

**Besluit
Openbare versie**

Ons kenmerk: ACM/DM/2013/206577_OV

Zaaknummer: 13.0758.24

Besluit van het Bestuur van de Autoriteit Consument en Markt als bedoeld in artikel 41 van de Mededingingswet.

Betreft: Zaak 13.0758.24 / Vergunningsaanvraag Bronovo – Medisch Centrum Haaglanden

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

Besluit
Openbare versie

INHOUDSOPGAVE

I.	DE PROCEDURE	3
II.	PARTIJEN	4
III.	DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE TEN AANZIEN WAARVAN DE AANVRAAG OM VERGUNNING IS INGEDIEND	4
IV.	TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT	5
V.	BEOORDELING	5
V.1	MARKTAFBAKENING	5
V.1.1	Productmarkt	5
V.1.2	Geografische markt	6
V.2	BEOORDELING VAN DE GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE VOOR KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE ALGEMENE ZIEKENHUISZORG	6
V.2.1	Standpunten partijen	7
V.2.3	Zorgverzekeraars	8
V.2.4	Patiëntenadviesraden	16
V.2.5	Beoordeling gevolgen van de concentratie	16
VI.	CONCLUSIE	19
	Bijlage 1: Kaart ligging ziekenhuizen regio Den Haag	20

Besluit

Openbare versie

I. DE PROCEDURE

1. Op 24 juli 2013 heeft de Raad van Bestuur van de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat Stichting Bronovo-Nebo (hierna: Bronovo) en Stichting Medisch Centrum Haaglanden (hierna: MCH) voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. Op 6 september 2013 is door ACM besloten dat voor deze concentratie een vergunning is vereist.¹ Van dit besluit is mededeling gedaan in Staatscourant 26069 van 20 september 2013.

2. Op 12 september 2013 is van Bronovo en MCH (hierna tezamen: partijen) de aanvraag om een vergunning ontvangen. Hierin hebben partijen hun zienswijze gegeven op de disciplineringsmogelijkheden van zorgverzekeraars, de reisbereidheid van patiënten en de redenen die spelen bij het voornemen van partijen om te fuseren. Van de aanvraag om een vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 26585 van 23 september 2013.

3. ACM heeft een zienswijze ontvangen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ). De IGZ ziet geen reden om te veronderstellen dat de veiligheid van de patiëntenzorg in de huidige situatie bij beide organisaties in het geding is. De IGZ benadrukt in haar zienswijze het retrospectieve karakter van haar bevindingen; deze zijn gebaseerd op kwaliteitsinformatie of toezichtbezoeken uit het verleden (2011 tot nu). Een prospectieve uitspraak door de IGZ over de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg als gevolg van de fusie is volgens haar niet mogelijk.

4. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft in de vergunningsfase geen zienswijze afgegeven.

5. Na ontvangst van de aanvraag om vergunning is door ACM nader onderzoek verricht naar (i) de mogelijkheden van zorgverzekeraars om partijen na de voorgenomen concentratie te disciplineren, (ii) de redenen waarom over deze disciplineringsmogelijkheden verschillend wordt gedacht door zorgverzekeraars, (iii) welke veranderingen de fusie teweeg zal brengen in de relatie tussen zorgaanbieders in de regio Den Haag en (iv) welke bestaande en potentiële concurrentiedruk uitgaat van Bronovo op MCH, ook gelet op de mogelijkheid dat als gevolg van huidige en toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsnormen Bronovo niet meer aan deze normen kan voldoen. ACM heeft in het kader van het onderzoek in de vergunningsfase met alle betrokken zorgverzekeraars, met het HagaZiekenhuis (hierna tezamen met de Reinier de Graaf Groep, Haga-RdGG) alsmede met de patiëntenraden van Bronovo en van MCH gesprekken gevoerd.

¹ Besluit van 6 september in zaak 13.0512.22 /Fusiemelding Bronovo – Medisch Centrum Haaglanden (hierna: het Meldingsbesluit).

Besluit

Openbare versie

II. PARTIJEN

6. Bronovo is een stichting naar Nederlands recht. Bronovo biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan vanuit het Bronovo Ziekenhuis en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg vanuit haar polikliniek. Zowel het Bronovo Ziekenhuis als de polikliniek zijn gelegen in Den Haag. Daarnaast beheert Bronovo het verpleeghuis Nebo (psychogeriatrische en somatische verpleeghuiszorg) en gezondheidscentrum Wassenaar.^{2,3}

7. MCH is een stichting naar Nederlands recht. MCH biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topklinische ziekenhuiszorg aan op twee locaties: MCH Westeinde in Den Haag en MCH Antoniushove in Leidschendam-Voorburg. Daarnaast biedt MCH niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan vanuit haar twee poliklinieken in Den Haag en Monster. MCH is tevens een opleidingsziekenhuis.

III. DE VOORGENOMEN CONCENTRATIE TEN AANZIEN WAARVAN DE AANVRAAG OM VERGUNNING IS INGEDIEND

8. De gemelde operatie betreft het voornemen van Bronovo en MCH om een concentratie tot stand te brengen door het oprichten van een holdingstichting (met voorlopige werknaam "Holdingstichting Bronovo-Nebo/Medisch Centrum Haaglanden"). De holdingstichting zal een raad van bestuur en een raad van toezicht hebben. De raad van bestuur van de holdingstichting zal als enig bestuurder plaatsnemen in de raad van bestuur van Bronovo en in de raad van bestuur van MCH. De raad van toezicht van de holdingstichting zal toezicht houden op de raad van bestuur van de holdingstichting, alsmede op de raden van bestuur van Bronovo en MCH.⁴

² Gezondheidscentrum Wassenaar is gelegen in de gemeente Wassenaar en biedt onder andere huisartsenzorg, fysio- en ergotherapie, logopedie en bloedprikken. Daarnaast is er voor vrijwel alle specialismen van Bronovo een wekelijks spreekuur.

³ Gelet op de beperkte omvang van Bronovo op het gebied van verpleeghuiszorg en het gezondheidscentrum is in het Meldingsbesluit reeds aangegeven dat het niet aannemelijk is dat deze activiteiten in relatie tot de activiteiten van MCH, leiden tot een significante beperking van de mededinging.

