge prijzen zal rekenen voor DBC's in het vrij onderhandelbare B-segment.”* De remedie is vervolgens als voorschrift aan de vergunning verbonden.⁵

³ Zie het besluit van 25 maart 2009 in zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen, punten 90, 96, 112 en 153.

⁴ Zie het besluit in zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen, reeds aangehaald, en het daarbij bijgevoegde Remedievoorstel.

⁵ Naast de remedie inzake het prijsplafond zijn remedies met betrekking tot te realiseren kwaliteitsverbeteringen en om toetreding te vereenvoudigen door partijen aangeboden en als voorschrift aan de vergunning verbonden. Het wijzigingsverzoek waarop dit besluit betrekking heeft ziet uitsluitend op het prijsplafond.

Besluit Openbaar

5/23

3 Verzoek ADRZ

11. Het ADRZ verzoekt ACM de vergunning te wijzigen. Het verzoek is gericht op het intrekken van het voorschrift inzake het prijsplafond. In de volgende punten zal de argumentatie van het ADRZ samengevat worden weergegeven. Hierbij komen vier hoofdargumenten aan de orde: onredelijke belasting van het prijsplafond als gevolg van gewijzigde omstandigheden (paragraaf 3.1), strijdigheid met het gelijkheidsbeginsel (paragraaf 3.2), gewijzigde omvang van de geografische markt (paragraaf 3.3) en het bestaan van andere handhavingmethoden (paragraaf 3.4).

3.1 Het prijsplafond is als gevolg van gewijzigde omstandigheden onredelijk belastend geworden

12. In 2009 viel landelijk gezien circa 34% van de medisch specialistische zorg onder het B-segment; in 2012 is dit circa 70%. Bij ADRZ valt zelfs [90%-100%] van de totale omzet in het B-segment. Dit komt doordat het ADRZ geen topreferente en topklinische zorg aanbiedt die in het A-segment vallen. Deze wijziging in de bekostigingssystematiek⁶ leidt ertoe dat het ADRZ bepaalde voor haar specifieke kosten⁷ die zij niet op andere wijze vergoed krijgt in de tarieven voor het B-segment moet verdisconteren. Wanneer haar tarieven niet hoger mogen zijn dan het landelijk gemiddelde kan zij deze specifieke kosten (mogelijk) niet vergoed krijgen, terwijl deze kosten noodzakelijk zijn om het niveau van zorg en de kwaliteit ervan in stand te houden, aldus het ADRZ.

Meerdere zorgverzekeraars hebben met het ADRZ voor 2012 [REDACTED] afgesloten. Bij een dergelijk contract wordt het ADRZ geacht voor een vaste aanneemsom zorg te leveren aan de verzekerden van [REDACTED] [REDACTED] aldus het ADRZ.

Hierdoor is volgens het ADRZ het prijsplafond niet toepasbaar.

13. Het ADRZ voert verder aan dat de definitieve berekening van het prijsplafond pas in jaar t+2 plaatsvindt⁸, waardoor 2 jaar na de feitelijke hantering van dit tarief nog een correctie kan plaatsvinden. Hierdoor kan er, volgens het ADRZ, geen verantwoord begrotingsbeleid meer gevoerd worden.
14. Het prijsplafond bemoeilijkt volgens ADRZ aldus een gezond, planbaar en in zekere mate voorzienbaar financieel beleid aanmerkelijk. ADRZ concludeert dat de wijziging in de omstandigheden, gelegen in e gewijzigde financieringssysteem voor medisch specialistische

⁶ Uitbreiding B-segment, Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch Specialistische Zorg, Garantierегeling kapitaallasten 2011 tot en met 2016.

⁷ Bijvoorbeeld locatie-gebonden kosten (voortvloeiend uit het gewenste voorzieningenniveau, bijvoorbeeld een IC en een SEH op level 2, in een geografisch tamelijk geïsoleerd gebied met een beperkte adherentie) en relatief hoge kapitaallasten.

⁸ Conform punt 7 van het remedievoorstel.

Besluit Openbaar

zorg, ertoe leidt dat het mededingingsprobleem niet langer opweegt tegen de belasting die het voorschrift met zich meebrengt voor ADRZ.

3.2 Het prijsplafond is in strijd met het gelijkheidsbeginsel

15. Het prijsplafond is volgens het ADRZ in strijd met het gelijkheidsbeginsel omdat aan de besluiten van ACM van 2 november 2012⁹, waarbij vergunning is verleend voor diverse concentraties van andere ziekenhuizen, in vergelijkbare situaties geen voorschriften zijn verbonden. De positie van het ADRZ en de omstandigheden waarin het ADRZ opereert zijn niet wezenlijk anders dan die van de fusieziekenhuizen in deze besluiten, aldus het ADRZ. Ook in het kader van de vergunningsprocedure voor de fusie tussen de ziekenhuizen die thans het ADRZ vormen, hebben de zorgverzekeraars aangegeven het fusieziekenhuis te kunnen disciplineren. Derhalve dient – naar het oordeel van het ADRZ – ACM ook hier te oordelen dat zorgverzekeraars mogelijk voldoende in staat kunnen zijn om partijen na de concentratie te disciplineren, en dat in het geval dat zorgverzekeraars in staat zullen blijken partijen ook na de concentratie te disciplineren er geen mededingingsprobleem ontstaat, omdat de geografische dimensie van de markt verruimt, en de bijbehorende marktaandelen navenant lager worden, aldus het ADRZ. Het is dan ook, gezien de vergelijkbaarheid van de gevallen, in strijd met het gelijkheidsbeginsel een voorschrift te handhaven dat voor onbepaalde tijd geldt en het ADRZ veel meer aan banden legt dan de ziekenhuizen voor wier fusie in genoemde besluiten vergunning is verleend. Zo worden bijvoorbeeld, anders dan bij het ADRZ, met name genoemde kostenstijgingen of andere kostenstijgingen waarop het fusieziekenhuis geen invloed heeft, niet meegerekend bij de berekening van de prijsontwikkeling. Voorts zijn de prijstoezeggingen in de besluiten van 2 november 2012 uitdrukkelijk geen voorschrift of remedie en zijn zij niet rechtens afdwingbaar, eveneens anders dan bij het ADRZ.
16. Ten slotte merkt het ADRZ op dat zij in de jaren 2009, 2010, 2011 en 2012 reeds heeft laten zien onder de gemiddelde landelijke tarieven te blijven (en aldus te voldoen aan het prijsplafond). Daarmee is tevens aangetoond dat de ziektekostenverzekeraars waarmee het ADRZ contracteert in staat zijn gebleken het ADRZ voldoende te disciplineren. Het ligt dan ook niet in de rede voor het ADRZ nog een (langere) transitieperiode¹⁰ te hanteren, aldus ADRZ.

6/23

⁹ In de zaken 7236/Atrium – Orbis, 7295/TweeSteden Ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis, 7332/ Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis.

¹⁰ De ziekenhuizen in Limburg, Tilburg en Haarlem/Hoofddorp hebben aangeboden zich in de transitieperiode te houden aan een vrijwillig en tijdelijk prijsplafond.

Besluit Openbaar

3.3 De omvang van de geografische markt is gewijzigd

17. Uit het besluit van ACM in zaak 13.0438.24 Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis¹¹ blijkt dat de geografische markten waarop ADRZ en LZB/FRZ actief zijn deels met elkaar overlappen. ADRZ verwacht bovendien meer concurrentiedruk te gaan ondervinden van het geconcentreerde LZB/FZR dan in het verleden van LZB. Dit zijn volgens ADRZ gewijzigde omstandigheden ten opzichte van de omstandigheden ten tijde van het besluit van 25 maart 2009.

