



**Besluit**

# Verlening vergunning voor concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc

Zaaknummer: 17.0166.24  
Datum: 5 september 2017

## Besluit

---

<b>Titel</b>	<b>Verlening vergunning voor de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc</b>
<b>Kenmerk:</b>	ACM/TFZ/2017/205214
<b>Zaaknummer:</b>	17.0166.24
<b>Datum</b>	5 september 2017
<b>Aantal pagina's</b>	37

---

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Samenvatting en leeswijzer</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>De procedure</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Partijen</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>De gemelde transactie</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Toepasselijkheid van het concentratietoezicht</b> .....	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Relevante markten</b> .....	<b>7</b>
6.1	Relevante productmarkt .....	7
6.2	Relevante geografische markt.....	8
<b>7</b>	<b>Gevolgen van de concentratie</b> .....	<b>9</b>
7.1	Inleiding .....	9
7.2	Opvattingen van partijen.....	9
7.3	Opvattingen van zorgverzekeraars.....	10
7.4	Zienswijze NZa .....	13
7.5	Beoordeling ACM .....	13
7.5.1	Concurrentie vanwege patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars.....	14
7.5.2	Benadering topzorg voor data-analyse .....	16
7.5.3	Marktaandelen topzorg.....	17
7.5.4	Concurrentiedruk partijen en andere ziekenhuizen .....	19
7.5.5	Omvang van partijen en positie op niet-concurrentiële zorg .....	24
7.5.6	Conclusie beoordeling gevolgen concentratie.....	25
<b>8</b>	<b>Conclusie</b> .....	<b>25</b>
	<b>Bijlage 1 – Kwantitatieve analyse van de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc</b> .....	<b>26</b>
B1.1	Inleiding.....	26
B1.2	Gebruikte data .....	27
B1.3	Bepalen van topzorg .....	27
B1.4	Bepaling overlap op topzorg .....	31
B1.5	Resultaten .....	32

## 1 Samenvatting en leeswijzer

1. Het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc willen fuseren. Zowel AMC als VUmc is een Universitair medisch centrum en beide UMC's zijn gevestigd in Amsterdam. De Autoriteit Consument en Markt heeft dit voornemen onderzocht.
2. Het onderzoek van de ACM was gericht op de markt voor topzorg. In de meldingsfase had de ACM namelijk al geconstateerd dat er op de overige activiteiten van AMC en VUmc (basiszorg, onderwijs en onderzoek) geen mededingingsproblemen ontstaan als gevolg van de fusie.
3. Topzorg is dusdanig complexe zorg dat patiënten hiervoor meestal niet naar een basisziekenhuis kunnen. Topzorg wordt over het algemeen alleen in STZ-ziekenhuizen en UMC's aangeboden. Een klein deel van de topzorg is zo specialistisch dat hier geen concurrentie op mogelijk is. Op het overige deel van de topzorg is wel sprake van concurrentie.
4. De ACM concludeert na diepgaand onderzoek dat er als gevolg van de fusie geen mededingingsprobleem ontstaat op het gebied van topzorg. AMC en VUmc behalen samen een marktaandeel van [30-40]%. Er blijven voor patiënten en zorgverzekeraars in de regio voldoende andere reële alternatieven voor AMC en VUmc, zoals het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en (op het gebied van oncologie) het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Uit het onderzoek blijkt niet dat er een verschil is in imago tussen een UMC en een ander ziekenhuis dat topzorg aanbiedt of dat er sprake zou zijn van grote capaciteitsbelemmeringen bij de alternatieven.
5. Zowel een aantal marktpartijen als de Nederlandse Zorgautoriteit geeft aan dat er als gevolg van de fusie een heel grote organisatie ontstaat en dat dit risico's oplevert (in termen van bijvoorbeeld bestuurbaarheid). Deze risico's vallen echter niet binnen de reikwijdte van de mededingingstoets en kunnen dan ook niet door de ACM worden geadresseerd. Ook heeft de ACM tijdens het onderzoek signalen ontvangen dat sprake zou zijn van een sterke onderhandelingspositie van partijen omdat zij de niet-concurrentiële zorg koppelen aan de concurrentiële zorg. Dit is echter geen effect van de fusie, maar geldt al in de huidige situatie. Ook dit punt valt daarmee niet binnen de reikwijdte van de fusietoets.
6. De ACM oordeelt daarom dat de voorgenomen fusie de concurrentie niet significant zal beperken. AMC en VUmc mogen daarom fuseren.
7. De ACM heeft dit besluit als volgt opgebouwd. Na enkele inleidende hoofdstukken over de procedure bij de ACM (hoofdstuk 2), informatie over de partijen die willen fuseren (hoofdstuk 3), de voorgenomen transactie (hoofdstuk 4) en de toepasselijkheid van het concentratietoezicht (hoofdstuk 5) gaat de ACM in hoofdstuk 6 in op de relevante product- en geografische markt. Daarna behandelt de ACM in hoofdstuk 7 de gevolgen van de concentratie. De ACM sluit in hoofdstuk 8 af met de conclusie.

## 2 De procedure

8. Op 10 februari 2017 heeft de Autoriteit Consument en Markt (hierna: de ACM) de aanvraag om vergunning ontvangen van het Academisch Medisch Centrum (hierna: AMC) en Stichting VUmc (hierna: VUmc) (hierna gezamenlijk: partijen). Van de aanvraag om vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 9488 van 16 februari 2017. Naar aanleiding van deze mededeling in de Staatscourant heeft de ACM één zienswijze van een derde partij ontvangen. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft op 24 augustus 2017 ook een zienswijze afgegeven. Deze zienswijzen bespreekt de ACM hierna, voor zover er overwegingen aan zijn ontleend die dragend zijn voor dit besluit.
9. De aanvraag volgt op het besluit van de ACM van 14 december 2016<sup>1</sup> (hierna: het meldingsbesluit). Van dit besluit is mededeling gedaan in Staatscourant 70605 van 21 december 2016. In het meldingsbesluit heeft de ACM geconcludeerd dat de voorgenomen fusie de daadwerkelijke mededinging op de markt voor topzorg op significante wijze zou kunnen belemmeren.<sup>2</sup> Voor het tot stand brengen van de fusie is daarom een vergunning vereist. Naar aanleiding van dit meldingsbesluit hebben partijen de aanvraag om vergunning bij de ACM ingediend.
10. De ACM heeft naar aanleiding van de aanvraag om vergunning van partijen de relevante marktafbakening en de mogelijke gevolgen van de concentratie voor de mededinging op de markt voor topzorg nader onderzocht. Zij heeft diepgaand data-onderzoek verricht om de positie van de verschillende ziekenhuizen op de relevante markt te bepalen. De ACM heeft vragen gesteld aan zorgverzekeraars en omliggende en potentieel concurrerende ziekenhuizen (andere Universitair medisch centra (hierna: UMC's), Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (hierna: STZ-ziekenhuizen) en algemene ziekenhuizen). Bij deze ziekenhuizen heeft de ACM gesproken met de raden van bestuur (of een vertegenwoordiging daarvan) aangevuld met zorgverkoopers of personen die verantwoordelijk/betrokken zijn bij het zorgverkoopproces. Tevens heeft de ACM gesproken met verschillende medisch specialisten van diverse ziekenhuizen, in het kader van hun rol als verwijzer voor topzorg. Daarnaast heeft de ACM gesproken met de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (hierna: SAG) en met dr. A. Victoor (naar aanleiding van haar promotieonderzoek over hoe patiënten een zorgaanbieder kiezen). Ook heeft de ACM het Longfonds en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (hierna: NFK), als vertegenwoordigers van patiënten bevestigd over de voorgenomen fusie. Ten slotte heeft de ACM gesproken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ).
11. Op 28 februari 2017 heeft de ACM partijen verzocht om een aanvulling op de vergunningsaanvraag te geven. De ACM heeft deze aanvulling op 14 maart 2017 ontvangen. Daarna heeft de ACM op 7 april 2017 nogmaals aanvullende vragen gesteld. De ACM heeft deze aanvulling op 30 juni 2017 ontvangen. Daarnaast is in onderling overleg op grond van artikel 4:15, tweede lid, onder a van de Algemene Wet Bestuursrecht de termijn voor het geven van een beschikking met ingang van 11 juli 2017 tot en met 1 augustus 2017 opgeschort geweest. In totaal is de behandeltermijn van dertien weken<sup>3</sup> 118 dagen opgeschort geweest.
12. Partijen hebben gedurende de vergunningsfase een onderzoek laten uitvoeren door

---

<sup>1</sup> Besluit met kenmerk ACM/TFZ/2016/408500.