⁴ Concept akte van oprichting holdingstichting Bronovo-Nebo/Medisch Centrum Haaglanden, d.d. 9 september 2013; concept akte van statutenwijziging Stichting Bronovo-Nebo, d.d. 9 september 2013; concept akte van statutenwijziging Stichting Medisch Centrum Haaglanden, d.d. 9 september 2013.

Besluit

Openbare versie

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIE TOEZICHT

9. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De hierboven onder punt 8 omschreven transactie leidt er toe dat twee van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.

10. De betrokken ondernemingen bij de gemelde concentratie zijn Bronovo en MCH.

11. Uit de bij de melding ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.

V. BEOORDELING

12. Alvorens in te gaan op de beoordeling van de mogelijke gevolgen van onderhavige concentratie wordt hieronder eerst ingegaan op de afbakening van de relevante product- en geografische markt.

V.1 MARKTAFBAKENING

V.1.1 Productmarkt

13. Uit het onderzoek in de vergunningsfase is geen nieuwe informatie naar voren gekomen die aanleiding geeft om af te wijken van de productmarktafbakening zoals deze is beschreven in het Meldingsbesluit⁵ en die uitgaat van aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg, waarbij geen nadere onderverdeling is gemaakt naar specialismen.⁶

⁵ Zie het Meldingsbesluit, punt 20.

⁶ In het Meldingsbesluit is daarnaast uitgegaan van aparte productmarkten voor topreferente en topklinische zorg. ACM is reeds in het Meldingsbesluit tot de conclusie gekomen dat onderhavige concentratie op deze markten niet leidt tot een significante beperking van de mededinging (zie het Meldingsbesluit punten 83 en 84). In het navolgende wordt zodoende niet meer ingegaan op deze markten.

Besluit

Openbare versie

V.1.2 Geografische markt

14. Het onderzoek in de vergunningsfase geeft eveneens geen aanleiding om af te wijken van de geografische marktafbakening zoals beschreven in het Meldingsbesluit.⁷ In het Meldingsbesluit is aangegeven dat het meest aannemelijke scenario voor de relevante geografische markt voor zowel klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg de gemeenten Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Wassenaar behelst, de gemeenten waaruit partijen het grootste deel van hun patiënten betrekken. In dit gebied ondervinden partijen concurrentiedruk van Haga-RdGG en een aantal zelfstandige behandelcentra. Aan de randen van dit gebied wordt concurrentiedruk geleverd vanuit ziekenhuizen gelegen in Leiden en omgeving, Rotterdam en omgeving, Delft en Zoetermeer.⁸ Bij de beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie wordt deze concurrentiedruk meegewogen.

V.2 BEOORDELING VAN DE GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE VOOR KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE ALGEMENE ZIEKENHUISZORG

15. In de beoordeling staat de vraag centraal of partijen als gevolg van de concentratie in staat zullen zijn in significante mate hun prijzen te verhogen of hun kwaliteit te verslechteren. Dit hangt niet alleen af van de mate waarin partijen voorafgaand aan de concentratie met elkaar concurreren en van de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen, maar ook van de mate waarin afnemers in staat zijn partijen na de fusie te disciplineren. ACM hecht in haar onderzoek daarom veel waarde aan de visies die zorgverzekeraars en cliëntenraden/patiëntenverenigingen in dit kader naar voren brengen omdat zij goed kunnen inschatten wat de voor- en nadelen van een fusie zijn en omdat zij direct nadeel ervaren van eventuele onwenselijke gevolgen van een fusie.

16. In het navolgende wordt eerst ingegaan op de standpunten van partijen en op de concurrentiedruk die partijen op elkaar en andere zorgaanbieders op hen uitoefenen. Daarna worden de disciplineringsmogelijkheden voor zorgverzekeraars en hun zienswijzen op de fusie besproken, waarbij mede zal worden ingegaan op de context waarin de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars nu plaatsvinden en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Dit wordt gevolgd met een bespreking van de visies van de patiëntenadviesraden van Bronovo en MCH. Tenslotte volgt de beoordeling van ACM over de effecten van de concentratie op de mededinging.

⁷ Zie het Meldingsbesluit, punt 49.

⁸ Het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer maakte tot eerder dit jaar deel uit van het samenwerkingsverband Coöperate A12 (hierna: A12) waarvan ook partijen deel uitmaken. Verzekeraars zien het Langeland Ziekenhuis als belangrijke concurrent voor met name het MCH op het gebied van electieve zorg.

Besluit

Openbare versie

V.2.1 Standpunten partijen

17. Partijen geven aan dat zorgverzekeraars over mogelijkheden beschikken om hun patiënten naar een voorkeursziekenhuis te sturen, bijvoorbeeld via het instrument van het eigen risico (gehele of gedeeltelijke kwijtschelding) of door de zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder niet volledig te vergoeden. Partijen zijn van mening dat er voor zorgverzekeraars voldoende uitwijkmogelijkheden en alternatieven zijn in de regio om deze instrumenten te kunnen inzetten. Partijen wijzen daarbij ook naar de in de regio aanwezige ZBC's die weliswaar ieder actief zijn op een deelgebied, maar gezamenlijk vrijwel het gehele spectrum van algemene en electieve ziekenhuiszorg aanbieden. Partijen wijzen daarnaast op de reisbereidheid van patiënten om bij andere ziekenhuizen zorg af te nemen⁹ en op onderzoek van de NZa¹⁰ waaruit zou blijken dat in situaties waar ziekenhuizen zich op relatief korte afstand van elkaar bevinden, patiënten eerder geneigd zijn om naar een ander ziekenhuis over te stappen.

V.2.2 Onderlinge concurrentiedruk en concurrentiedruk van andere zorgverleners¹¹

18. Het gezamenlijke marktaandeel van partijen na de fusie geeft een eerste indicatie van de marktmacht die partijen na de fusie zouden kunnen uitoefenen en is voor ACM daarom het startpunt van haar beoordeling. De gezamenlijke marktaandelen van partijen zijn, uitgaande van de geografische markt, zoals aangegeven in punt 14, [50-60]% voor klinische algemene ziekenhuiszorg en [40-50]% voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.¹² Haga-RdGG heeft een marktaandeel van [40-50]% op beide productmarkten.