3.4 Er bestaan andere handhavingsmethoden

18. ADRZ wijst er op dat de NZa op grond van artikel 48 Wet Marktordening Gezondheidszorg (hierna: WMG) een aanwijzing aan ADRZ kan geven om de tarieven van de door de NZa aan te wijzen diensten en/of leveringen vast te stellen overeenkomstig een door de NZa te bepalen berekeningsmethode en overigens om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op of ten behoeve van de zorginkoopmarkt. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zo nodig kan (laten) afdwingen dat het ADRZ “marktconforme” tarieven zal hanteren, aldus het ADRZ.

4 Beoordelingskader

4.1 Beoordelingskader ACM

19. In uitzonderlijke gevallen kunnen voorschriften/beperkingen verbonden aan een vergunning worden gewijzigd of worden herzien.¹² Partijen moeten daartoe een verzoek indienen bij ACM. Bij een dergelijk verzoek is het aan de verzoekende partijen om te beargumenteren waarom een wijziging of opheffing van de voorschriften is gerechtvaardigd. Partijen zullen moeten motiveren waarom het eerder gesignaleerde mededingingsprobleem zich bij wijziging of opheffing van de voorschriften niet zal voordoen. In het oorspronkelijke besluit is gesteld dat het prijsplafond in principe voor onbepaalde tijd geldt en dat partijen bij gewijzigde marktomstandigheden een gemotiveerd verzoek kunnen indienen tot wijziging van het besluit.¹³
20. ACM kan besluiten tot het wijzigen dan wel opheffen van de voorschriften verbonden aan een besluit, indien er zich (markt)ontwikkelingen hebben voorgedaan of voordoen die ertoe leiden

¹¹ Reeds aangehaald, zie punt 3.

¹² Richtsnoeren Remedies 2007, Staatscourant nr. 187 van 27 september 2007, punten 74 tot en met 76. Zie ook de Mededeling van de Commissie betreffende op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 van de Raad en Verordening (EG) nr. 802/2004 van de Commissie aanvaardbare corrigerende maatregelen, Pb. C 267 van 22 oktober 2008, pagina 1, punten 71 tot en met 76.

¹³ Punt 152 en voetnoot 54. Wanneer als gevolg van gewijzigde marktomstandigheden het in het besluit van 25 maart 2009 geconstateerde mededingingsprobleem zich nu niet meer zou voordoen is dat een reden (ook volgens de Richtsnoeren Remedies) om het prijsplafond in te trekken. Dit geldt voor elke gedragsremedie die voor onbepaalde tijd is vastgesteld.

Besluit Openbaar

8/23

dat het mededingingsprobleem dat een voorschrift beoogt op te lossen niet langer bestaat en/of niet langer opweegt tegen de belasting die het voorschrift met zich meebrengt voor de onderneming.¹⁴

21. In de brief van 5 april 2013 heeft ACM aan ADRZ aangegeven welke toets ACM zal uitvoeren om te beoordelen of het prijsplafond kan worden opgeheven. In essentie gaat het om de vraag of het in 2009 geconstateerde mededingingsrisico van een prijsstijging zich als gevolg van de gewijzigde marktomstandigheden thans in de specifieke context van het ADRZ niet meer zal voordoen. Deze gewijzigde marktomstandigheden zouden bijvoorbeeld - maar niet uitsluitend - betrekking kunnen hebben op:
- de vestiging van belangrijke nieuwe toetreders waardoor het marktaandeel van ADRZ lager is geworden;
 - een ruimer geworden geografische markt doordat grotere patiëntenstromen naar andere ziekenhuizen zijn gegaan met als gevolg een lager marktaandeel van ADRZ;
 - een verwachte ruimere geografische markt doordat de relevante zorgverzekeraars een gemotiveerde positieve inschatting hebben van hun (toekomstige) sturingsmogelijkheden en de reisbereidheid van patiënten in geval van prijsstijgingen bij ADRZ;
 - het bestaan van ruimere disciplineringsmogelijkheden van relevante zorgverzekeraars dan in 2009 die niet afhankelijk zijn van het bestaan van alternatieve aanbieders op de markt.
22. Gezien deze toets moet eerst beoordeeld worden of er gewijzigde marktomstandigheden zijn die ertoe leiden of hebben geleid dat het mededingingsprobleem dat door het voorschrift wordt opgelost, wezenlijk is gewijzigd. In de onderhavige zaak ziet het voorschrift er, kort gezegd, op dat het ADRZ, gezien haar sterke marktpositie, geen hogere prijzen kan declareren dan het gemiddelde prijsniveau dat in concurrentie tot stand is gekomen bij de andere Nederlandse ziekenhuizen. Voor de beoordeling i.c. is van belang of er sprake is van een zodanige toename van concurrentie, die tot uitdrukking komt in bijvoorbeeld een daling van het marktaandeel van ADRZ, toetreding door concurrenten of een toename van compenserende afnemersmacht (of een combinatie van deze factoren), dat het eerder geconstateerde mededingingsprobleem niet langer bestaat of wezenlijk is gereduceerd.
23. Ten tweede moet een oordeel gegeven worden over de belasting van het voorschrift voor het ADRZ. Van een onredelijke belasting door een remedie kan sprake zijn indien de remedie op de middellange termijn tot een structureel negatief bedrijfsresultaat zal leiden.¹⁵ In casu zou ook van een onredelijke belasting sprake kunnen zijn indien het voorschrift in de praktijk onuitvoerbaar is. Om te kunnen bepalen of de belasting van het

¹⁴ Zie ook zaak 3386/ *Nuon - Reliant Energy Europe*, zaak 1538/ *De Telegraaf - De Limburger*, en zaak 1528/ *Wegener Arcade - VNU Dagbladen*.

¹⁵ In het besluit van 7 december 2005 in zaak 1538/ *De Telegraaf - De Limburger*, punten 11 tot en met 13 is dit beoordelingskader nader uitgewerkt voor die casus. De ACM achtte het in dat geval onredelijk dat de moedermaatschappij een activiteit in stand zou moeten houden die op de middellange termijn een negatief bedrijfsresultaat zal behalen. Zie ook het besluit van 7 juli 2011 in zaak 6848 met betrekking tot het verzoek tot wijziging van het besluit van 13 maart 2000 in zaak 1528/ *Wegener Arcade - VNU Dagbladen*.

Besluit Openbaar

voorschrift voor het ADRZ mogelijk onevenredig is, dient de argumentatie van het ADRZ te worden onderzocht. Hiertoe is aan zorgverzekeraars gevraagd of zij merken dat het prijsplafond knellend is en is aan de NZa¹⁶ gevraagd of zij in de systematiek een onredelijke belasting zien. Financiële resultaten van het ADRZ en de ruimte die binnen het prijsplafond nog bestaat zijn bij deze beoordeling van belang.

4.2 Reactie ADRZ op beoordelingskader

24. Het ADRZ vindt het boven weergegeven beoordelingskader te beperkt. Naar het oordeel van het ADRZ dient het kader evenzeer te zijn: zijn er (anderszins) gewijzigde omstandigheden die de voorschriften thans onredelijk bezwarend maken terwijl het mededingingsrisico ook op andere wijze geredresseerd kan worden. De vraag die ACM naar het oordeel van ADRZ zal moeten beantwoorden is: zijn gegeven alle huidige omstandigheden – of die nu wezenlijk gewijzigd zijn of niet ten opzichte van de situatie ten tijde van de vergunningverlening – de voorschriften, alle belangen afwegend en daarbij ook andere handhavingsmogelijkheden in ogenschouw nemend, nog nodig?