<sup>2</sup> Zie besluit van 14 december 2016 in zaak 16.0685.22/Academisch Medisch Centrum – Stichting VUmc (hierna: meldingsbesluit), randnummer (hierna: nr.) 219.

<sup>3</sup> Op grond van artikel 44, eerste lid, van de Mededingingswet.

PricewaterhouseCoopers (hierna: PwC). Dit onderzoeksrapport heeft de ACM op 29 mei 2017 ontvangen. In aanvulling op de beantwoording van de aanvullende vragen hebben partijen de ACM op 19 juli 2017 twee rapporten van het onderzoeksbureau SiRM<sup>4</sup> opgestuurd, waarin wordt ingegaan op de kwaliteitsvoordelen van de voorgenomen fusie.

### 3 Partijen

13. Het AMC is een publiekrechtelijke rechtspersoon naar Nederlands recht en een UMC. Het heeft als kerntaak het leveren van patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van (para)medisch onderwijs en opleidingen. Het AMC omvat het academisch ziekenhuis en de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.
14. VUmc is een stichting naar Nederlands recht. VUmc is een UMC en heeft als kerntaak het leveren van patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van (para)medisch onderwijs en opleidingen. VUmc omvat het academisch ziekenhuis en de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

### 4 De gemelde transactie

15. Partijen zijn voornemens te fuseren. Zij zijn voornemens AMC en VUmc duurzaam onder één gemeenschappelijk bestuur te brengen. De voorgenomen transactie blijkt uit een concept statutenwijziging van VUmc d.d. 30 november 2015, concept bestuursreglementen van AMC d.d. 20 maart 2015, concept reglementen inzake de benoeming van de RvT's AMC en VUmc d.d. 7 juli 2016, een concept Samenwerkingsovereenkomst d.d. 5 juli 2016 en een Bestuursreglement VUmc en AMC Hoofdstuk II d.d. 5 juli 2016. Hiermee is uitvoering gegeven aan de voornemens waarop de informele zienswijze van de ACM van 13 mei 2015 is gebaseerd en tevens op toereikende wijze invulling gegeven aan de in die zienswijze genoemde randvoorwaarden.<sup>5</sup>

### 5 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht

16. Zoals in het meldingsbesluit is vastgesteld, is het beoogde resultaat van de voorgenomen transactie dat AMC en VUmc fuseren. De transactie ten aanzien waarvan de aanvraag om vergunning is ingediend, is dus een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet.
17. Betrokken ondernemingen zijn AMC en VUmc.
18. Partijen hebben omzetgegevens ter beschikking gesteld. Hieruit blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer valt van het concentratietoezicht dat is geregeld in hoofdstuk 5 Mededingingswet.

---

<sup>4</sup> SiRM staat voor Strategies in Regulated Markets.

<sup>5</sup> Zie informele zienswijze van de ACM van 13 mei 2015, met kenmerk ACM/DM/2015/202622, inzake AMC-VUmc, randnummers 34-65.

## 6 Relevante markten

19. De ACM heeft in het meldingsbesluit geconcludeerd dat de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op de markt voor topzorg op significante wijze zou kunnen belemmeren. In dit vergunningsbesluit zal de ACM daarom alleen de markt voor topzorg beoordelen.
20. Hiertoe beschrijft de ACM eerst de relevante markt waarop partijen actief zijn. Paragraaf 6.1 bevat een beschrijving van de relevante productmarkt en paragraaf 6.2 van de relevante geografische markt. Daarna licht de ACM de gevolgen van de voorgenomen concentratie toe (hoofdstuk 7).
21. Op andere activiteiten van partijen dan topzorg gaat de ACM in dit besluit niet meer in. In het meldingsbesluit heeft de ACM geconcludeerd dat het niet aannemelijk is dat de voorgenomen fusie de concurrentie tussen partijen op het gebied van basiszorg<sup>6</sup>, medisch wetenschappelijk onderzoek<sup>7</sup> en (para)medisch onderwijs en opleidingen<sup>8</sup> significant zal kunnen beperken. De activiteiten van partijen op het gebied van (i) de opleiding geneeskunde (bachelor en master)<sup>9</sup>, (ii) de medisch specialistische vervolgopleidingen<sup>10</sup> en (iii) de eerste geldstroom binnen het medisch wetenschappelijk onderzoek<sup>11</sup> zijn volgens de ACM in het meldingsbesluit geen economische activiteiten in de zin van de Mededingingswet en vallen daarom niet onder de toepasselijkheid van het concentratietoezicht.

### 6.1 Relevante productmarkt

22. In de meldingsfase zag de ACM vanuit het marktonderzoek bevestiging voor haar constatering dat de productmarkten waarop partijen actief zijn, moeilijk scherp zijn af te bakenen maar moeten worden gezocht binnen een continuüm van basiszorg, complexe zorg, academische zorg en unieke zorg. De ACM is in het meldingsbesluit tot de conclusie gekomen dat vooralsnog moet worden uitgegaan van een indeling in (i) basiszorg en (ii) topzorg.
23. Topzorg is dusdanig complexe zorg dat patiënten hiervoor meestal niet naar een basisziekenhuis kunnen. Topzorg wordt over het algemeen alleen in STZ-ziekenhuizen of UMC's aangeboden, omdat hiervoor een bepaalde infrastructuur nodig is die meestal niet in een basisziekenhuis aanwezig is.
24. In het meldingsbesluit heeft de ACM vastgesteld dat er een deel van de topzorg is waarop UMC's en mogelijk (een aantal) STZ-ziekenhuizen concurreren. Voor deze zorg kunnen zij een min of meer vergelijkbaar aanbod doen aan patiënt en verzekeraar.<sup>12</sup> Ook heeft de ACM geconcludeerd dat UMC's voor een deel van de topzorg niet of nauwelijks in concurrentie met elkaar of andere ziekenhuizen staan. Dit betreft volgens de ACM in ieder geval de zeer gespecialiseerde zorg die verband houdt met unieke expertise en wetenschappelijke speerpunten rondom zeldzame ziekten

---

<sup>6</sup> Meldingsbesluit nmr. 215.

<sup>7</sup> Meldingsbesluit nmr. 69.

<sup>8</sup> Meldingsbesluit nmr. 58 en 61.

<sup>9</sup> Meldingsbesluit nmr. 27.

<sup>10</sup> Meldingsbesluit nmr. 31.

<sup>11</sup> Meldingsbesluit nmr. 42.

<sup>12</sup> Meldingsbesluit nmr. 98.

en waarbij de overheid vraagt om centrale coördinatie.<sup>13</sup> Deze zorg noemt de ACM hierna de “niet-concurrentiële topzorg”.

25. In de vergunningsfase heeft de ACM de afbakening van de markt voor topzorg nader onderzocht. Partijen herkennen de overwegingen in het meldingsbesluit dat het niet goed mogelijk is de markt voor topzorg scherp af te bakenen ten opzichte van die van basiszorg en dat binnen de markt voor topzorg eerder sprake is van een continuüm van complexe zorg tot unieke zorg dan van scherpe, logische afbakeningen. De precieze marktafbakening kan volgens partijen in het midden blijven omdat dit volgens hen de materiële beoordeling van de concentratie niet beïnvloedt.
26. Het onderzoek onder marktpartijen in de vergunningsfase bevestigt de conclusies over de markt voor topzorg in het meldingsbesluit. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen herkennen het bestaan van de markt voor topzorg. In de gesprekken is wederom regelmatig teruggekomen dat het niet mogelijk is om in het totale aanbod van medisch specialistische zorg exacte grenzen te trekken tussen verschillende markten. In de praktijk lopen deze markten volgens marktpartijen in elkaar over.
27. Marktpartijen bevestigen ook dat op een deel van de topzorg concurrentie plaatsvindt. Voor dit deel van de topzorg kunnen patiënten in verschillende ziekenhuizen (UMC's en STZ-ziekenhuizen) terecht. Een klein deel van de topzorg is zo specialistisch dat hier geen concurrentie op mogelijk is. Deze zorg wordt slechts in één of enkele ziekenhuizen geleverd. Het betreft hier bijvoorbeeld de door het Ministerie van VWS erkende expertisecentra op het gebied van zeldzame aandoeningen.
28. Op basis van haar onderzoek in de meldingsfase en de vergunningsfase stelt de ACM vast dat de topzorg waarop ziekenhuizen concurreren een aparte productmarkt vormt. Daarnaast is er een deel van topzorg waarop geen concurrentie plaatsvindt. Voor de beoordeling van de gevolgen van deze concentratie gaat de ACM uit van een relevante productmarkt voor topzorg. Daarmee bedoelt zij het deel van de topzorg waarop concurrentie plaatsvindt tussen ziekenhuizen.