⁹ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ), "Zorg op doorreis" (2011).

¹⁰ NZa, Marktscan medisch specialistische zorg, 2012

¹¹ Deels is de beschreven marktsituatie gebaseerd op uitkomsten van het onderzoek in de meldingsfase, daarvoor wordt verwezen naar het Meldingsbesluit.

¹² Voor het berekenen van de marktaandelen zijn gegevens over het jaar 2010 gebruikt uit de DIS-database. De marktaandelen per partij zijn voor klinische algemene ziekenhuiszorg [30-40] % voor MCH en [10-20]% voor Bronovo en voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg [30-40]% voor MCH en [10-20]% voor Bronovo.

Besluit

Openbare versie

19. Op basis van de in het Meldingsbesluit besproken uitstroompercentages¹³, de reistijdenanalyse¹⁴ en de in de meldingsfase en vergunningsfase gevoerde gesprekken¹⁵ met marktpartijen, concludeert ACM dat partijen niet elkaars meest nabije concurrent zijn, maar dat Haga-RdGG voor beide partijen de meest nabije concurrent is. Daarnaast zijn op de relevante geografische markt ZBC's actief op een groot aantal deelgebieden van de electieve zorg. Bijvoorbeeld, zorgverzekeraar CZ wijst erop dat toetreding van grote kapitaalkrachtige ZBC's voor veel dynamiek op de markt zorgt en ziekenhuizen kunnen disciplineren en noemt als voorbeeld de recente toetreding van de Bergman Clinics op het gebied van de orthopedie.

20. Aan de randen van de relevante geografische markt wordt concurrentiedruk uitgeoefend door ziekenhuizen uit de regio Leiden (Leids Universitair Medisch Centrum, Diaconessenhuis, Rijnlandziekenhuis), de regio Rotterdam (Vlietland Ziekenhuis, Erasmus Medisch Centrum, Sint Franciscus Gasthuis), Delft (Haga-RdGG) en Zoetermeer (LangeLand Ziekenhuis). Voor een overzicht van de locaties van de verschillende ziekenhuizen in de regio zie bijlage 1.

21. Indien partijen na de fusie bijvoorbeeld de kwaliteit van de door hen geleverde zorg zouden verslechteren is er in de regio Den Haag voldoende capaciteit aanwezig om patiënten van partijen op te vangen, er is zelfs sprake van overcapaciteit. Zorgverzekeraars CZ en VGZ, evenals Haga-RdGG zelf, geven ook als voorbeeld dat Haga-RdGG dit kan. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat patiënten ook naar ZBC's kunnen gaan.

V.2.3 Zorgverzekeraars

Algemeen

22. In eerdere besluiten is ACM uitgebreid ingegaan op de veranderingen die in 2012 hebben plaatsgevonden in de financierings- en bekostigingsstructuur in de ziekenhuissector, waardoor

¹³ Als wordt gekeken naar de uitstroompercentages zijn voor Bronovo MCH ([30-40]% voor klinische algemene ziekenhuiszorg en [20-30]% voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg) en Haga-RdGG ([30-40]% zowel voor klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg) de belangrijkste alternatieven, gevolgd door het LUMC ([10-20]% voor klinische en [0-10]% voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg). Voor MCH is Haga-RdGG ([40-50]% voor klinische en [50-60]% voor niet-klinische algemene ziekenhuiszorg) het belangrijkste alternatief, gevolgd door Bronovo ([10-20]% zowel voor klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg) en het LUMC ([0-10]% zowel voor klinische als niet-klinische algemene ziekenhuiszorg).

¹⁴ Uit de reistijdenanalyse blijkt dat partijen geografisch gezien in geen enkele gemeente de eerste en tweede ziekenhuislocatie voor patiënten vormen qua reistijd. Zoals in het Meldingsbesluit reeds is opgemerkt, gaat het hier om gewogen gemiddelde reistijden per gemeente.

¹⁵ Ten aanzien van de specifieke standpunten van verzekeraars over de onderlinge concurrentiedruk tussen partijen zie punten 47 tot en met 51.

Besluit

Openbare versie

zorgverzekeraars meer dan voorheen prikkels ervaren om scherp te onderhandelen met ziekenhuizen.¹⁶ In deze besluiten is ook stil gestaan bij de verschillende instrumenten die zorgverzekeraars kunnen inzetten om prijsverhogingen dan wel verslechtingen van de kwaliteit van de geleverde zorg te voorkomen. Zorgverzekeraars kunnen selectief inkopen (minder of niet contracteren), wachtlijsten creëren, positieve of negatieve financiële prikkels inzetten om ziekenhuizen te belonen dan wel te korten, (niet) meewerken aan ambities van ziekenhuizen om bepaalde behandelingen te mogen aanbieden in de toekomst en het bevoorschottingsinstrument inzetten.

23. In 2012 hebben zorgverzekeraars de eerste stappen op het gebied van selectieve inkoop gezet, in 2013 zijn zij hier mee verder gegaan. Ook de NZa merkt op dat de selectieve zorginkoop in de ziekenhuissector van de grond begint te komen en dat zorgverzekeraars zich inspannen om de zorg betaalbaar te houden.¹⁷ Voor de onderhandelingen voor het jaar 2014 valt in algemene zin op dat zorgverzekeraars meer dan het jaar daarvoor de onderhandelingen scherp ingaan.¹⁸ Waar in voorgaande jaren sprake was van groei, verwachten ziekenhuizen en ZBC's dit jaar gemiddeld geen omzetgroei.¹⁹ CZ, VGZ en Menzis geven aan dat zij afkoersen op de 1,5% groei die in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken, waarbij sommige ziekenhuizen meer krijgen en andere minder. Achmea geeft aan alleen voor een handjevol ziekenhuizen mogelijkheden te zien om te groeien.²⁰

24. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de onderhandelingen steeds beter kunnen voeren omdat zij over steeds meer informatie beschikken om ziekenhuizen op het gebied van kwaliteit en prijs met elkaar te vergelijken. Hoewel zorgverzekeraars nog steeds voornamelijk op hoofdlijnen onderhandelen, bijvoorbeeld aan de hand van omzetplafonds voor het hele ziekenhuis, wordt er ook steeds nadrukkelijker gekeken naar prijzen op DOT-niveau.²¹

¹⁶ Zie het besluit van 2 november 2012 in zaak 7295/*TweeSteden Ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis*, het besluit van 2 november 2012 in zaak 7332/*Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis*, het besluit van 2 november 2012 in zaak 7236/*Atrium – Orbis*, en het besluit van 30 september 2013 in de zaak 13.0438.24/*Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis*.