4.3 Reactie ACM op reactie ADRZ op beoordelingskader

25. Het ADRZ brengt naar voren dat het er bij de huidige afweging niet toe doet of de feitelijke (markt) omstandigheden al dan niet gewijzigd zijn ten opzichte van de omstandigheden ten tijde van het besluit van 25 maart 2009. ADRZ gaat daarmee voorbij aan het feit dat het besluit van 25 maart 2009, waarin het prijsvoorschrift is opgenomen, een gegeven is en om die reden het uitgangspunt vormt voor de onderhavige beoordeling. Het huidige voorschrift is verbonden aan de vergunning die met dat besluit is verleend. Gegeven de in het besluit beschreven marktomstandigheden zou de vergunning zonder prijsvoorschrift niet zijn verleend. De (markt)omstandigheden zoals die bestonden ten tijde van het besluit van 25 maart 2009 en zoals daar beschreven zijn daarom maatgevend voor het oordeel of thans sprake is van gewijzigde (markt)omstandigheden en of er een reden is het voorschrift in te trekken of te wijzigen.
26. Het ADRZ stelt tevens dat ACM in aanmerking moet nemen of het mededingingsrisico ook op andere wijze geredresseerd kan worden. ADRZ doelt daarbij op artikel 48 WMG en een door de NZa te nemen besluit (zie punt 18). Het besluit van 25 maart 2009, inclusief prijsvoorschrift, komt voort uit de op grond van het concentratietoezicht, zoals vervat in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet, vereiste beoordeling van de effecten van een voorgenomen concentratie. ACM heeft daarin vastgesteld dat de destijds voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging significant zou belemmeren. Om de geconstateerde mededingingsproblemen zonder twijfel en volledig weg te nemen, is aan de vergunning op grond van artikel 41 lid 4 Mw een voorschrift verbonden. Artikel 48 WMG behelst niet meer dan een mogelijkheid voor de NZa om een maatregel op te leggen aan een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht (de NZa is niet verplicht op grond van artikel 48 WMG een maatregel op te leggen wanneer er sprake is van aanmerkelijke marktmacht). ACM stelt vast dat de NZa geen maatregel op grond van

9/23

¹⁶ Zie punt 67 over de bijzondere betrokkenheid van de NZa in deze zaak.

Besluit Openbaar

artikel 48 WMG heeft opgelegd. De enkele mogelijkheid daartoe biedt onvoldoende zekerheid om een rol te kunnen spelen in de mededingingsrechtelijke beoordeling van een voorgenomen concentratie of van een verzoek tot wijziging van een vergunning.

27. Zoals gezegd, het besluit van 25 maart 2009 is het uitgangspunt, waaraan een mogelijke wijziging van de omstandigheden dient te worden afgemeten. In paragraaf 5.3 zal worden ingegaan op de vraag of het voorschrift als gevolg van gewijzigde omstandigheden onredelijk bezwarend is geworden. Bij die afweging speelt het bestaan van artikel 48 WMG geen rol.

5 Beoordeling

5.1 Inleiding

28. Ter toetsing van het betoog van het ADRZ in het licht van het beoordelingskader (zie hoofdstuk 4) heeft ACM gesprekken gevoerd met de meest betrokken zorgverzekeraars, de omliggende ziekenhuizen en de patiëntenvereniging Klaverblad. Daarnaast heeft ACM de mogelijke wijzigingen in feitelijke omstandigheden onderzocht, zoals veranderingen in marktaandeel en nieuwe toetreding door aanbieders van ziekenhuiszorg. De NZa heeft een zienswijze afgegeven waarin zij ingaat op de veranderde omstandigheden en op de uitvoerbaarheid van het prijsplafond.
29. ACM zal het verzoek van het ADRZ om de vergunning te wijzigen met het oog op intrekking van het prijsplafond op basis van het hierboven beschreven beoordelingskader (hoofdstuk 4) beoordelen. Hiertoe wordt eerst ingegaan op de vraag of er sprake is van gewijzigde marktomstandigheden die het in 2009 geconstateerde mededingingsprobleem wegnemen of zodanig verkleinen dat een prijsplafond niet meer aangewezen zou zijn (paragraaf 5.2). Vervolgens komt de vaag aan de orde of het prijsplafond als gevolg van gewijzigde marktomstandigheden een onredelijke belasting voor het ADRZ vormt (paragraaf 5.3).

5.2 Beoordeling van gewijzigde marktomstandigheden en noodzakelijkheid prijsplafond

5.2.1 Wijzigingen na 2009 in het aanbod van ziekenhuiszorg in Zeeland

5.2.1.1 Inbreng ADRZ

30. Het ADRZ heeft uit eigen beweging slechts beperkte informatie naar voren gebracht over mogelijke wijzigingen in de feitelijke marktomstandigheden, zoals veranderde marktaandelen, toetreding van concurrenten, ander reisgedrag van patiënten en dergelijke.¹⁷ Het ADRZ heeft in dit kader voornamelijk gewezen op het besluit in zaak

¹⁷ Ter zake van gewijzigde omstandigheden wijst het ADRZ niet zozeer op wijzigingen van de marktomstandigheden, maar meer op wijzigingen in de bekostigingssystematiek.

Besluit Openbaar

13.0438.24 Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis (zie punt 17).

5.2.1.2 Marktaandelen

31. In het besluit van 25 maart 2009, punt 86, is vastgesteld dat partijen beschikken over een gezamenlijk marktaandeel van circa [80%-90%] op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg en van circa [80%-90%] op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. De marktaandelen van het ADRZ zijn over de periode 2008-2010 met enkele procenten ([0%-10%]) gedaald.¹⁸
32. Over de periode na 2010 is moeilijk iets te zeggen.¹⁹ Het ADRZ presenteert over de periode 2009 tot en met 2012 een daling van de productie van [0%-10%] op de (combinatie van) kliniek en dagverpleging, terwijl zij over diezelfde periode op de kliniek een daling van [0%-10%] zien en op de polikliniek een daling van [0%-10%]. Dit zou duiden op een hoge daling op de dagverpleging. Dit kan naar het oordeel van ACM evenwel het gevolg zijn van een niet volledige aanlevering van declaraties door het ADRZ aan het DIS²⁰ en dient verder genuanceerd te worden omdat uit de door het ADRZ aangeleverde jaarlijkse productiecijfers blijkt dat de eigen productie van dagverpleging over dezelfde periode aanzienlijk minder sterk daalt, namelijk met [0%-10%]²¹. Een alternatieve verklaring is gelegen in het gegeven dat dit ook de periode is waarin ADRZ zorg heeft verplaatst (lateralisatie) van de vestiging op Walcheren naar de vestiging in Goes. Lateralisatie vond plaats begin 2011. Dit kan geleid hebben tot terugval in de patiëntenstroom. Mogelijk herstelt de patiëntenstroom zich na enkele jaren weer. Het is (nog) niet duidelijk of de waargenomen daling structureel is. Alleen een structurele wijziging van marktomstandigheden kan binnen het onderhavige beoordelingskader leiden tot een andere beoordeling dan die in het besluit van 2009.
33. Het ADRZ heeft niet gereageerd op bovenstaande mogelijke verklaringen van ACM over de door het ADRZ gepresenteerde daling van de productie van [0%-10%] op de (combinatie van) kliniek en dagverpleging. Ook heeft het ADRZ niet opgehelderd hoe zij deze daling heeft berekend. Aan het door het ADRZ gepresenteerde cijfer van [0%-10%] kan daarom in het kader van de onderhavige beoordeling geen betekenis worden

11/23

¹⁸ Op basis van DIS-database.