## 6.2 Relevante geografische markt

29. In het meldingsbesluit is de ACM op basis van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek voor de beoordeling van de gevolgen van de concentratie van partijen op het gebied van topzorg uitgegaan van een geografische markt die de provincie Noord-Holland en de gemeenten Lelystad, Almere en De Ronde Venen omvat. Dit geografische gebied betreft gemeenten die een duidelijke focus hebben op Amsterdam. Uit al deze gemeenten gaan substantiële stromen van patiënten naar zowel AMC als VUmc.
30. Partijen betwisten deze geografische marktafbakening niet. De concurrentieanalyses in de vergunningsaanvraag en de aanvullingen daarop zijn door partijen gemaakt op basis van het geografische gebied dat de ACM heeft gedefinieerd in het meldingsbesluit. Daarnaast heeft de ACM uit zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve marktonderzoek geen aanwijzingen gekregen dat de geografische markt voor topzorg waarop partijen actief zijn anders dient te worden afgebakend.

---

<sup>13</sup> Meldingsbesluit nr. 131.



31. Voor de analyse van de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de markt voor topzorg zal de ACM daarom ook in de vergunningsfase uitgaan van een geografische markt die de provincie Noord-Holland en de gemeenten Lelystad, Almere en De Ronde Venen omvat (hierna aangeduid als: regio Noord-Holland+).

## 7 Gevolgen van de concentratie

### 7.1 Inleiding

32. In dit hoofdstuk gaat de ACM in op de gevolgen van de concentratie op de markt voor topzorg die Noord-Holland+ omvat. Om de gevolgen van de voorgenomen fusie te onderzoeken heeft de ACM verschillende diepgaande data-analyses uitgevoerd om marktaandelen, overlap in aanbod en uitwijkpercentages te berekenen. Daarnaast heeft zij in haar onderzoek met verschillende marktpartijen (zorgverzekeraars, (concurrerende) ziekenhuizen, verwijzers voor topzorg en patiëntenverenigingen) gesproken over de gevolgen van de voorgenomen fusie tussen partijen.
33. De ACM zal hierna eerst ingaan op de opvattingen van partijen ten aanzien van de gevolgen van de concentratie. Daarna zal de ACM de standpunten van de zorgverzekeraars en de zienswijze van de NZa beschrijven. Vervolgens zal de ACM haar beoordeling van de gevolgen van de concentratie geven. Hierbij worden de genoemde zienswijzen meegenomen.

### 7.2 Opvattingen van partijen

34. Partijen stellen zich primair op het standpunt dat er geen sprake is van daadwerkelijke concurrentie tussen partijen op de markt voor topzorg. Het is volgens partijen niet aannemelijk dat zorgverzekeraars, patiënten en hun verwijzers in wezenlijke mate overstappen van AMC naar VUmc (en *vice versa*) in reactie op prijs- of kwaliteitswijzigingen. Partijen zijn daarom van mening dat de fusie niet kan leiden tot een significante beperking van de daadwerkelijke concurrentie tussen AMC en VUmc op de markt voor topzorg.
35. Volgens partijen verplaatsen verzekeraars op dit moment, vóór de fusie, al geen topzorg tussen UMC's bij een hogere prijs of lagere kwaliteit van een UMC. Dit betekent volgens partijen dat er geen concurrentiedruk vanwege de verzekeraars bestaat tussen AMC en VUmc die door de fusie kan worden weggenomen. Partijen stellen dat een UMC en een verzekeraar wederzijds afhankelijk zijn. Een UMC is volgens partijen afhankelijk van zorgverzekeraars vanwege de noodzakelijke inkomsten. Zorgverzekeraars hebben volgens partijen de wens om een totaal zorgaanbod in de regio te kunnen bieden. Omdat het aanbod van partijen volgens hen complementair is, zijn zorgverzekeraars genoodzaakt om zowel AMC als VUmc te contracteren.
36. Volgens partijen kunnen zorgverzekeraars hen wel op andere wijzen disciplineren, bijvoorbeeld door benchmarking op grond van landelijke cijfers, bevoorschotting en een appel op maatschappelijke verantwoordelijkheid. De fusie verandert volgens partijen niets aan deze disciplineringsmogelijkheden omdat deze losstaan van eventuele substitutie tussen AMC en VUmc en niet afhankelijk zijn van de precieze concurrentiepositie van partijen.
37. Volgens partijen is het ook niet aannemelijk dat AMC en VUmc onderlinge concurrentiedruk

ondervinden vanwege keuzegedrag van de patiënt. Uit verschillende onderzoeken blijkt volgens partijen dat slechts een beperkt percentage patiënten geïnformeerd én actief een keuze voor een bepaald ziekenhuis maakt.<sup>14</sup> Ook zou uit onderzoek blijken dat patiënten nauwelijks vergelijkende keuze-informatie gebruiken bij de keuze van een zorgaanbieder. Daarnaast zou volgens partijen uit onderzoek blijken dat onduidelijk is of de informatie die door de actieve patiënt wordt gebruikt relevante informatie bevat over kwaliteit. Daarom menen partijen dat het niet aannemelijk is dat patiënten in relevante mate zullen wisselen tussen AMC en VUmc in geval van een wijziging van kwaliteit.

38. Partijen gaan ook in op de interactie tussen partijen en verwijzers en de eventuele concurrentiedruk die daaruit voortvloeit. Partijen hebben door PwC een enquête laten uitzetten onder verwijzers waarvan partijen in 2016 de meeste verwijzingen voor topzorgbehandelingen hebben gekregen. Uit dit onderzoek volgt volgens partijen dat voor circa 75% van de verwijzingen er sprake was van een vast verwijzingspatroon. Op volgorde van importantie gaven de respondenten de volgende keuzefactoren aan bij verwijzingen voor topzorg: het kennen van de specialist, het kennen van de afdeling, de reputatie van de specialist of de afdeling, de wachtlijst voor de patiënt, de reistijd voor de patiënt, het bestaan van vergoeding voor de patiënt door de verzekeraar en het door het ziekenhuis gehanteerde tarief.
39. Volgens partijen blijkt uit het onderzoek van PwC dat in 79% van de verwijzingen naar AMC en VUmc een niet-concurrentiegevoelige keuzefactor van doorslaggevend belang is bij een verwijzing voor een topzorgbehandeling. Vanuit concurrentieperspectief zijn zij voor deze verwijzingen daarom geen alternatieven voor elkaar. Alleen de reputatie van de specialist of de afdeling zien partijen als concurrentiegevoelige factor (21% van de doorverwijzingen). Als gevolg van de fusie kan er volgens partijen dan ook geen belangrijke en geen reële keuzemogelijkheid wegvallen.
40. Ten slotte gaan partijen ook in op de overlap op topzorg tussen partijen. Uit een analyse van partijen blijkt volgens hen dat grote delen van hun activiteiten onderling niet overlappen of een sterk verschillende focus hebben. Uit de analyse van partijen blijkt tevens dat bij een aantal afdelingen het percentage acute zorg groot is. Omdat zorgverzekeraars acute zorg niet kunnen verplaatsen en patiënten in een spoedgeval niet kunnen kiezen naar welk ziekenhuis zij worden gebracht, is er volgens partijen geen concurrentie mogelijk op acute zorg.

### 7.3 Opvattingen van zorgverzekeraars

41. De grootste inkoper van zorg bij partijen is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (hierna: Zilveren Kruis). Daarna volgen Coöperatie VGZ U.A. (hierna: VGZ), CZ Groep Zorgverzekeraar (hierna: CZ), O.W.M. Zorgverzekering Zorg en Zekerheid UA (hierna: Zorg en Zekerheid) en Menzis Zorgverzekeraar N.V. (hierna: Menzis). De inkoop aandelen<sup>15</sup> van deze verzekeraars bij partijen staan in tabel 1 weergegeven.