¹⁷ NZa, marktscan medisch specialistische zorg (2013),

http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_en_beleidsbrief_Zorgverzekeringsmarkt_2013.pdf.

¹⁸ Zie ook de brandbrief die de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en de Top Klinische Ziekenhuizen naar de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben gestuurd:

<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/9/Ziekenhuizen-sturen-brandbrief-over-zorginkoop-1371579W/> en

<http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/nieuwsbericht/136973/zorgverzekeraars-knijpen-ziekenhuizen-af.htm>

¹⁹ <http://www.headonline.nl/kennis/financiele-zorgthermometer>

²⁰ <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2013/11/Achmea-Groei-voor-handjevol-ziekenhuizen-1409278W/>

²¹ DOT: Diagnosebehandelcombinatie (DBC) Op weg naar Transparantie.

Besluit

Openbare versie

25. Er dient wel te worden opgemerkt dat er nog zeer beperkt inzicht is in de effecten van fusies tussen ziekenhuizen op de hoogte van de prijs aan de hand waarvan vastgesteld kan worden of een toename in marktmacht ook tot hogere prijzen leidt. Ook is er nog maar een zeer beperkt aantal concrete voorbeelden van hoe verzekeraars in de praktijk omgaan met ziekenhuizen die, al dan niet als gevolg van een fusie, hogere prijzen vragen, bijvoorbeeld door het instrument van selectieve inkoop in te zetten of door zorg actief te verschuiven naar ZBC's.

26. De markt is daarbij nog steeds in transitie. Er zijn nog steeds ontwikkelingen gaande die in de nabije toekomst de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen kunnen veranderen. Op 1 januari 2015 bijvoorbeeld zullen de tot nu toe gereguleerde honorarium tarieven voor medisch specialisten naar alle waarschijnlijkheid vrijgegeven worden waardoor de mogelijkheden van ziekenhuizen en verzekeraars om met elkaar op prijs te onderhandelen verder worden uitgebreid. Ook is een wetswijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in behandeling²² welke de intentie heeft om de ruimte te vergroten voor zorgverzekeraars om zelf de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vast te stellen. In het huidige artikel 13 Zvw is nu nog opgenomen dat een vergoeding voor een behandeling van een door een verzekeraar niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet dusdanig laag mag zijn dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor een patiënt om zorg af te nemen bij deze zorgaanbieder.²³

27. ACM acht het op basis van het bovenstaande voldoende aannemelijk dat zorgverzekeraars ook in de komende jaren prikkels ervaren om scherp in te kopen en in principe steeds beter in staat zullen zijn om de onderhandelingen met ziekenhuizen goed te kunnen voeren.

Inbreng van zorgverzekeraars

28. In het Meldingsbesluit is aangegeven dat zorgverzekeraars verschillend denken over hun mogelijkheden om de ziekenhuizen na de fusie te kunnen disciplineren. Achmea en DSW zagen risico's als gevolg van de fusie en verwachtten dat hun onderhandelingspositie zou verslechteren na

²² Op dit moment ligt er een wetsvoorstel van de Minister van VWS bij de Tweede Kamer om dit artikel te wijzigen en verzekeraars meer vrijheid te geven om de door hen gewenste vergoeding zelf te bepalen (Tweede kamer, vergaderjaar 2011-2012, 33 362).

²³ Door een recente gerechtelijke uitspraak is er onduidelijkheid over de toegestane vergoedingshoogte voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg ontstaan. Het Hof oordeelde dat in casu een vergoeding van 50% voor verzekerden een hinderpaal vormde om gebruik te maken van de diensten van een door de betreffende zorgverzekeraar niet-gecontracteerde GGZ-zorgaanbieder. (Gerechtshof 's-Hertogenbosch 9 juli 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:2971). Zoals reeds aangegeven in het besluit in de zaak 13.0438.24/ *Stichting Lievensberg Ziekenhuis – Stichting St. Franciscus Ziekenhuis*, reeds aangehaald, punt 67, ziet ACM op dit moment geen reden om aan te nemen dat de beperking als gevolg van de uitspraak van het Hof dusdanig is dat zorgverzekeraars in het geheel geen mogelijkheden meer hebben om scherp in te kopen.

Besluit

Openbare versie

de fusie, terwijl CZ, Menzis, VGZ en Zorg en Zekerheid aangaven geen nadelen van de fusie te zien en te verwachtten dat zij in staat zullen blijven om goed te onderhandelen met partijen.

29. In de vergunningsfase heeft ACM nader onderzocht op welke concrete aspecten de zes bevraagde zorgverzekeraars van mening verschillen. De zorgverzekeraars hebben hierbij aangegeven dat zij het niet vreemd vinden dat zij onderling van mening verschillen over de te verwachten effecten van de fusie. De zorgverzekeraars geven aan dat zij elk een eigen inschatting maken van hun mogelijkheden om ziekenhuizen na de fusie te disciplineren, welke mede gebaseerd is op de eigen huidige ervaringen op het gebied van inkoop en het vertrouwen in hun inkoopinstrumentarium.

30. Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars blijkt dat de afwijkende meningen van de verzekeraars over het verwachte effect van de fusie niet zozeer ligt in de inschatting van het wel of niet optreden van korte-termijn-voordelen die met de fusie gerealiseerd kunnen worden. Hier zijn alle verzekeraars het op hoofdlijnen met elkaar over eens. Verzekeraars zien met name voordelen op het gebied van concentratie van hoog complexe zorg en complexe acute zorg. Verzekeraars geven allen aan dat een fusie hier niet noodzakelijk voor is en denken dat zij deze voordelen op lange termijn via selectieve inkoop ook zouden kunnen realiseren, maar geven tegelijkertijd aan dat deze stappen met een fusie veel sneller te maken zijn. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat een bestuurlijke fusie noodzakelijk kan zijn om grip te houden op de ziekenhuizen omdat een aantal maatschappen van de twee ziekenhuizen al met elkaar samenwerkt.