¹⁹ De declaratiegegevens van 2011 tot heden zijn nog onbetrouwbaar. Dit heeft te maken met wijzigingen in de financieringssystematiek, de slechte of late gegevensaanlevering door zorgaanbieders (ook het ADRZ lijkt niet volledig aan DIS te hebben aangeleverd) en de lange doorlooptijd van DBC's. Dergelijke lang lopende DBC's zitten dan ook nog niet in het DIS.

²⁰ De NZa acht de cijfers na 2010 onvoldoende betrouwbaar. De aantallen DBC's van het ADRZ lijken onrealistisch laag. ADRZ heeft dit niet weersproken.

²¹ ACM is niet gebleken dat andere aanbieders een zo aanzienlijke stijging van de dagverpleging hebben gekend dat daarmee de daling van [0%-10%] bij het ADRZ verklaard kan worden. Uit het jaarverslag van ZorgSaam volgt een stijging van de dagverpleging van 2011 naar 2012 van 1%. LZB vermeldt geen dagverpleging in haar jaarverslag. Ook van de ZBC's is dit onbekend.

Besluit Openbaar

toegekend.

34. Het is op grond van het voorgaande aannemelijk dat het ADRZ thans beschikt over marktaandelen van [rond de 80%] op het gebied van klinische respectievelijk niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.²²

5.2.1.3 Reistijden

35. Het is niet zonder meer zinvol om, in het licht van het beoordelingskader, in kaart te brengen of de huidige patiënten van het ADRZ meer of minder tijd nodig hebben om een (omliggend) ziekenhuis te bereiken dan de patiënten ten tijde van de fusie. Het fusieziekenhuis ADRZ bestond toen immers nog niet en de patiënten gingen naar twee ziekenhuizen in Midden-Zeeland, te weten Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuizen, met ieder deels hun eigen adherentiegebied. Op dit moment moeten we uitgaan van één ziekenhuis, het ADRZ, waarbij beide adherentiegebieden zijn samengevoegd en het aanbod van zorg is verplaatst. Andere adherentiegebieden en een andere locatie van het aanbod leveren uiteraard ook andere gemiddelde reistijden. Om toch conclusies te kunnen trekken over reistijden van patiënten en in het verlengde hiervan de mogelijk veranderde concurrentiedruk van omliggende ziekenhuizen heeft ACM er voor gekozen om de gewogen gemiddelde reistijd te berekenen van de inwoners uit het adherentiegebied van het ADRZ ("Midden-Zeeland") naar het ADRZ en naar de omliggende ziekenhuizen.
36. De gewogen gemiddelde reistijd voor inwoners uit Midden-Zeeland is het kortste naar de vestiging van het ADRZ in Goes; deze reistijd bedraagt 27 minuten. De vestiging in Goes is de hoofdlocatie van het ADRZ.²³ Alle typen zorg worden hier aangeboden. De extra reistijd naar het eerstvolgende andere ziekenhuis (LZB) is 14 minuten. De extra reistijd naar Ziekenhuis ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen (hierna: ZorgSaam) in Terneuzen bedraagt 28 minuten.²⁴
37. Inwoners uit Midden-Zeeland moeten een aanzienlijke reistijd accepteren om een alternatief ziekenhuis te bereiken. Op zichzelf kunnen op basis van de reistijden uiteraard geen conclusies getrokken worden over de mate waarin een omliggende aanbieder als alternatief kan worden beschouwd. De reistijden zijn echter wel relevant om de inschattingen van zorgverzekeraars van hun mogelijkheden om verzekerden naar alternatieven te bewegen en het ADRZ aldus te kunnen disciplineren in perspectief te plaatsen. Hierop wordt in de punten 61 en 62 ingegaan.

5.2.1.4 Toetreding

²² Zelfs als rekening wordt gehouden met een maximale daling van het marktaandeel tussen 2009 en 2012 van de door partijen aangedragen [0%-10%], beschikt het ADRZ nog over marktaandelen van circa [70%-80%] op het gebied van klinische algemene ziekenhuiszorg en van [rond de 80%] op het gebied van niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

²³ De gewogen gemiddelde reistijden naar de vestigingen van het ADRZ in Vlissingen en in Zierikzee zijn langer.

²⁴ Bron: Drive Time Matrix van Geodan 2010.

Besluit Openbaar

38. Sinds 2009 is een aantal zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's) tot de markt toegetreten. Ten tijde van het fusiebesluit waren er twee ZBC's op de relevante markt, het Medisch Wellness Centrum Zeeland (MWCZ met de hoofdvestiging in Goes) en Cardiologie Centrum Zeeland in Goes (behorend tot Cardiologie Centra Nederland, CCN). Het MWCZ, evenals de later toegetreten Victoriakliniek (gevestigd in Zierikzee) en Dialyse Zorg Zeeland (met de hoofdvestiging in Goes), zijn onderdeel van Zeeland Care. Het ADRZ beschikt over [40%-50%] van de aandelen van Zeeland Care.²⁵ Het Cardiologie Centrum Zeeland in Goes is opgericht door cardiologen die werkzaam waren in het ADRZ.
39. Nieuwe ZBC's die geen structurele banden met ADRZ hebben:
- StolMed in Goes²⁶: biedt oogheelkundige zorg en is opgericht door een oogarts die ook verbonden is aan LZB.²⁷
 - Cardiologie Centrum Zeeland in Middelburg²⁸: biedt cardiologische zorg. De cardiologen van ZorgSaam hebben een minderheidsaandeel.²⁹
 - Dermateam, gevestigd in Middelburg met een nevenvestiging in Goes: biedt dermatologische zorg. LZB beschikt over 51% van de aandelen.³⁰
 - ZHPC, gevestigd in Goes: biedt fysiotherapeutische en psychologische zorg bij hand en polsklachten.³¹
40. Uit de DIS gegevens blijkt over de periode 2008-2010 niet dat het ADRZ op de totale productie veel marktaandeel heeft verloren aan ZBC's in Midden-Zeeland. Dit komt zowel voor de klinische als voor de poliklinische ziekenhuiszorg niet boven de [0%-10%]. Alleen wanneer gegevens uit 2011 worden meegenomen verliest het ADRZ op de poliklinische ziekenhuiszorg ongeveer [0%-10%] aan ZBC's. Het zijn met name de specialismen dermatologie en cardiologie waarop het ADRZ patiënten verliest. Op het niveau van het specialisme dermatologie heeft het ADRZ tussen 2008 en 2010 bijna [0%-10%] marktaandeel verloren. In 2011 liep dit op tot [20%-30%]. Op het gebied van cardiologie verliest ADRZ tussen 2008 en 2010 ook ongeveer [0%-10%]. Dit loopt in 2011 op tot bijna [10%-20%]. Echter, zoals in punt 32 is benoemd, zijn de DIS gegevens van na 2010 nog onvoldoende betrouwbaar en kunnen die een overschatting van het verlies aan marktaandeel bij het ADRZ inhouden.

5.2.1.5 Overige concurrentiedruk

²⁵ Zorg Invest Zeeland beschikt over [50%-60%] van de aandelen.

²⁶ Behorend tot een keten met vestigingen in Goes, Zevenbergen, Etten-Leur, Rucphen en Bergen op Zoom.

²⁷ <http://www.stolmedklinieken.nl/nl/30/wie-zijn-we.html>

²⁸ Behorend tot Cardiologie Centra Nederland, CCN, met vestigingen in heel Nederland.