---

<sup>14</sup> A. Victoor (2015), *(How) do patients choose a healthcare provider* (Proefschrift Tilburg University) Utrecht, Nivel. Dit onderzoek sluit volgens partijen aan bij een eerder onderzoek van Nivel (M. Reitsma, A. Brabers, W. Masman en J. de Jong (2011), *De kiezende burger*, Utrecht) en de Consumentenbond (Consumentenbond (2010). *Het verschil tussen kiezen en een geïnformeerde keuze*. Presentatie op het Symposium 'Vijf jaar kiesBeter.nl' (Utrecht, 11 maart 2010)) en bij onderzoeken op het gebied van keuzegedrag van patiënten in Europa en de Verenigde Staten.

<sup>15</sup> Het inkoop aandeel geeft het aandeel van de betreffende zorgverzekeraar in de totale verkoop van partijen weer. De inkoop aandelen volgen uit gegevens van partijen en hebben betrekking op 2015.

Tabel 1 Inkoop aandelen van zorgverzekeraars

	AMC	VUmc
<b>Zilveren Kruis</b>	[40-50]*%	[40-50]%
<b>VGZ</b>	[10-20]%	[10-20]%
<b>CZ</b>	[10-20]%	[10-20]%
<b>Multizorg<sup>16</sup></b>	[10-20]%	[10-20]%
<b>Menzis</b>	[0-10]%	[0-10]%

42. De ACM heeft in haar marktonderzoek uitgebreid en meerdere malen gesproken met deze vijf zorgverzekeraars. Hieronder geeft de ACM een samenvatting van de belangrijkste punten uit deze gesprekken.

#### Selectief inkopen

43. De ACM heeft de zorgverzekeraars gevraagd naar de gevolgen van de voorgenomen fusie voor hun onderhandelingspositie. Hierbij heeft de ACM gezien haar toetsingskader in het bijzonder onderzocht over welke uitwijkmogelijkheden zorgverzekeraars voor en na de fusie kunnen beschikken. De ACM heeft hiertoe onder andere onderzocht wat de mogelijkheden van zorgverzekeraars zijn om selectief in te kopen en wat de gevolgen van de fusie op die mogelijkheden zijn.
44. Zorgverzekeraars geven aan dat selectief inkopen door (te dreigen) actief uit te wijken naar alternatieven niet het voorkeursinstrument is in onderhandelingen met partijen of ziekenhuizen in het algemeen. Zorgverzekeraars maken hierbij een afweging tussen de mogelijke winst van een beter zorginkoopresultaat en de risico's om verzekeren te verliezen door een conflict met een ziekenhuis. Het (commerciële) risico van een conflict maakt dat een zorgverzekeraar er eerst in overleg probeert uit te komen. Menzis en CZ zien selectief inkopen bij partijen op dit moment vooral als een theoretische optie. Zilveren Kruis, VGZ en Zorg en Zekerheid geven aan dat de afweging tussen het zorginkoopbelang en het commerciële risico wel een keer kan leiden tot een verplaatsing van zorgaanbod tussen partijen. Deze zorgverzekeraars geven aan dat het hebben van de ultieme optie van selectief contracteren een positief effect heeft op hun positie in de onderhandelingen.
45. Het actief verplaatsen van een al bestaand zorgaanbod bij een UMC is volgens zorgverzekeraars zeer complex. Een deel van de zorgverzekeraars ziet vooral mogelijkheden in het meer of minder gunnen van groei of het wel of niet toekennen van bepaalde nieuwe behandelingen aan een UMC of ander ziekenhuis. Zilveren Kruis en VGZ zien ontwikkelingen waardoor de rol van de zorgverzekeraar steeds belangrijker wordt en zorgverzekeraars steeds meer op die manier selectief gaan inkopen. Ook Zorg en Zekerheid ziet een trend waarin instrumenten als positieve selectie meer zullen worden ingezet. Alle zorgverzekeraars geven aan dat het niet mogelijk is om een UMC in het geheel niet te contracteren. UMC's leveren namelijk ook zorg die niet door andere ziekenhuizen op de relevante markt wordt aangeboden, unieke zorg. Zorgverzekeraars zullen de UMC's voor die zorg dus altijd moeten contracteren om aan de zorgplicht te kunnen voldoen.
46. Uit het marktonderzoek volgen weinig concrete voorbeelden waarmee zorgverzekeraars kunnen

\* In de openbare versie van dit 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.

<sup>16</sup> Zorg en Zekerheid maakt onderdeel uit van de inkoopcombinatie Multizorg.

laten zien dat zij selectief inkopen bij partijen op het gebied van topzorg of dreigen om dat te doen. Zilveren Kruis, VGZ en Zorg en Zekerheid geven aan dat het hebben van partijen als alternatieven voor topzorg wel degelijk resultaten geeft in de onderhandelingen, maar dat selectief inkopen of de effecten er van niet goed inzichtelijk zijn te maken. Selectief inkopen is volgens een aantal zorgverzekeraars niet altijd op papier of in verslagen terug te vinden. De resultaten van onderhandelingen en de effecten van concurrentie tussen partijen zijn volgens zorgverzekeraars ook niet inzichtelijk, omdat zorgverzekeraars niet over recente declaratiedata beschikken. Het is dan ook niet goed te beoordelen in welke mate doelstellingen met betrekking tot (verschuiving van) volumes aan zorg of het prijsniveau ook daadwerkelijk gerealiseerd worden.

47. Alle zorgverzekeraars geven aan dat het nu al lastig is om te onderhandelen met AMC en VUmc. Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. Zoals hiervoor beschreven geven zorgverzekeraars aan afhankelijk te zijn van partijen, omdat zij vanwege het deel unieke zorg altijd een contract moeten sluiten met partijen. Ook het gebrek aan recente data maakt volgens zorgverzekeraars dat het moeilijk is om te onderhandelen met partijen.

#### Gevolgen van de concentratie

48. De zorgverzekeraars kijken verschillend aan tegen de gevolgen van de voorgenomen fusie op die onderhandelingspositie. CZ en Menzis geven aan dat het effect van de fusie voor de onderhandelingspositie minimaal is. Zoals hiervoor beschreven zien deze zorgverzekeraars ook op dit moment al niet de voordelen van selectief inkopen tussen partijen. Daarnaast vinden deze zorgverzekeraars dat er voor hen voldoende alternatieven overblijven.
49. Zilveren Kruis, VGZ en Zorg en Zekerheid geven aan dat hun onderhandelingspositie ten opzichte van partijen door de fusie (verder) zal verslechteren. Deze zorgverzekeraars achten de (ultieme) optie om een deel van de verzekerden bij een ander ziekenhuis onder te brengen van belang in de onderhandelingen. Die optie valt tussen partijen na de fusie weg waardoor partijen een (nog) dominantere positie krijgen.
50. Zilveren Kruis geeft aan dat partijen na de fusie hun nummer één zorgleverancier worden en dat dit de afhankelijkheid groter maakt. Zilveren Kruis verwacht dat de combinatie van beide UMC's, die beide bepaalde vormen van unieke zorg bieden, een nog sterker blok gaat vormen.
51. Zilveren Kruis geeft ook aan dat het op basis van de capaciteit niet mogelijk is om partijen na de fusie in het geheel niet meer te contracteren. Het is volgens Zilveren Kruis moeilijk in te schatten of alternatieve aanbieders voldoende capaciteit hebben of bereid zijn om capaciteit te creëren om zorg uit het fusieziekenhuis over te nemen, omdat dit van veel factoren afhangt. Ook VGZ geeft aan dat het de vraag is of deze volumes kunnen worden overgenomen door andere aanbieders. VGZ schat dat het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (hierna: AvL) en het Spaarne Gasthuis wel capaciteit kunnen opvangen. Over het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (hierna: OLVG) heeft VGZ daarvoor op dit moment onvoldoende informatie.
52. Zoals gezegd verwachten Menzis en CZ dat hun onderhandelingspositie als gevolg van de fusie niet zal verslechteren. Volgens Menzis zal zij gezien haar beperkte marktaandeel in Amsterdam ook na de fusie over voldoende uitwijkmogelijkheden kunnen beschikken. CZ geeft aan dat het nu al lastig is om te onderhandelen met partijen, vanwege de koppeling in de onderhandelingen van het niet-concurrentiële deel van de topzorg (de zeer specialistische zorg) met het concurrentiële deel. CZ acht selectief inkopen hierbij geen effectief instrument en zet dat ook nu al niet in bij partijen. Dit zal, aldus CZ, na de fusie niet veranderen.