31. Zorgverzekeraars verschillen wel van mening over de mogelijke nadelen die verbonden zijn aan de fusie. Hieronder worden aan de hand van een drietal punten, te weten (i) de disciplineringsmogelijkheden, (ii) het verloop van de onderhandelingen en (iii) de concurrentiedruk die van Bronovo op MCH uitgaat, de standpunten van de zorgverzekeraars samengevat.

Disciplineringsmogelijkheden

32. Het verschil van mening tussen de verschillende zorgverzekeraars hangt als eerste samen met hun inschatting van hun disciplineringsmogelijkheden na de fusie.

33. CZ, VGZ, Menzis en Zorg en Zekerheid geven aan over voldoende mogelijkheden te beschikken om eventuele prijsopdrijvende effecten als gevolg van de fusie te mitigeren of tegen te gaan.²⁴ Zij wijzen op de verschillende mogelijkheden die zij kunnen inzetten tijdens de onderhandelingen om partijen te disciplineren zoals het minder of niet contracteren van bepaalde

²⁴ VGZ geeft bijvoorbeeld aan dat waar er mogelijk risico's zouden kunnen ontstaan doordat partijen na de fusie op een specifiek specialisme samen over een groot marktaandeel zouden beschikken, zoals voor de geboortezorg, partijen niet in staat zullen zijn om op dit vlak hun prijzen te verhogen omdat ze dan een probleem zouden krijgen op andere gebieden.

Besluit

Openbare versie

behandelingen, het faciliteren van de toetreding van ZBC's, het inzetten van het bevoorschottinginstrument, coulance in het snel betalen en het feit dat het fusieziekenhuis ook een probleem heeft als een verzekeraar geen contract met haar sluit, er is in die zin sprake van een wederzijdse afhankelijkheid (zie ook punt 22). Elke verzekeraar legt daarbij het accent op het inkoopinstrument waar haar voorkeur naar uitgaat, maar in principe beschikken alle verzekeraars over al deze mogelijkheden.

34. CZ, Menzis, Zorg en Zekerheid en DSW geven aan dat er meerdere alternatieven zijn voor de fusieziekenhuizen, ten eerste Haga-RdGG, dat de meest directe concurrent is, maar daarnaast ook de ziekenhuizen in Leiden en het Langeland Ziekenhuis in Zoetermeer. In de regio Den Haag zijn volgens hen ook veel bestaande ZBC's actief die voor bepaalde zorg een alternatief vormen voor partijen. VGZ ziet met name Haga-RdGG en bestaande ZBC's als alternatief voor partijen.

35. Verschillende zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat het niet nodig is om een ziekenhuis in zijn geheel niet te contracteren om het te kunnen disciplineren. CZ geeft bijvoorbeeld aan dat zij zich bij de selectieve inkoop kan richten op de verplaatsing van eerstelijnsdiagnostiek en dat als zij 10% minder inkoopt, dit al heel pijnlijk is voor een ziekenhuis; zij raakt hiermee de medisch specialist zelf in zijn honorarium en het ziekenhuis in de kostendekking. Er gaat hierdoor een sterke disciplinerende uitwerking uit. Ook Zorg en Zekerheid geeft aan dat 10% minder contracteren al voldoende kan zijn om te disciplineren. VGZ geeft aan dat slechts een beperkt percentage zorg minder contracteren een ziekenhuis al hard in zijn exploitatie raakt, zeker indien de contractering meerjarig is. VGZ geeft aan dat zij hiermee effectief kan sturen.

36. Achmea geeft aan dat het voor haar een stuk lastiger zal worden om partijen na de fusie te disciplineren. Zij geeft aan dat er na de fusie in feite nog maar twee ziekenhuisblokken overblijven in de regio Den Haag. Als je met het ene ziekenhuis geen contract sluit, word je volgens haar gedwongen om met het andere ziekenhuis wel een contract te sluiten, los van de vraag of dit kan gezien de grote volumes waar het om gaat en of je met één gecontracteerd ziekenhuis aan je zorgplicht kan voldoen als zorgverzekeraar. Achmea geeft aan dat zij op dit moment nog wel over de mogelijkheid beschikt om geen contract met Bronovo af te sluiten of om Bronovo te gebruiken om MCH onder druk te zetten. Deze mogelijkheden zal Achmea na de fusie niet meer hebben.

37. Achmea geeft verder aan dat zij er voor kan kiezen om bepaalde producten niet bij een ziekenhuis in te kopen. Het is volgens Achmea echter lastig om aan verzekerden uit te leggen waarom bepaalde producten bij een ziekenhuis wel worden ingekocht en andere niet. Voor behandelingen waarvoor volumenormen gelden kan je volgens Achmea op basis van kwaliteitsargumenten wel beter richting verzekerden uitleggen waarom bepaalde zorg niet is gecontracteerd. De producten waarop je als zorgverzekeraar selectief kan contracteren beslaan volgens Achmea niet meer dan 10% van de ziekenhuisomzet, het gaat dus maar om een beperkt deel. In de meerderheid van de gevallen gaat het om complexe producten waarvan je op voorhand

Besluit

Openbare versie

niet de diagnose weet en waarop om die reden ook niet valt te sturen. De vraag of een ziekenhuis last heeft van het verschuiven van een gedeelte van de zorg hangt daarbij, volgens Achmea, onder meer af van de financiële positie van het ziekenhuis. Als deze wankel is, neemt de marktmacht van de zorgverzekeraar toe en kan een ziekenhuis niet zo snel wat missen. Een ziekenhuis met, bijvoorbeeld, een goede solvabiliteitspositie en geen nieuwbouwplannen zal minder last hebben van een zorgverzekeraar die een bepaald product niet inkoopt en zal nog steeds eisen richting de zorgverzekeraar kunnen stellen.