²⁹ Informatie van ZorgSaam.

³⁰ Informatie van LZB.

³¹ <http://zhpc.nl/>

Besluit Openbaar

14/23

41. De omliggende ziekenhuizen, ZorgSaam en LZB, geven, anders dan in 2009, aan concurrentiedruk op het ADRZ uit te oefenen. Andersom oefent het ADRZ minder druk uit op hen. Dit hangt samen met het momenteel minder goede imago van het ADRZ.³² De concurrentiedruk volgt onder andere uit een toename aan patiënten uit het werkgebied van het ADRZ naar de omliggende ziekenhuizen. ZorgSaam spreekt zelfs van een sterke toename van patiënten uit Midden-Zeeland. Dit betreft ongeveer [0-5%] van de totale poliklinische productie van het ADRZ en [0-5%] van de opname en dagbehandeling van het ADRZ. Volgens LZB gaat het om beperkte aantallen patiënten.
42. Hoewel ZorgSaam vermoedt dat ook de stroom patiënten vanuit Midden-Zeeland naar België is toegenomen, zijn daar verder geen aanwijzingen voor gevonden. Dit wordt door het ADRZ ook niet betoogd.
43. Het is volgens LZB niet ondenkbaar dat de uitstroom uit Midden-Zeeland in de toekomst vergroot zal worden als gevolg van een sterker gefuseerd ziekenhuis in Bergen op Zoom. Dit is echter speculatief en niet aannemelijk gemaakt. Hieraan kan naar het oordeel van ACM daarom in het kader van de onderhavige beoordeling geen betekenis worden toegekend.
44. De patiëntenvereniging Klaverblad heeft aangegeven dat de patiënt graag wil dat alle zorg om de hoek verkrijgbaar is, maar dat dit geen reëel verlangen is. De patiënt is overigens wel bereid om verder te reizen wanneer er sprake is van een ernstige ziekte. Patiënten reizen al naar Antwerpen, Rotterdam, Gent, Terneuzen, Bergen op Zoom en Breda. Problemen bij de afdeling cardiologie bij het ADRZ hebben ertoe geleid dat er meer patiënten voor cardiologische behandelingen naar Terneuzen en naar Breda zijn gegaan, aldus de patiëntenvereniging.
45. Zorgverzekeraars geven aan dat de marktomstandigheden in Midden-Zeeland sinds 2008 niet veel zijn veranderd.³³ Er zijn maar in beperkte mate ZBC's bijgekomen, aldus VGZ. Volgens CZ zijn er wel behoorlijk wat ZBC's bijgekomen, maar is er toch niet veel veranderd aan de positie van het ADRZ. Achmea merkt op dat het zorglandschap in Zeeland sinds 2008 niet is veranderd. Er zijn voor het ADRZ geen disciplinerende factoren bijgekomen.

5.2.1.6 Tussenconclusie over wijzigingen na 2009 in het aanbod van ziekenhuiszorg in Zeeland

46. De daling in marktaandeel is niet zodanig dat deze op zichzelf de conclusie rechtvaardigt dat de markt sinds 2009 ruimer is geworden of dat de positie van het ADRZ in Midden-Zeeland significant zwakker is geworden. Het ADRZ beschikt nog steeds over marktaandeel van [rond de 80%] op het gebied van klinische respectievelijk niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en zou in staat kunnen zijn haar stevige positie

³² Informatie van ZorgSaam en LZB.

³³ Informatie van Achmea, CZ en VGZ.

Besluit Openbaar

richting zorgverzekeraars om te zetten in hogere prijzen. Bovendien is (nog) niet duidelijk of de waargenomen daling structureel is.

47. Inwoners uit Midden-Zeeland moeten een aanzienlijke reistijd accepteren om een alternatief ziekenhuis te bereiken. De toename aan concurrerende ZBC's in Midden-Zeeland en de stroom patiënten naar omliggende ziekenhuizen zijn te beperkt om thans te kunnen spreken van voldoende concurrentiedruk van ZBC's en de omliggende ziekenhuizen. Bovendien concurreren de toetredende ZBC's slechts op enkele specialismen met het ADRZ en niet voor de volledige breedte van het aanbod van het ADRZ. Anders dan het ADRZ aanvoert (zie punt 17) schatte ACM in haar besluit in zaak 13.0438.24 Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis op grond van marktonderzoek in dat het ADRZ en Belgische ziekenhuizen in vergelijking met het Amphia Ziekenhuis in Breda (hierna: Amphia) minder concurrentiedruk zullen uitoefenen op LZB/FRZ. ACM heeft om die reden het ADRZ en de Belgische ziekenhuizen, in tegenstelling tot Amphia, niet opgenomen in de geografische markt waartoe LZB en FRZ behoren.
48. ACM acht de wijzigingen van de feitelijke marktomstandigheden (ieder afzonderlijk en in hun onderlinge samenhang) niet zodanig substantieel dat die leiden tot een wezenlijke wijziging van het eerder geconstateerde mededingingsprobleem en op zichzelf een opheffing van het prijsplafond rechtvaardigen. Hierna wordt besproken in hoeverre de gewijzigde feitelijke marktomstandigheden in combinatie met de wijzigingen in het zorgstelsel en de rol van de zorgverzekeraar mogelijk tot de conclusie zouden kunnen leiden dat het mededingingsprobleem wezenlijk is gewijzigd en het prijsplafond kan worden opgeheven.

5.2.2 Wijzigingen na 2009 in de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars in Zeeland

5.2.2.1 Inleiding

49. Hierboven zijn de wijzigingen in de feitelijke regionale marktomstandigheden besproken ten aanzien van het aanbod van ziekenhuiszorg. De beoordeling van ACM van de marktomstandigheden en de gevolgen daarvan op een prijsrisico kan echter niet los worden gezien van de wijze waarop de zorgverzekeraars hun inkooprol in die omstandigheden kunnen vervullen. Zorgverzekeraars onderhandelen immers met ziekenhuizen over de prijs van de ingekochte zorg. De context waarbinnen zij dat doen kan van invloed zijn op hun onderhandelingspositie. In dit hoofdstuk wordt daarom ingegaan op veranderingen in de mogelijkheden en prikkels die zorgverzekeraars, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, hebben om, gezien de feitelijke marktomstandigheden, in het belang van de verzekerden ziekenhuiszorg in te kopen. Compenserende afnemersmacht van de zorgverzekeraar zou een sterke marktpositie van het ADRZ kunnen nuanceren.

5.2.2.2 Zienswijze ADRZ

Besluit Openbaar

50. ADRZ heeft enkele opmerkingen gemaakt over de wijze van functioneren van zorgverzekeraars, zoals in de punten 12 en 16 vermeld. Verder verwijst het ADRZ naar hetgeen ACM in de besluiten van 2 november 2012 heeft opgemerkt over de rol van de zorgverzekeraar (zie punt 15).

5.2.2.3 Veranderingen in de mogelijkheden en prikkels van zorgverzekeraars als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving

51. Het loont zorgverzekeraars als gevolg van systeemwijzigingen per 1 januari 2012 meer dan voorheen om scherp in te kopen. Dit is met name een gevolg van de uitbreiding van het B-segment, waardoor het grootste deel van de tarieven van het ziekenhuis vrij onderhandelbaar is. Daarbij komt de afschaffing van de ex-post risicoverevening en nacalculatie waardoor zorgverzekeraars de financiële gevolgen van hun inkoopbeslissingen in grotere mate zelf zullen dragen.