## 7.4 Zienswijze NZa

53. De NZa heeft op 24 augustus 2017 een zienswijze afgegeven. De NZa geeft hierin aan dat AMC en VUmc door te fuseren kiezen voor de meest vergaande vorm van samenwerking en dat er zo een ontzettend grote en zeer complexe zorginstelling ontstaat. Als gevolg hiervan ziet de NZa risico's voor de publieke belangen betaalbaarheid en kwaliteit. De NZa merkt daarbij op dat zij zich ervan bewust is dat een concentratietoetsing op basis van de Mededingingswet niet een (alles) dekkend kader biedt bij het adresseren van de door de NZa naar voren gebrachte risico's en aandachtspunten.
54. De NZa neemt in haar zienswijze ook de input op van de IGZ over de gevolgen van de concentratie voor de kwaliteit. De IGZ heeft aan de NZa het volgende medegedeeld: *"De IGZ geeft geen zienswijze af over de fusie tussen AMC en VUmc. Op dit moment beschikt de IGZ niet over informatie of instrumenten waarmee met zekerheid is vast te stellen dat de fusie leidt tot negatieve gevolgen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Echter, de IGZ merkt op dat een fusieproces van zorginstellingen per definitie risico's voor onder meer kwaliteit en veiligheid van zorg in zich draagt. De IGZ zal ook dit fusieproces dan ook intensief volgen, waarbij aandacht zal zijn voor o.a. governance, cultuur, risicobeheersing bij reorganisatie van zorgprocessen en de kwaliteit en veiligheid van basiszorg. De IGZ blijft gedurende het fusieproces graag in nauw contact staan met de NZa en ACM voor informatie-uitwisseling en nadere afstemming."*
55. De NZa noemt in haar zienswijze de volgende risico's:
- De eventuele macht van partijen op de markt voor non-concurrentiële zorg zou kunnen toenemen waardoor de positie van partijen ten aanzien van concurrentiële zorg kan worden versterkt. Dit kan resulteren in lagere kwaliteit en/of in hogere prijzen voor ziekenhuiszorg waar wel op wordt geconcentreerd.
  - Partijen zouden door de concentratie een dusdanige omvang kunnen krijgen dat er voor zorgverzekeraars bij de inkoop van algemene zorg onvoldoende alternatieve aanbieders overblijven. Ook daarmee ontstaat het risico dat de prijs van die zorg door partijen wordt verhoogd en/of de kwaliteit wordt verlaagd.
  - De econometrische methoden die de NZa heeft toegepast voorspellen prijsstijgingen voor verschillende patiëntgroepen tot maximaal 15,1 procent.
  - De fusie van AMC en VUmc resulteert in een dusdanig grote organisatie dat de NZa een bijzonder grote uitdaging ziet voor partijen om de bestuurbaarheid hiervan voldoende te borgen zowel gedurende het concentratieproces als daarna. Naar inschatting van de NZa bestaat het risico dat hier negatieve effecten op de kwaliteit van zorg aan verbonden zijn.
  - Het fusieziekenhuis heeft het karakter van een instelling die 'too big to fail' kan zijn.
56. Op basis van de informatie waar de NZa op dit moment over beschikt is zij er niet van overtuigd dat de publieke belangen zijn gediend met de fusie van AMC en VUmc.

## 7.5 Beoordeling ACM

57. De ACM licht in dit hoofdstuk toe waarom zij tot de conclusie komt dat de fusie geen significante belemmering van de concurrentie zal opleveren. Allereerst beschrijft zij de rol van zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers in het concurrentieproces. Hieruit concludeert de ACM, anders dan partijen, dat AMC en VUmc op dit moment concurrentie ondervinden van elkaar en van andere ziekenhuizen. Daarna geeft de ACM een toelichting op de data-analyses en vervolgens een overzicht van de posities van partijen en hun concurrenten op de relevante markt. Vervolgens gaat

de ACM in op het aanbod van partijen en hun concurrenten, imago van UMC's, reisbereidheid van patiënten, uitwijkpercentages en de mogelijke capaciteitsbelemmeringen bij concurrenten. Tot slot gaat de ACM in op de mogelijke risico's als gevolg van de grootte van het fusieziekenhuis en de samenvoeging van de niet-concurrentiële zorg van partijen.

### 7.5.1 Concurrentie vanwege patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars

58. De ACM gaat in deze paragraaf in op het concurrentieproces en de rol van zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers hierin. De ACM reageert hiermee ook op het betoog van partijen dat er geen sprake zou zijn van onderlinge concurrentie tussen AMC en VUmc.

#### Concurrentie vanwege zorgverzekeraars

59. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij ziekenhuizen om hun verzekerden van voldoende zorg van goede kwaliteit tegen een zo laag mogelijke prijs kunnen voorzien. Daarbij is het van belang dat zorgverzekeraars tussen zorgaanbieders kunnen kiezen en zo de meeste zorg bij de beste zorgaanbieder kunnen inkopen. Selectief inkopen – of de dreiging om selectief in te kopen – disciplineert ziekenhuizen. Zij worden zo gestimuleerd om op de belangen van zorgverzekeraars (en hun verzekerden) in te blijven spelen. Dit begrenst de onderhandelingsmacht van ziekenhuizen tegenover de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars worden op hun beurt weer gedisciplineerd om goede en betaalbare zorg in te kopen, omdat verzekerden voor een andere zorgverzekeraar kunnen kiezen.
60. Uit het marktonderzoek concludeert de ACM dat zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de verdeling van patiëntstromen door bijvoorbeeld wachtlijsten te beïnvloeden via verschuivingen in productieafspraken of door verzekerden middels kwijschelding van het eigen risico anderszins te stimuleren om voor bepaalde zorgaanbieders te kiezen. Ook wanneer keuzes van patiënten en hun verwijzers veranderen, kunnen zorgverzekeraars hier op reageren en met selectieve inkoop een verschuiving van zorgaanbod en omzet realiseren.
61. De ACM concludeert op basis van de reacties van zorgverzekeraars dat het, al dan niet actief, inzetten van selectieve inkoop vooral een strategische keuze van de zorgverzekeraar is. Zorgverzekeraars wegen steeds het zorginkoopbelang af tegen het commerciële belang. Deze afweging kan per zorgverzekeraar anders uitvallen en kan ook veranderen. De mogelijkheid van selectief inkopen levert een onzekerheid op bij partijen waarmee zij rekening hebben te houden in hun beleid en het maken van productieafspraken en als gevolg waarvan zij concurrentiedruk zullen ervaren.
62. Zorgverzekeraars geven ook aan dat ten opzichte van partijen sprake is van wederzijdse afhankelijkheid, waarbij zowel partijen als zorgverzekeraars er met behulp van benchmarks in onderling overleg en met een beroep op redelijkheid uit willen komen. Selectief inkopen is in de context van UMC's complex en is daarom niet het instrument van eerste keuze. Dit neemt volgens de ACM niet weg dat zorgverzekeraars het instrument wel kunnen inzetten als dat nodig is. Zoals zorgverzekeraars aangeven, heeft het hebben van een alternatief en de ultieme optie om selectief in te kopen een positief effect op de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar.
63. Volgens de ACM neemt de afwezigheid van concrete voorbeelden waarin actief zorgaanbod tussen partijen wordt verplaatst dan ook niet weg dat partijen niet als alternatief voor elkaar kunnen worden benut in onderhandelingen, zodat daar concurrentiedruk vanuit kan gaan. Dat zorgverzekeraars ook het effect van concurrentie door zorgverzekeraars niet inzichtelijk kunnen maken lijkt ook



samen te hangen met een gebrek aan recente declaratiedata en met de moeilijkheid om inzichtelijk te maken dat er causaliteit is tussen een dreiging om selectief in te kopen en de uiteindelijke onderhandelingsresultaten. Daarnaast acht de ACM het aannemelijk dat de dreiging van selectief inkopen niet snel in verslagen terug is te lezen, zoals zorgverzekeraars aangeven.