38. In het geval dat het misgaat, zo geeft Achmea aan, zal zij wel in staat zijn om iets te kunnen doen richting de ziekenhuizen, maar het is de vraag of dat voldoende is om de twee ziekenhuizen na de fusie te disciplineren. Achmea geeft aan dat ZBC's een reëel alternatief vormen voor ziekenhuizen en dat Achmea de toetreding van ZBC's kan faciliteren. Naar haar mening is het effect van deze ZBC's ten opzichte van een groot ziekenhuis echter niet groot. Wanneer Achmea een substantieel deel van de zorg zou overhevelen naar ZBC's kunnen ziekenhuizen ernstig in de problemen worden gebracht. Volgens Achmea zou hier om die reden prudent mee moeten worden omgegaan. Voor Achmea is op dit moment ook onvoldoende duidelijk welke voordelen partijen met de fusie willen realiseren in termen van doelmatigheid en kwaliteit. Zolang zij hier geen inzicht in heeft staat zij veel ambivalenter tegenover deze fusie dan ten opzichte van bijvoorbeeld de fusie tussen het Spaarne Ziekenhuis en het Kennemer Gasthuis²⁵ waar zij wel inzicht had in de voordelen en direct betrokken was bij de fusieplannen. Voor Achmea is het daarnaast belangrijk om nu eerst beter inzicht te krijgen over de eventuele risico's die samenhangen met schaalvergroting en wat fusies precies opleveren. Zij pleit er daarom voor dat ACM nu eerst evalueert of fusies inderdaad tot voordelen leiden voordat ACM nieuwe fusies toestaat.

39. DSW geeft aan dat er voldoende concurrentie is in de Haagse regio maar dat deze fusie wel haar onderhandelingspositie als kleine regionale speler verslechtert. Als gevolg van de fusie verdwijnt voor haar een alternatief. DSW geeft aan dat zij nu nog scherp kan inkopen doordat DSW onderling de prijzen benchmarkt van de verschillende ziekenhuizen en eventuele verschillen die er tussen verschillende ziekenhuizen bestaan in onderhandelingen kan voorleggen. DSW bekijkt deze fusie ook in verhouding tot alles wat er reeds op fusiegebied in de regio is gebeurd. Zij geeft aan als kleine verzekeraar te maken te krijgen met steeds grotere partijen en uit daarbij de vrees dat de lagere prijzen die ziekenhuizen met grote verzekeraars overeenkomen verhaald zullen worden op kleine verzekeraars zoals DSW.

Verloop onderhandelingen

40. Het verschil van mening tussen zorgverzekeraars hangt ook samen met hun gevoel ten aanzien van hoe de onderhandelingen met MCH en Bronovo nu verlopen en hoe deze na de fusie

²⁵ Zie ook het besluit in zaak 7332/*Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis*, reeds aangehaald.

Besluit

Openbare versie

zullen gaan verlopen. ACM heeft zorgverzekeraars hierbij ook gevraagd naar hun ervaringen in de onderhandelingen met andere gefuseerde ziekenhuizen.

41. Menzis geeft aan dat Den Haag een lastige regio is om te contracteren. Dit hangt volgens haar ook samen met het feit dat geen enkele zorgverzekeraar hier een echt hoog marktaandeel heeft. In andere regio's waar zij marktleider is, is er veel meer sprake van een samenwerkingsmodel tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Menzis geeft aan dat het voor haar op dit moment al lastig is om te onderhandelen met MCH en het Haga-ziekenhuis en dat de fusie met Bronovo dit niet makkelijker of moeilijker maakt.

42. VGZ geeft aan dat zij ten aanzien van de Haga-RdGG fusie geen concrete voorbeelden van gewijzigd gedrag na de fusie heeft. Ook ten aanzien van de eerdere fusie tussen het St. Elisabeth Ziekenhuis en het Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg heeft VGZ geen concrete aanwijzingen dat dit heeft geleid tot hogere prijzen of een zwakkere onderhandelingspositie voor VGZ. Zij merkt hierbij wel op dat er ook nog niet veel zichtbaar is van de voorgespiegelde voordelen van de fusie.

43. CZ geeft aan dat zij van de fusie tussen Haga en RdGG nog weinig gemerkt heeft. Zij merkt hierbij wel op dat de onderhandelingen met beide ziekenhuizen nog steeds apart verlopen. Met betrekking tot haar ervaringen bij de onderhandelingen met het St. Elisabeth Ziekenhuis en het Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg en het Orbis Medisch Centrum en het Atrium Ziekenhuis in Limburg, geeft CZ aan dat ook daar nog steeds apart onderhandeld wordt met alle ziekenhuizen. CZ ziet geen prijseffecten als gevolg van deze twee fusies. CZ geeft wel aan dat, in tegenstelling tot de regio Den Haag, zij in die gebieden een hoger inkooptaandeel heeft.

44. CZ en Zorg en Zekerheid geven aan dat de onderhandelingen in het algemeen scherper gevoerd worden sinds 2012. CZ geeft daarbij aan dat dit mede komt doordat zorgverzekeraars steeds beter de verschillen in prijs en kwaliteit tussen ziekenhuizen in beeld krijgen. Deze ontwikkeling gecombineerd met de nieuwheid van het stelsel zorgt ervoor dat beide partijen, ziekenhuis en verzekeraar, de grens opzoeken tijdens de onderhandelingen, aldus CZ.

45. Achmea geeft aan dat zij destijds bij de fusie tussen Haga en RdGG veel minder een beeld had van de impact die de fusie met zich mee zou brengen. Achteraf, zo stelt zij, had zij hier misschien kritischer over moeten zijn. Achmea geeft aan dat dit in regio's waarin zij marktleider is anders ligt. Achmea geeft aan dat als de concentratie in de regio Den Haag nog verder gaat, zij het nog lastiger krijgt tijdens de onderhandelingen.

46. DSW geeft aan dat haar onderhandelingspositie na de twee andere fusies in de regio (Vlietland- St. Franciscus en Haga-RdGG) verslechterd is. De onderhandelingen verlopen volgens

Besluit

Openbare versie

haar een stuk lastiger en er is sprake van hogere biedingen.²⁶ Bij RdGG is haar marktaandeel na de fusie met Haga verwaterd. Dit geldt ook voor haar marktaandeel bij het Vlietland Ziekenhuis. Vóór de fusie met St. Franciscus was er volgens DSW sprake van een partnership, maar dat is veranderd na de fusie nu de positie van DSW is verwaterd en gelijk is aan die van Achmea.