52. De drie concentratiebesluiten van ACM van 2 november 2012³⁴ (hierna: de concentratiebesluiten uit 2012) waarnaar het ADRZ verwijst, gaan uitgebreid in op de rol, de prikkels en mogelijkheden van zorgverzekeraars om in het belang van hun verzekerden zorg in te kopen en de gevolgen daarvan voor de compenserende afnemersmacht ten opzichte van die fusieziekenhuizen.³⁵

53. In de concentratiebesluiten uit 2012 acht ACM het, mede gezien de specifieke marktomstandigheden en gezien de gemotiveerde, stellige en unaniem positieve inschatting van de zorgverzekeraars, mogelijk dat zij over meer disciplineringsmogelijkheden beschikken dan ACM op grond van historische patiëntstromen zou inschatten. Dit houdt niet in, zoals het ADRZ lijkt te suggereren, dat ACM in de concentratiebesluiten uit 2012 een ongeclausuleerd vertrouwen heeft uitgesproken in de door de zorgverzekeraars naar voren gebrachte opvattingen zodat geen waarde meer hoeft te worden toegekend aan de feitelijke marktomstandigheden of dat de opvattingen van zorgverzekeraars niet meer beoordeeld hoeven te worden. ACM beoordeelt de mogelijkheden van de zorgverzekeraar in samenhang met de feitelijke marktomstandigheden. De zienswijze van de zorgverzekeraar inzake de beoordeling van een prijsrisico is uiteraard wel bijzonder relevant. Zij kennen de markt, zij kennen hun eigen mogelijkheden en onmogelijkheden en zij ondervinden, met name in het geval van een positieve inschatting van disciplineringsmogelijkheden, hinder van verkeerde inschattingen.

³⁴ In de zaken 7236/Orbis-Atrium, 7332/ Spaarne Ziekenhuis-Kennemer Gasthuis, 7295/ Tweesteden Ziekenhuis-St.Elisabeth Ziekenhuis.

³⁵ Voor een uitvoerige beschrijving wordt verwezen naar de genoemde besluiten uit 2012.

Besluit Openbaar

17/23

5.2.2.4 Zienswijze zorgverzekeraars

54. Hieronder wordt ingegaan op de zienswijzen van zorgverzekeraars met betrekking tot de door hen ingeschatte disciplineringsmogelijkheden ten opzichte van het ADRZ in het licht van de specifieke context.³⁶
55. Ten aanzien van de concrete specifieke lokale marktomstandigheden geven de zorgverzekeraars aan dat de alternatieve ziekenhuizen meer dan in andere regio's in Nederland op afstand liggen en dat dit het verleggen van patiëntstromen 'commercieel spannend' maakt. In dit kader geven CZ en Achmea aan, sterker dan zorgverzekeraars tijdens de beoordeling van de fusie in 2009 aangaven, dat in vergelijking met andere regio's verzekerden in Zeeland moeilijk naar andere ziekenhuizen te bewegen zijn. Dit kan, aldus de zorgverzekeraars, te maken hebben met de aard van de Zeeuwen, maar ook met de geografische ligging ten opzichte van andere ziekenhuizen en de infrastructuur (Westerscheldetunnel). Volgens CZ heeft zij in andere regio's niet zozeer zelf patiënten naar andere ziekenhuizen hoeven te bewegen, maar ziet zij dat patiënten zelf in de randen van een werkgebied van een ziekenhuis meer voor andere ziekenhuizen kiezen.
56. De zorgverzekeraars verschillen in hun inschatting van het mededingingsrisico van een prijsstijging bij het ADRZ. CZ schat met stelligheid in dat, gezien de perifere ligging en de beperkte reisbereidheid van de bevolking, voor het ADRZ het risico op een prijsstijging aanwezig is en dat een prijsplafond op dit moment nog noodzakelijk is.³⁷ Achmea geeft aan dat het prijsrisico sinds 2009 in essentie niet echt is veranderd. Achmea signaleert voorts verschillende aspecten die disciplineren in de onderhavige situatie bemoeilijken. VGZ noemt enkele aspecten, zoals de excentrische ligging van het ADRZ, die disciplineren van het ziekenhuis bemoeilijken en zij geeft aan dat het prijsplafond lijkt te helpen. Tegelijk schat VGZ uiteindelijk in dat het prijsrisico waarschijnlijk is afgenomen doordat zij nu scherper onderhandelt en denkt zij ook zonder prijsplafond tot een bevredigend onderhandelingsresultaat te kunnen komen.
57. Achmea en VGZ schatten het risico op een prijsstijging bij het ADRZ vanwege de excentrische ligging groter in dan bij de fusies tussen de ziekenhuizen in Haarlem/Hoofddorp, Limburg en Tilburg. Daarbij voelen alle zorgverzekeraars gezien de ligging van het ADRZ en in het licht van hun zorgplicht ook een extra verantwoordelijkheid om een ziekenhuis in deze regio te behouden.

³⁶ Inkoop aandelen van de zorgverzekeraars in het ADRZ zijn: CZ circa 60%, 10%-20% voor VGZ en 10%-20% voor Achmea.

³⁷ In deze zaak is CZ twee maal geraadpleegd. De visie van CZ die hier wordt weergegeven is gebaseerd op de tweede raadpleging. Dit is het huidige standpunt van CZ, dat is gebaseerd op meer recente ervaringen. Bij de eerste raadpleging was CZ minder uitgesproken en hield nog rekening met de mogelijkheid dat zij in staat zou zijn om, als dat nodig zou zijn, patiënten in voldoende mate te bewegen om voor andere aanbieders te kiezen.

Besluit Openbaar

18/23

58. Ook brengen zorgverzekeraars naar voren dat het prijsplafond lijkt te werken omdat het prijsniveau nu lager is dan vóór het bestaan van het prijsplafond. CZ verwacht ook een prijsstijging wanneer het prijsplafond wordt losgelaten. CZ stelt dan ook dat zij het prijsplafond op dit moment noodzakelijk acht. Het prijsrisico zou volgens CZ kleiner kunnen worden wanneer er een structurele verandering optreedt in de verdeling van zorg en volumes tussen ADRZ en andere aanbieders waarbij ook de eerstelijns andere verwijspatronen hanteert. Een dergelijke structurele verandering zou het gevolg van een meerjarenafpraak tussen CZ en het ADRZ kunnen zijn.³⁸

5.2.2.5 Zienswijze overige partijen ten aanzien van de rol van zorgverzekeraars

59. ZorgSaam gaat er enerzijds vanuit dat de zorgverzekeraars het ADRZ kunnen disciplineren. ZorgSaam vermoedt dan ook dat er geen noodzaak (meer) is voor een prijsplafond. Anderzijds merkt ZorgSaam op het niet duidelijk te vinden welke rol de zorgverzekeraars nu naar het ADRZ spelen. De zorgverzekeraars zouden ervoor moeten zorgen dat het ADRZ haar zaken goed op orde krijgt. Het LZB geeft aan dat zorgverzekeraars actiever zijn geworden, dat de reisbereidheid van patiënten groter is en de concurrentie enigszins is toegenomen. Daardoor vermoedt LZB dat het ADRZ zich geen monopolistisch gedrag zal kunnen permitteren. LZB vermoedt daarom dat er geen noodzaak zal zijn voor handhaving van het prijsplafond.

60. De patiëntenvereniging Klaverblad geeft aan de meerwaarde van het prijsplafond niet te zien, maar tegelijkertijd te verwachten dat het ADRZ strategisch gedrag zal vertonen wanneer het prijsplafond wordt losgelaten. Er is weinig speelruimte voor de zorgverzekeraar, omdat de bereikbaarheid van de zorg in gevaar is, wanneer het ADRZ om zou vallen. Het ADRZ heeft in die zin een unieke positie. De zorgverzekeraar zou het ADRZ desalniettemin moeten kunnen disciplineren, namelijk door lagere prijzen voor te stellen voor winstgevendende behandelingen waarvoor patiënten bereid zijn te reizen, aldus de patiëntenvereniging.