Concurrentie vanwege patiënten en verwijzers

64. De ACM is het met partijen eens dat uit het onderzoek van Victoor volgt dat het grootste deel van de patiënten niet bewust voor een bepaald ziekenhuis kiest. Een beperkt aantal patiënten maakt volgens de ACM echter wel een bewuste en actieve keuze. Deze groep is volgens Victoor groter wanneer patiënten meerdere ziekenhuizen in de buurt hebben om tussen te kiezen. De ACM concludeert hieruit dat met name een fusie tussen nabij gelegen ziekenhuizen (zoals in dit geval geldt) wel degelijk gevolgen kan hebben voor kiezende patiënten.
65. Daarnaast volgt uit het onderzoek van Victoor dat een deel van de patiënten die niet kiezen het advies van de verwijzer volgt. Ook uit het marktonderzoek van de ACM komt naar voren dat naast de nabijheid van een ziekenhuis, het advies van de arts een belangrijke factor is in de keuze voor een bepaald ziekenhuis. Daarnaast kunnen ook adviezen in de omgeving en eerdere ervaringen een rol spelen in het keuzeproces. Voor eenmalige complexe behandelingen zijn patiënten bereid verder te reizen en speelt de verwijzer een prominentere rol dan de nabijheid.
66. PwC concludeert in haar onderzoek (zie nr 38 en 39) dat de verwijzingen van medisch specialisten niet zijn gebaseerd op kwaliteit. PwC heeft in een enquête de verwijzers zeven keuzefactoren voorgelegd. In het rapport wordt aangegeven dat kwaliteit niet letterlijk is opgenomen in de enquête als keuzefactor, omdat dit te algemeen is, maar is vertaald in *reputatie van de specialist of afdeling*. In het rapport wordt er vervolgens van uit gegaan dat specialisten die op basis van kwaliteit hebben doorverwezen, kiezen voor deze optie. Voor de twee keuzefactoren die het meest genoemd worden door verwijzers, *het kennen van de specialist* en *het kennen van de afdeling*, wordt in het rapport aangenomen dat verwijzers deze keuzefactor alleen kiezen wanneer kwaliteit niet de doorslag geeft in de keuze. De ACM vindt echter dat niet aangenomen kan worden dat verwijzers die deze keuzefactor noemen, weten dat dit alleen bedoeld is voor de gevallen dat zij het kennen van de specialist of afdeling belangrijker vinden dan de kwaliteit van een specialist of afdeling. Op basis van haar eigen marktonderzoek ondersteunt de ACM deze aanname niet. De ACM concludeert dat het kennen van de afdeling of specialist niet een op zichzelf staand criterium is. Het kennen van de specialist of afdeling gaat samen met eerdere ervaringen en een oordeel over de kwaliteit.
67. De ACM constateert in haar marktonderzoek net als PwC dat verwijzers vaak vaste verwijspatronen volgen. De meeste verwijzers zien de bestaande doorverwijsrelaties echter niet als een gegeven en er kan dus van worden afgeweken. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld iets anders wil, dan zal de verwijzer dat doorgaans volgen.
68. Verwijzers geven verschillende redenen voor het ontstaan van een verwijsrelatie. Zo zijn sommige verwijsrelaties ontstaan vanuit de eigen opleiding van verwijzers of houden zij verband met afspraken in het kader van een opleidingsnetwerk of MDO<sup>17</sup>. Uit het marktonderzoek van de ACM komt naar voren dat verwijzers ook concurrentiële aspecten meewegen. Voorwaarde voor een verwijsrelatie is dat de verwijzer vindt dat de kwaliteit van de zorg goed is. Ook andere aspecten, zoals het kunnen maken van goede afspraken over de verwijzingen van patiënten en de toegankelijkheid van het ziekenhuis (bijvoorbeeld in termen van wachttijden) worden genoemd als factoren waardoor een verwijsrelatie ontstaat of wijzigt.

---

<sup>17</sup> MDO staat voor Multidisciplinair Overleg.

### Conclusie

69. Uit bovenstaande concludeert de ACM, anders dan partijen betogen, dat er concurrentiedruk op partijen uitgaat vanuit de keuzemogelijkheden van patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars.
70. Patiënten en verwijzers kunnen een verslechtering van kwaliteit aangrijpen om voor een ander ziekenhuis te kiezen. Juist in een context waarin meerdere ziekenhuizen relatief dicht bij elkaar liggen, zoals bij partijen het geval is, kan een keuze worden gemaakt en zullen ziekenhuizen concurrentiedruk op elkaar leveren.
71. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om bij onvrede verschuivingen in zorgaanbod tussen ziekenhuizen te realiseren. Dat zorgverzekeraars daar vooralsnog niet voor kiezen of terughoudend in zijn, neemt niet weg dat partijen onzekerheid zullen ervaren dat bij een bepaalde inzet zorgverzekeraars tot een andere afweging kunnen komen.

### **7.5.2 Benadering topzorg voor data-analyse**

72. Voor de beantwoording van de vraag of er na de fusie voldoende concurrentiedruk op het fusieziekenhuis zal uitgaan vanuit andere ziekenhuizen, maakt de ACM onder meer gebruik van data-analyses. De ACM heeft voor deze analyses gebruik gemaakt van databestanden die worden beheerd door Vektis. Deze databestanden bevatten gegevens over zorg die alle ziekenhuizen, categorale aanbieders en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) bij zorgverzekeraars hebben gedeclareerd. Deze zorgdata bevatten geen aanduiding of label voor topzorg. Het kunnen onderscheiden van topzorg binnen het totale zorgvolume vergt daarom dat zorg achteraf wordt getypeerd als topzorg of niet.
73. Zoals beschreven bestaat er echter geen eenduidige en gedeelde definitie van topzorg. In het meldingsbesluit heeft de ACM topzorg benaderd door na te gaan welke DOT's<sup>18</sup> met name worden uitgevoerd door UMC's of STZ-ziekenhuizen<sup>19</sup>. Deze benadering was volledig gebaseerd op de aanname dat een specifieke DOT kan worden bestempeld als topzorg wanneer deze voornamelijk is geleverd door een ziekenhuis dat complexere zorgvragen kan behandelen, zoals een STZ-ziekenhuis of een UMC.
74. Deze aanpak leidt tot een vrij grove benadering van de topzorg. Een belangrijke omissie in deze aanpak is dat deze zich voornamelijk richt op de vraag of de zorg complex is (*care complexity*) en niet op de vraag of de patiënt complex is (*case complexity*). Bij deze laatste variant bepaalt de situatie en conditie van de patiënt de mate van complexiteit, bijvoorbeeld omdat die meerdere aandoeningen tegelijk heeft waardoor een op zichzelf eenvoudige ingreep toch complex wordt. *Case complexity* kan er toe leiden dat dezelfde DOT de ene keer complexe zorg behelst en de andere keer niet.<sup>20</sup>
75. In dit besluit benadert de ACM topzorg zowel vanuit de *care complexity* als vanuit de *case complexity*. Hiertoe combineert de ACM de DOT-systematiek en de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt (zie nadere toelichting in de bijlage).

---

<sup>18</sup> DOT staat voor DBC op weg naar Transparantie, waarbij DBC staat voor diagnose-behandelcombinatie.

<sup>19</sup> Meldingsbesluit nr. 117.

<sup>20</sup> Zie ook Eindrapportage Productmarktafbakening ziekenhuiszorg, Twynstra Gudde en SiRM, 20 november 2016.