Concurrentie Bronovo-MCH

47. Tot slot verschillen Achmea en DSW enerzijds en VGZ, CZ en Menzis anderzijds van mening over de mate waarin Bronovo concurrentiedruk uitoefent op MCH.

48. VGZ, CZ en Menzis geven aan dat de concurrentie tussen Bronovo en MCH beperkt is. Zij geven aan dat dit zeker het geval is voor complexe zorg, maar ook op het gebied van electieve zorg. VGZ geeft aan dat Bronovo echter op sommige vlakken, zoals de geboortezorg, wel concurrentiedruk op het MCH uitoefent. De concurrentiestrijd speelt zich volgens VGZ, CZ en Menzis evenwel met name af tussen Haga en MCH.

49. Achmea is het met hen eens dat Haga en MCH grotere concurrenten voor elkaar vormen dan het Bronovo voor deze ziekenhuizen vormt. Dit heeft volgens Achmea echter wel te maken met de bestuurlijke samenwerking in de regio. Door die samenwerking kiest Bronovo er volgens haar voor om minder direct te concurreren met het MCH dan met Haga waardoor de concurrentie op een bepaalde manier uitgeschakeld is. Zij geeft aan dat alleen al de dreiging van het weghalen van een paar miljoen euro van MCH naar Bronovo het MCH pijn kan doen. Zorg en Zekerheid stelt dat beide ziekenhuizen concurrenten van elkaar zijn, maar dat Haga de voornaamste concurrent is van MCH.

50. Achmea en DSW benadrukken dat Bronovo een concurrent is op het gebied van basiszorg en dat Bronovo een speler in deze regio is die MCH scherp houdt of kan houden. Zij geven aan nu nog te beschikken over de mogelijkheid om bij een eventueel conflict met MCH productie te kunnen verdelen over Haga en Bronovo, na de fusie zouden zij dit alleen nog bij Haga kunnen doen.

51. Alle zorgverzekeraars hebben wel aangegeven dat het productieaanbod van Bronovo niet hetzelfde kan blijven als deze nu is en dat ongeacht de fusie het profiel van Bronovo zal gaan wijzigen. Verschillende zorgverzekeraars verwachten dat Bronovo zich meer zal gaan toeleggen op de electieve zorg. Daarnaast is het niet zeker of Bronovo in de toekomst een SEH zal kunnen blijven houden. Deze ontwikkelingen zijn op dit moment echter te onzeker voor ACM om rekening mee te kunnen houden in haar beoordeling.

²⁶ Ten tijde van het onderzoek waren de onderhandelingen nog gaande en waren zodoende geen uitkomsten bekend.

Besluit

Openbare versie

V.2.4 Patiëntenadviesraden

52. De patiëntenadviesraad van Bronovo geeft aan dat beide ziekenhuizen reeds op een aantal vlakken succesvolle samenwerkingen hebben waar de patiënten van beide instellingen mee zijn gebaat. Zij verwacht dat de concentratie alleen maar meer en nog betere resultaten zal opleveren en verwacht niet dat het hebben van meerdere locaties met een eigen profiel tot grote ongemakken voor patiënten zal leiden. De patiëntenadviesraad geeft aan geen enkele reden te hebben om aan te nemen dat de concentratie zal leiden tot effecten die niet in het belang van de patiënt zouden zijn.

53. De patiëntenadviesraad van het MCH (hierna: PAR MCH) is voorstander van de fusie. De PAR MCH benoemt als voordeel een kwaliteitsverbetering langs de gehele linie van de zorg en een versterking van MCH als opleidingsziekenhuis. Ook geeft de PAR MCH aan dat er al veel wordt samengewerkt tussen partijen en geeft als voorbeeld de oncologie waarvoor geldt dat Bronovo de aantallen niet haalt om aan de gestelde kwaliteitsnormen te voldoen. De PAR MCH spreekt haar bedenking uit ten aanzien van de wens van zorgverzekeraars om zowel de SEH bij Bronovo als die bij MCH Antoniushove te sluiten, in die zin dat zij denkt dat de SEH op de locatie Westeinde de totale toestroom van patiënten niet aan zou kunnen. De PAR MCH spreekt tot slot uit veel vertrouwen te hebben in de fusieplannen en te hopen dat ACM snel goedkeuring zal verlenen voor de fusie. Hierbij wordt opgemerkt dat met name is gekeken naar de voordelen die de fusie voor MCH met zich meebrengt.

V.2.5 Beoordeling gevolgen van de concentratie

54. De centrale vraag bij de beoordeling van een concentratie is of partijen in staat zijn na de fusie hun prijzen significant te verhogen dan wel hun kwaliteit significant te verlagen. Of partijen hiertoe in staat zijn is niet alleen afhankelijk van de marktsituatie, maar ook van de mate waarin afnemers gegeven de marktsituatie in staat zijn partijen na de fusie te disciplineren. Om dit te kunnen beoordelen heeft ACM zorgverzekeraars en patiëntenadviesraden geraadpleegd (zie punt 15). De patiëntenadviesraden van Bronovo en MCH staan positief tegenover de fusie. De beoordeling hieronder zal zich zodoende richten op de marktsituatie, de disciplineringsmogelijkheden voor zorgverzekeraars en de zienswijzen van zorgverzekeraars daarop.

Marktsituatie

55. Bronovo en MCH zijn beide actief in de regio Den Haag. In en rondom deze regio zijn meerdere ziekenhuizen alsook ZBC's actief. Het gezamenlijke marktaandeel van partijen in de regio bedraagt [50-60]% voor klinische algemene ziekenhuiszorg en [40-50]% voor niet-klinische

Besluit

Openbare versie

algemene ziekenhuiszorg. De fusiecombinatie Haga-RdGG heeft een marktaandeel van [40-50]% op beide productmarkten.

56. Op basis van haar onderzoek in de meldings- en vergunningsfase komt ACM tot de conclusie dat Bronovo en MCH niet elkaars meest nabije concurrent zijn en dat er op de relevante markt een grote directe concurrent overblijft: Haga-RdGG. Daarnaast zijn er meerdere ZBC's in de regio actief die een alternatief vormen voor bepaalde behandelingen en kunnen verzekeraars ook toetreding van ZBC's faciliteren. Aan de randen van Den Haag zijn voorts de ziekenhuizen in Leiden, Delft en Zoetermeer beschikbaar als alternatief en op wat grotere afstand de ziekenhuizen in de regio Rotterdam. Ook is er sprake van voldoende capaciteit in de regio om eventuele verschuivingen in patiëntenstromen van het fusieziekenhuis op te vangen indien deze bijvoorbeeld de kwaliteit van de door haar geleverde zorg verslechtert.