5.2.2.6 Beoordeling ACM in onderhavige situatie

61. In lijn met de concentratiebesluiten uit 2012 en gezien de beschreven veranderende prikkels en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen bestaat de mogelijkheid dat ACM nu, en anders dan in 2009, op grond van overtuigende argumentatie van zorgverzekeraars, en gegeven de specifieke actuele marktomstandigheden in Midden-Zeeland, zou constateren dat zorgverzekeraars, wanneer dat nodig zou zijn, jegens het ADRZ sterker disciplinerend zouden kunnen optreden. Het is in dit licht dus van belang om te onderzoeken of de betreffende zorgverzekeraars gezien de huidige specifieke omstandigheden in Midden-Zeeland en gezien gewijzigde prikkels en mogelijkheden na 2012 in staat zijn om het ADRZ op prijs te disciplineren.

62. Uit de specifieke feitelijke marktomstandigheden en de zienswijze van de verschillende marktpartijen constateert ACM dat het niet aannemelijk is dat zorgverzekeraars het

³⁸ CZ is voornemens via meerjarenafspraken te komen tot een herschikking van het zorgaanbod.

Besluit Openbaar

19/23

ADRZ, mocht dat nodig zijn, kunnen disciplineren. Hoewel de zorgverzekeraars ook optimistische inschattingen van hun disciplineringsmogelijkheden laten horen, zijn de zorgverzekeraars, mede als gevolg van de perifere ligging van het ADRZ en het gebrek aan alternatieven in Midden-Zeeland op zijn minst ambivalent in hun inschattingen van de disciplineringsmogelijkheden. De grootste zorgverzekeraar, CZ, is zelfs heel voorzichtig over haar disciplineringsmogelijkheden en ook voorzichtiger dan tijdens de beoordeling in 2008/2009. De zorgverzekeraars delen nu dan ook meer de inschatting van de ACM van het prijsrisico in 2008/2009 dan zij destijds deden.

63. Het ADRZ heeft nog opgemerkt dat zij in de jaren 2009 tot en met 2012 onder de gemiddelde landelijke tarieven is gebleven en aldus heeft voldaan aan het prijsplafond. Daarmee zou volgens het ADRZ tevens zijn aangetoond dat de zorgverzekeraars in staat zijn gebleven het ADRZ voldoende te disciplineren. Gelet op de constatering van ACM in het vorige punt is het echter niet aannemelijk dat zorgverzekeraars in staat zijn het ADRZ voldoende te disciplineren wanneer het prijsplafond wordt losgelaten.

5.2.2.7 Tussenconclusie over wijzigingen na 2009 in de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars in Zeeland

64. Anders dan het ADRZ stelt is de situatie van het ADRZ niet één op één vergelijkbaar met de situatie van de ziekenhuizen in de concentratiebesluiten van 2012. ACM constateert dat zorgverzekeraars in casu ambivalent en onzeker zijn over hun disciplineringsmogelijkheden ten aanzien van het ADRZ. Zorgverzekeraars hebben deze ambivalentie en onzekerheid ook gemotiveerd. In het licht van de geconstateerde beperkt gewijzigde feitelijke marktomstandigheden (zie paragraaf 5.2.1.6) concludeert ACM dat de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars te onzeker is om het prijsrisico voldoende te relativeren.

5.2.3 Tussenconclusie over gewijzigde marktomstandigheden en noodzakelijkheid prijsplafond

65. ACM concludeert dat de relatief beperkte verandering van de feitelijke situatie in Midden-Zeeland in combinatie met de onzekerheid van zorgverzekeraars over hun disciplineringsmogelijkheden de stevige positie van het ADRZ, zoals vastgesteld in het besluit van 25 maart 2009, onvoldoende relativeert en dat dit onvoldoende grond biedt om van een wezenlijke wijziging van het mededingingsprobleem te kunnen spreken. Gelet hierop is het prijsrisico nog altijd aanwezig en dient het prijsplafond gehandhaafd te blijven.

5.3 Beoordeling van de belasting van het prijsplafond

5.3.1 Inleiding

66. Zoals beschreven in paragraaf 4 kan, ook als een prijsrisico aanwezig is, sprake zijn van een onredelijke belasting door het prijsplafond. Van een onredelijke belasting door een voorschrift kan sprake zijn indien het voorschrift op de middellange termijn tot een

Besluit Openbaar

structureel negatief bedrijfsresultaat zal leiden. In casu zou ook van een onredelijke belasting sprake kunnen zijn indien het voorschrift in de praktijk onuitvoerbaar is.

67. De NZa is destijds in een adviserende rol nauw betrokken geweest bij de formulering³⁹ van het door het ADRZ aangeboden prijsplafond, dat als voorschrift aan de vergunning is verbonden. Ook bij de jaarlijkse afgifte door ACM van het prijsplafond voor het volgende jaar speelt de NZa een belangrijke rol; evenals bij de controle van de jaarlijkse afrekening. Ook bij de beoordeling van onderhavig wijzigingsverzoek is de NZa betrokken en heeft zij een zienswijze gegeven.

5.3.2 Zienswijze ADRZ

68. Het ADRZ betoogt dat de uitbreiding van het B-segment, de moeilijkheid om locatiegebonden kosten vergoed te krijgen, het gebruik van een lumpsumsystematiek door sommige zorgverzekeraars en de onzekerheid in de bedrijfsvoering het prijsplafond onredelijk belastend maken (zie de punten 12 tot en met 14).

5.3.3 Zienswijze zorgverzekeraars

69. De zorgverzekeraars geven aan nooit signalen vanuit het ADRZ te hebben ontvangen dat het prijsplafond een belemmering vormt voor het ADRZ om gewenste investeringen te kunnen doen. De grootste zorgverzekeraar in deze regio, CZ, geeft aan dat wanneer het gewenste kwaliteitsniveau van het ADRZ in gevaar zou komen omdat het ADRZ niet kan investeren als gevolg van het prijsplafond, CZ aan ACM zou verzoeken om meer ruimte in het prijsplafond te geven. Volgens CZ zou dit op dit moment echter geen realistische vraag zijn. Het ADRZ heeft een positief resultaat en de eerdere financiële problemen waren meer het gevolg van hoge kosten dan van te lage inkomsten.
70. Enkel ten aanzien van de administratieve belasting geeft Achmea aan dat het ADRZ hier een keer in een overleg over heeft gesproken. Achmea geeft ook aan dat een administratieve belasting geen reden is om het prijsplafond op te heffen. CZ en VGZ, de grootste zorgverzekeraars in deze regio, geven aan dat het ADRZ over de administratieve belasting nooit met hen heeft gesproken.

5.3.4 Zienswijze NZa

71. Volgens de NZa zijn de uitbreiding van het B-segment en het gebruik van een lumpsumsystematiek door sommige zorgverzekeraars geen reden om de systematiek van het prijsplafond aan te passen.
72. De uitbreiding van het B-segment doet niets af aan de juistheid van de systematiek van het prijsplafond. Doordat een groter deel van de omzet vrij onderhandelbaar wordt, wordt het prijsrisico voor zorgverzekeraars en patiënten juist groter en blijft het prijsplafond,

³⁹ Met name de gebruikte rekentechniek.