76. De ACM beschouwt DOT's als topzorg wanneer deze *evident complex* zijn. Hiervan is sprake als de aard van de zorg complex is. Onder evident complexe zorg vallen bijvoorbeeld de "add-ons" (OZP's<sup>21</sup>) voor dure en weesgeneesmiddelen, DOT's voor transplantatiezorg, WBMV<sup>22</sup>-zorg en zorgproducten met daarin besloten bijzondere verrichtingen. Daarnaast beschouwt de ACM DOT's die in de regio van partijen alleen in UMC's en STZ-ziekenhuizen – en dus niet in basisziekenhuizen – zijn verricht ook als topzorg.
77. Om te kunnen bepalen welke patiënt als complex moet worden beschouwd, heeft de ACM in dit besluit de volgende algemene uitgangspunten gehanteerd:
- Complexe zorg is zorg die is verleend aan een patiënt met een complexe zorgvraag, waarbij de complexiteit ligt in het feit dat de patiënt gelijktijdig meerdere aandoeningen of stoornissen heeft ("co-morbiditeit") of in het hebben van een ernstiger ziektebeeld.
  - Een patiënt met een complexe zorgvraag doorloopt een uitgebreider zorgtraject (bijvoorbeeld diverse ziekenhuizen of specialisten, meerdere doorverwijzingen) dan een patiënt met een eenvoudiger zorgvraag; ziekenhuizen met een UMC- of STZ-profiel worden verondersteld complexere zorgvragen te (kunnen) behandelen dan basisziekenhuizen.
78. De ACM definieert de complexe patiënt ten behoeve van data-analyse als volgt. Wanneer een patiënt ten minste drie DOT's binnen dezelfde diagnose heeft afgenomen én ten minste één van die drie DOT's is verricht door een UMC of STZ-ziekenhuis, wordt deze patiënt als complex en daarmee als topzorgpatiënt gezien. Bij zorg die aan deze criteria voldoet beschouwt de ACM alleen de DOT's die zijn verricht in het hoogst gerangschikte ziekenhuis als topzorg. De DOT's die (eventueel) in een lager gerangschikt ziekenhuis zijn verricht krijgen de typering 'geen topzorg'. Op deze wijze krijgt elke declaratiereguleerder in de zorgproductie, zowel van partijen als van andere ziekenhuizen in de regio, de typering 'topzorg' of 'geen topzorg'.
79. Deze uitgangspunten hebben geleid tot de dataset voor topzorg die de ACM in deze vergunningsfase heeft gebruikt om de gevolgen van de fusie op de markt voor topzorg in Noord-Holland+ te onderzoeken. Deze dataset heeft zij gebruikt om de positie van partijen en hun concurrenten op de relevante markt in kaart te brengen. Dit licht de ACM hierna verder toe.

### 7.5.3 Marktaandeelen topzorg

80. Op de markt voor topzorg in Noord-Holland+ zijn naast partijen verschillende UMC's en STZ-ziekenhuizen actief. De ziekenhuizen die actief zijn op deze geografische markt zijn de ziekenhuizen waar patiënten uit Noord-Holland+ naartoe gaan. Dat kunnen dus ook ziekenhuizen zijn die gevestigd zijn buiten de relevante geografische markt.
81. Volgens de analyses in het meldingsbesluit behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van minimaal circa [50-60]% en maximaal circa [60-70]%<sup>23</sup> op de markt voor topzorg in Noord-Holland+. Zoals hiervoor al is toegelicht heeft de ACM in de vergunningsfase een andere en meer fijnmazige manier gehanteerd om topzorg te bepalen. Daarnaast is – in tegenstelling tot het meldingsbesluit –

---

<sup>21</sup> OZP staat voor Overige zorgproducten (de prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC zorgproducten). Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

<sup>22</sup> WBMV staat voor Wet op bijzondere medische verrichtingen.

<sup>23</sup> In het meldingsbesluit heeft de ACM twee verschillende benaderingen gehanteerd om de topzorg te benaderen, die tot twee verschillende marktaandelen hebben geleid. Zie ook het meldingsbesluit rnr. 143.

nu ook de productie van het AvL meegenomen in de berekeningen van de marktaandelen op het gebied van topzorg. De marktaandelen die op basis van deze nieuwe analyses zijn berekend geven dan ook een beter beeld van de positie van partijen op het gebied van topzorg.

82. In tabel 2 staan de marktaandelen van partijen en hun concurrenten in Noord-Holland+ gebaseerd op de nieuwe dataset voor topzorg. Uit deze tabel blijkt dat de meer verfijnde analyse voor het bepalen van topzorg in een lager marktaandeel van partijen resulteert dan in het meldingsbesluit. Partijen behalen een gezamenlijk marktaandeel van circa [30-40]%\* op basis van omzet. Partijen zijn – net als in het meldingsbesluit – met OLVG en Noordwest Ziekenhuisgroep de grootste aanbieders in termen van marktaandeel op de relevante markt voor topzorg in Noord-Holland+.

Tabel 2 – Marktaandelen topzorg<sup>24</sup>

Ziekenhuis	Marktaandeel (%)
VUmc	[10-20]
AMC	[10-20]
<b>Partijen gezamenlijk</b>	[30-40]
OLVG	[10-20]
Noordwest Ziekenhuisgroep	[10-20]
AvL	[0-10]
Westfriesgasthuis	[0-10]
Spaarne Gasthuis	[0-10]
UMCU	[0-10]
LUMC	[0-10]
Spaarne Gasthuis, loc. Kennemer	[0-10]
<b>Subtotaal</b>	[80-90]
Overige ziekenhuizen	[10-20]
<b>Totaal</b>	<b>100</b>

83. Een marktaandeel van [30-40]% kan slechts onder bepaalde omstandigheden tot de conclusie leiden dat de mededinging significant zou kunnen worden beperkt. Dit kan met name het geval zijn wanneer partijen vanwege bijvoorbeeld hun zorgaanbod, specifieke kenmerken, of ligging meer nabije concurrenten zijn dan andere aanbieders of wanneer capaciteitsbeperkingen bestaan die de concurrentiedruk van de overgebleven concurrenten relativeert.<sup>25</sup> De ACM heeft onderzocht of in dit geval sprake is van dergelijke omstandigheden.

<sup>24</sup> Marktaandelen zijn berekend op basis van omzet Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) in 2013.

<sup>25</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), nr. 17.

#### 7.5.4 Concurrentiedruk partijen en andere ziekenhuizen

84. In haar marktonderzoek heeft de ACM zorgverzekeraars en concurrenten gevraagd naar de alternatieven die zij voor elk van partijen op het gebied van topzorg zien. De zorgverzekeraars en concurrenten bevestigen in grote lijnen het beeld dat volgt uit de marktaandelen voor topzorg (tabel 2). Partijen zijn weliswaar (belangrijke) concurrenten van elkaar, maar zij ondervinden ook concurrentiedruk van de andere ziekenhuizen in de regio die topzorg aanbieden. Al deze ziekenhuizen zijn in meer of mindere mate een alternatief voor partijen.
85. Op de markt voor topzorg in de regio Noord-Holland+ zijn verschillende soorten aanbieders actief, met verschillende kenmerken. Er zijn STZ-ziekenhuizen, die net als partijen topzorg bieden, maar wel een ander profiel hebben dan UMC's. Het AvL is een categoriaal ziekenhuis dat is gespecialiseerd in oncologische zorg. Er is ook een verschil in de ligging van de verschillende aanbieders: partijen, OLVG en AvL zijn alle gevestigd in Amsterdam, terwijl de andere aanbieders buiten Amsterdam zijn gevestigd. De ACM heeft onderzocht of omstandigheden als het aanbod van de ziekenhuizen, imago, reisbereidheid van patiënten en de beschikbare capaciteit maakt dat er meer of minder concurrentiedruk uitgaat van de ziekenhuizen op de markt. Ook heeft de ACM gekeken naar de uitwijkpercentages, die een indicatie geven van de mate van concurrentiedruk die uitgaat van de verschillende concurrenten.

##### Overlap in aanbod partijen en andere ziekenhuizen

86. De ACM heeft onderzocht of partijen onderling en partijen en hun concurrenten voor een substantieel deel zorginhoudelijk alternatieven voor elkaar zijn op de markt voor topzorg.
87. De ACM heeft de overlap in zorg tussen partijen en elk van de STZ-ziekenhuizen in de regio Noord-Holland+ en het AvL kwantitatief en kwalitatief onderzocht. In de databijlage beschrijft de ACM in detail op welke wijze zij de kwantitatieve analyse heeft gedaan. De uitkomsten van deze overlapanalyse staan in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 – Overlap tussen partijen en (STZ-)ziekenhuizen in Noord-Holland+

Overlap bezien vanuit:	AMC (Omzet)	AMC (Aantallen)	VUmc (Omzet)	VUmc (Aantallen)
Overlap met				
<b>AMC</b>			[80-90]%	[60-70]%
<b>VUmc</b>	[70-80]%	[50-60]%		
<b>OLVG</b>	[50-60]%	[40-50]%	[50-60]%	[50-60]%
<b>Noordwest Ziekenhuisgroep</b>	[50-60]%	[40-50]%	[50-60]%	[40-50]%
<b>Westfriesgasthuis</b>	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[30-40]%
<b>Spaarne Gasthuis</b>	[20-30]%	[30-40]%	[30-40]%	[30-40]%
<b>AvL</b>	[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[10-20]%

88. Uit deze analyse blijkt voor partijen onderling het volgende: [70-80]% van de totale omzet die AMC behaalt op concurrentiële topzorg betreft zorgactiviteiten die ook door VUmc worden uitgevoerd. Bezien vanuit het VUmc blijkt uit deze analyse dat [80-90]% van de totale omzet die VUmc behaalt op concurrentiële topzorg, zorgactiviteiten betreft die ook door het AMC worden uitgevoerd.