Disciplineringsmogelijkheden zorgverzekeraars

57. Zoals ACM ook in eerdere besluiten heeft aangegeven, acht zij het in zijn algemeenheid aannemelijk dat zorgverzekeraars over voldoende disciplineringsmogelijkheden beschikken om onderhandelingen met ziekenhuizen goed te kunnen voeren en dat zij steeds beter in staat zullen zijn om de door hen benodigde zorg scherp in te kopen (zie punt 27). ACM constateert daarbij een algemene verscherping van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (zie punt 23), zoals ook aangegeven door CZ en Zorg en Zekerheid (zie punt 44).

58. Daarnaast acht ACM het aannemelijk dat zorgverzekeraars met een gelijk instrumentarium en een gelijke uitgangspositie tot vergelijkbare onderhandelingsresultaten kunnen komen. In de regio Den Haag hebben Achmea, CZ, Menzis en VGZ een vergelijkbare positie. DSW en Zorg en Zekerheid hebben onderling een vergelijkbare positie, maar hebben ten opzichte van de andere vier zorgverzekeraars een kleinere positie. Dit is een andere situatie dan in andere regio's waar veelal één zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft en de rest van de verzekeraars een kleiner marktaandeel.

Zienswijze zorgverzekeraars t.a.v. disciplineringsmogelijkheden in de regio Den Haag

59. Zorgverzekeraars verschillen onderling van mening of zij afdoende mogelijkheden hebben om het fusieziekenhuis in de regio Den Haag te kunnen disciplineren. VGZ, CZ, Menzis en Zorg en Zekerheid geven aan over voldoende mogelijkheden te beschikken. Achmea en DSW daarentegen zien risico's als gevolg van de fusie en denken niet meer in staat te zijn om de ziekenhuizen na de fusie (afdoende) te kunnen disciplineren.

60. De verschillen in argumentatie van de zorgverzekeraars waren voor ACM de voornaamste reden om een vergunningseis te stellen in deze zaak. Het onderzoek in de vergunningsfase heeft nader inzicht gegeven in de argumenten waarom zorgverzekeraars met elkaar van mening verschillen (zie punten 28 tot en met 51). Hun verschil van mening over de

Besluit

Openbare versie

disciplineringsmogelijkheden komt met name voort uit een verschil van inzicht over de marktsituatie na de fusie, te weten of er na de fusie voldoende alternatieven zijn in de regio Den Haag en de mate waarin Bronovo en MCH concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Daarnaast verschillen de zorgverzekeraars van mening over de effectiviteit van het inkoopinstrumentarium in deze regio.

61. ACM acht het aannemelijk dat de marktsituatie voor zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden laat om partijen na de fusie te disciplineren (zie punt 56). Daarbij zouden zorgverzekeraars met een gelijk instrumentarium en met een gelijke uitgangspositie tot vergelijkbare onderhandelingsresultaten moeten kunnen komen (zie punt 58). Gelet op het voorgaande en de argumenten van alle zorgverzekeraars zorgvuldig afwegende, komt ACM tot de conclusie dat de zorgverzekeraars na de fusie in staat zouden moeten zijn om partijen te kunnen disciplineren wanneer deze hun prijzen zouden verhogen of hun kwaliteit zouden verslechteren.

62. Achmea en DSW, hebben ten opzichte van het voorgaande afwijkende standpunten naar voren gebracht. Met betrekking tot de standpunten omtrent de marktsituatie heeft ACM hierboven reeds geconcludeerd dat de marktsituatie voldoende mogelijkheden laat voor disciplineren van partijen. Wat betreft de disciplineringsmogelijkheden zelf, stelt ACM dat Achmea en DSW, net als de andere zorgverzekeraars, beschikken over een breed scala aan mogelijkheden die zij geloofwaardig zouden moeten kunnen inzetten om tot goede onderhandelingsresultaten te komen. ACM acht het aannemelijk dat zorgverzekeraars met een gelijk instrumentarium en met een gelijke uitgangspositie tot vergelijkbare onderhandelingsresultaten kunnen komen (zie punt 58). Achmea geeft zelf ook aan dat zij over mogelijkheden beschikt om iets te kunnen doen richting partijen, maar wijst daarbij wel op de risico's die zich kunnen voordoen als het om een substantiële verschuiving van zorg gaat. Andere zorgverzekeraars geven echter aan dat slechts een beperkte verschuiving van zorg, of enkel de dreiging daarvan al voldoende is om te kunnen disciplineren.

Conclusie beoordeling gevolgen van de concentratie

63. Alles overwegende komt ACM tot de conclusie dat zorgverzekeraars in de regio Den Haag over voldoende mogelijkheden en prikkels beschikken om het fusieziekenhuis in onderhavige zaak te kunnen disciplineren. Gelet hierop acht ACM het niet aannemelijk dat de voorgenomen concentratie de mededinging op de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg op significante wijze zal beperken.

Besluit Openbare versie

VI. CONCLUSIE

64. Op grond van het voorgaande is het Bestuur van de Autoriteit Consument en Markt tot de conclusie gekomen dat de operatie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt. Het bestuur van de Autoriteit Consument en Markt is van oordeel dat als de voorgenomen concentratie wordt voltrokken de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan niet op significante wijze zal worden belemmerd.

65. Gelet op het bovenstaande deelt het Bestuur van de Autoriteit Consument en Markt mede dat voor de concentratie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft, een vergunning wordt verleend.

Datum: 6 december 2013

Autoriteit Consument en Markt,
namens deze:

w.g. mr. C.A. Fonteijn
Bestuursvoorzitter

Tegen dit besluit kan degene, wiens belang rechtstreeks bij dit besluit is betrokken, binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit een gemotiveerd beroepschrift indienen bij de Rechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam.

Besluit

Openbare versie

Bijlage 1: Kaart ligging ziekenhuizen regio Den Haag



20/20