Besluit Openbaar

aldus de NZa, relevant.

73. De NZa kan zich niet vinden in de stelling van partijen dat als gevolg van de lumpsumsystematiek geen reële vergelijking meer mogelijk is met de landelijk gemiddelde prijs. Ook binnen de lumpsumsystematiek, gehanteerd door een aantal zorgverzekeraars, komt in feite een gemiddelde prijs tot stand; de lumpsum gedeeld door de productie.

5.3.5 Beoordeling ACM

74. Uit de zienswijze van de NZa en de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt niet dat het prijsplafond in de uitvoering onredelijk belastend zou zijn of dat de hoogte van het prijsplafond belemmerend is voor een positief bedrijfsresultaat van het ADRZ.
75. Ten aanzien van de vraag of de hoogte van het prijsplafond onredelijk belemmerend werkt constateert ACM ten eerste dat voor zover dit het gevolg is van de uitbreiding van het B-segment of van noodzakelijke investeringen er geen sprake is van gewijzigde omstandigheden. Ten tijde van het besluit was bekend dat ADRZ bepaalde investeringen zou moeten doen en werd rekening gehouden met de mogelijkheid dat het B-segment zou worden uitgebreid.
76. Voorts onderbouwt het ADRZ onvoldoende in welke mate het prijsplafond knellend zou werken als gevolg van de lokale omstandigheden. Het ADRZ betoogt dat zij op deelgebieden hogere kosten moet maken dan een gemiddeld ziekenhuis in Nederland. Zo stelt het ADRZ dat zij relatief hoge kosten moet maken voor het in stand houden van een SEH op twee plaatsen. Dit geldt ook voor de beschikbaarheid van een IC level II. Dit zijn, aldus het ADRZ, relatief dure voorzieningen voor een ziekenhuis met de omvang van het ADRZ. Het ADRZ onderbouwt desgevraagd echter niet waarom dergelijke investeringen niet binnen het prijsplafond gedaan kunnen worden. Verschillende ziekenhuizen zullen verschillende 'plussen en minnen' hebben in hun exploitatie. De vraag is hier of de totale kosten redelijkerwijs gedragen kunnen worden door de inkomsten binnen de ruimte die het prijsplafond biedt.
77. Opvallend is dat het ADRZ zelf verwacht *'dat de ziekenhuizen [andere ziekenhuizen in Nederland] gemiddeld identieke problemen hebben met het realiseren van deze trends en dat wij [het ADRZ] daarom aan de veilige kant van het prijsplafond kunnen blijven'*⁴⁰. Dit impliceert dat het ADRZ qua totale kostenontwikkeling geen uitzonderlijke positie inneemt en dus mee kan in de landelijke prijsontwikkeling zoals die in het prijsplafond is verwerkt.
78. Dit wordt bevestigd door de zorgverzekeraars. Zij worden gezien hun zorgplicht geacht een prikkel te hebben om samen met het ADRZ voor meer financiële ruimte te pleiten wanneer de bestaande ruimte een wenselijk kwaliteitsniveau, zoals een SEH op twee

21/23

⁴⁰ Zie brief Nysingh advocaten-notarissen, 16 oktober 2013, referentie 208226/2013/0172

Besluit Openbaar

22/23

locaties en een IC op level II, onmogelijk zou maken. Zorgverzekeraars geven echter aan dat volgens hen het prijsplafond geen belemmering vormt voor het doen van de noodzakelijke investeringen.

79. Op grond van de systematiek van het prijsplafond en de beschikbaarheid van het NZa-rekenmodel acht ACM ook ten aanzien van de administratieve uitvoering een gezond, planbaar en voorzienbaar financieel beleid goed mogelijk.⁴¹ ACM heeft het ADRZ bij de eerste definitieve afrekening van het prijsplafond in 2012 over het jaar 2010, laten weten het terecht te vinden dat bij die afrekening geen toepassing was gegeven aan punt 7 van de voorschriften (zie punt 13), aangezien het ADRZ achteraf niet gehouden kan worden aan prijsontwikkelingen waarop zij geen invloed heeft. ACM heeft bij die gelegenheid voorgesteld om in de komende jaren de afrekening van het prijsplafond op dezelfde wijze, dus zonder toepassing van punt 7, te laten plaatsvinden. De enige onzekerheid die het ADRZ in acht moet nemen is gelegen in de mogelijkheid dat het Nederlands gemiddelde prijsniveau in een jaar kan dalen. Het ADRZ wordt voor dat jaar dan nog gehouden aan het (geïndexeerde) prijsniveau uit het verleden maar dient er rekening mee te houden dat het prijsplafond het jaar daarop lager kan liggen, weer op basis van de prijsbeweging van het jaar daarvoor. Dit is echter een risico waar ook ziekenhuizen mee te maken hebben die volledig vrij zijn in hun prijsniveau. Ook zij kunnen door de markt gehouden zijn aan een lagere marktprijs. Ziekenhuizen kunnen dit inschatten door rekening te houden met landelijke trends als afspraken in convenanten en algemene prijsontwikkelingscijfers.
80. Al met al is dus niet aannemelijk dat het voorschrift in de praktijk onuitvoerbaar is of de financiële beperkingen als gevolg van het prijsplafond zodanig zijn dat dit op de middellange termijn tot een structureel negatief bedrijfsresultaat zal leiden en aldus van een onredelijke belasting gesproken kan worden.

5.3.6 Tussenconclusie over de belasting van het prijsplafond

81. ACM acht het mede op basis van de informatie van de NZa en de zorgverzekeraars niet aannemelijk dat als gevolg van gewijzigde omstandigheden het prijsplafond (systematiek en/of de hoogte daarvan) in de praktijk onuitvoerbaar is of op de middellange termijn tot een structureel negatief bedrijfsresultaat voor het ADRZ zal leiden. ACM concludeert dan ook dat er geen sprake is van een onredelijke belasting en dat het prijsplafond in zijn huidige vorm kan worden voortgezet.

⁴¹ ACM merkt tevens op dat ook op basis van signalen van het ADRZ zelf niet blijkt dat het prijsplafond belemmerend werkt voor een gezonde bedrijfsvoering. Het ADRZ blijkt het rekenmodel van de NZa bijvoorbeeld enkel achteraf (jaar t+2) toe te passen en gedurende de onderhandelingen en het productiejaar op basis van eigen inschattingen te koersen op een prijsstelling beneden het Nederlands gemiddelde. Deze onzekerheid zou zij zelf kunnen wegnemen door het aangereikte NZa-rekenmodel te hanteren.

**Besluit
Openbaar**

6 Conclusie

82. Gelet op het bovenstaande is het niet aannemelijk dat de ontwikkeling sinds 2009 van de feitelijke (markt)omstandigheden en/of van de daarmee samenhangende disciplineringsmogelijkheden van de zorgverzekeraars het in 2009 geconstateerde prijsrisico zodanig nuanceert dat een prijsplafond niet meer noodzakelijk is. Het ADRZ heeft voorts onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het prijsplafond, als zodanig en ook gezien in relatie tot het prijsrisico, onredelijk belastend is. Ook op grond van het onderzoek van ACM is het niet aannemelijk dat het prijsplafond een onredelijke belasting oplevert. Het is volgens ACM dan ook niet onredelijk om het ADRZ aan het geldende prijsplafond te houden.
83. Gelet op het bovenstaande wijst ACM het verzoek van het ADRZ tot wijziging van de vergunning af.

Den Haag, 23 oktober 2014

Autoriteit Consument en Markt
namens deze,

w.g. mr. C.A. Fonteijn
bestuursvoorzitter

23/23