89. Daarnaast geldt dat het OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep voor [50-60]% overlappen met partijen op het gebied van concurrentiële topzorg. Vanuit partijen bezien overlappen partijen met het Westfriesgasthuis en het Spaarne Gasthuis voor ongeveer [20-40]% op het gebied van concurrentiële topzorg. De overlap op topzorg met het aanbod van het AvL is [10-20]%.
90. Dat er voor een groot deel sprake is van overlap tussen het aanbod van AMC en VUmc op topzorg, wordt in het marktonderzoek door de bevroegde ziekenhuizen en zorgverzekeraars bevestigd. Ook de bevroegde verwijzers, die vanuit andere ziekenhuizen naar AMC en VUmc doorverwijzen voor concurrentiële topzorg, geven nagenoeg allemaal aan dat de meeste patiënten op basis van hun ziektebeeld bij beide ziekenhuizen terecht zouden kunnen. De stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG), patiëntenverenigingen en de andere UMC's bevestigen desgevraagd het beeld dat partijen overwegend hetzelfde aanbod hebben.
91. De ACM heeft ook aan zorgverzekeraars gevraagd welke ziekenhuizen zij als alternatief voor partijen zien op het gebied van topzorg. Het OLVG en AvL worden door vrijwel alle zorgverzekeraars genoemd. Het Spaarne Gasthuis, Noordwest Ziekenhuisgroep, Universitair Medisch Centrum Utrecht (hierna: UMCU) en het Leids Universitair Medisch Centrum (hierna: LUMC) worden ook als alternatieven genoemd.
92. Dat deze ziekenhuizen als alternatief worden genoemd vormt uiteraard een aanwijzing dat het aanbod van deze ziekenhuizen overlapt met dat van partijen. De ACM heeft aan de zorgverzekeraars gevraagd nog nader in te gaan op eventuele verschillen in aanbod. Hieruit volgt dat het zorgaanbod op topzorg van OLVG voor een groot deel overlappend en vergelijkbaar met dat van partijen is. Het AvL is uiteraard alleen een alternatief voor oncologische zorg. VGZ wijst er wel op dat partijen veel complexe patiënten met een combinatie van aandoeningen onder behandeling hebben. Waarschijnlijk is de overlap met andere aanbieders daarom lager dan bij partijen onderling. VGZ geeft aan dat deze categorie patiënten minder snel naar het OLVG of het Spaarne Gasthuis gaat. Dit geldt volgens VGZ niet voor het AvL. Voor de overige ziekenhuizen gaan de zorgverzekeraars hier niet specifiek op in.
93. OLVG zelf zegt dat het voor de patiënt een alternatief is voor AMC en VUmc. Het OLVG biedt bijvoorbeeld ook het hoogste level *Intensive Care*-zorg aan. OLVG schat in dat er ongeveer 90% overlap is tussen het aanbod op topzorg van het OLVG en AMC en VUmc. Het AvL geeft aan dat het merendeel van de oncologische zorg wordt aangeboden in alle UMC's en in het AvL. Het Spaarne Gasthuis geeft aan dat het veel zorg kan leveren die ook door UMC's wordt geleverd. Het Spaarne Gasthuis levert bepaalde zorg niet omdat er bijvoorbeeld geen WBMV-vergunning is of een UMC is aangewezen als expertisecentrum.
94. Het LUMC en UMCU bevestigen dat het aanbod van andere UMC's overlapt met dat van partijen. Het UMCU geeft daarbij aan dat er grote overlap is tussen alle UMC's op concurrentiële topzorg, in termen van geleverde zorg, *case mix* en patiëntenpopulatie.
95. De ACM concludeert op basis van haar data-analyse en het onderzoek onder marktpartijen dat het aanbod van AMC en VUmc in grote mate vergelijkbaar is. Uit de kwantitatieve analyse volgt dat ook de andere aanbieders in de regio een alternatief voor partijen zijn, hoewel hun aanbod in mindere mate overlapt met dat van partijen. Zowel de zorgverzekeraars als de concurrenten bevestigen dat andere aanbieders (zoals OLVG) zorginhoudelijk in grote mate een alternatief vormen voor partijen. Voor oncologische zorg – ook een substantieel deel van het zorgaanbod van partijen – is het AvL een belangrijk alternatief.

Imago

96. Partijen zijn beide een UMC. De ACM heeft onderzocht of dit gegeven een voordeel oplevert in de concurrentie met ziekenhuizen die topzorg aanbieden en geen UMC zijn. In Noord-Holland+ gaat het dan om de STZ-ziekenhuizen en AvL. In het marktonderzoek en in de meldingsfase kwamen enkele aanwijzingen naar voren dat het makkelijker is om selectief in te kopen tussen UMC's. Verzekerden willen de optie hebben om naar een UMC te gaan en in de meldingsfase gaf een aantal zorgverzekeraars daarom aan een verschuiving tussen UMC's makkelijker aan hun verzekerden uit te kunnen uitleggen dan een verschuiving tussen een UMC en bijvoorbeeld een STZ ziekenhuis. Daarom heeft de ACM marktpartijen expliciet gevraagd of er een verschil in imago is tussen UMC's en STZ-ziekenhuizen en wat dit betekent voor de concurrentiedruk van de STZ-ziekenhuizen op partijen.
97. VGZ geeft aan dat het imago van een UMC voor een deel van de zorg een verschil maakt. Dit is volgens VGZ voornamelijk bij *second opinions* het geval, omdat UMC's vaak de laatste mogelijkheid zijn waar patiënten naar toe kunnen. Zorg en Zekerheid geeft aan dat het lastig is om in te schatten of dit bij patiënten een rol speelt. Zilveren Kruis geeft aan dat, gelet op de patiëntenstromen die zij heeft bekeken, er geen verschil in imago lijkt te zijn tussen partijen en STZ-ziekenhuizen. Voor AvL geeft Zilveren Kruis aan dat deze qua imago gelijk of zelfs een hoger niveau lijkt te hebben voor patiënten. Menzis geeft aan dat er onvoldoende aanwijzingen zijn om aan te nemen dat patiënten beter af zijn in een UMC dan in een topklinisch ziekenhuis. CZ geeft ten slotte ten aanzien van het OLVG aan niet in te kunnen schatten of het imago in het nadeel werkt, maar dat dit effect op het eerste gezicht beperkt lijkt.
98. NFK heeft aangegeven dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt leidend is. Wanneer zorgverzekeraars zorg verplaatsen naar een ziekenhuis waar de kwaliteit even goed of zelfs beter is, maar de prijs lager, zal NFK dit steunen. Daarbij maakt het voor NFK niet uit of het een UMC is of een ander ziekenhuis. NFK schat dan ook in dat dit geen verschil zal uitmaken voor de uitleg van de zorgverzekeraar aan de patiënt.
99. Uit het onderzoek onder marktpartijen komt niet naar voren dat er een verschil in imago is tussen een UMC en een ander ziekenhuis dat topzorg aanbiedt. De concurrentiedruk tussen partijen onderling is daarom ook niet groter vanwege het UMC-imago dan de concurrentiedruk van andere aanbieders van concurrentiële topzorg.

Reisbereidheid patiënten

100. Zoals in randnummer 31 is beschreven, gaat de ACM uit van een geografische markt die de regio Noord-Holland+ omvat. Hoewel alle STZ-ziekenhuizen in deze regio alternatieven voor partijen zijn, geven de meeste zorgverzekeraars aan dat vooral de ziekenhuizen in Amsterdam (OLVG, AvL) belangrijke alternatieven voor partijen zijn. Op basis van haar ervaring met wachttijdbemiddeling, zegt VGZ dat de ziekenhuizen buiten Amsterdam in mindere mate alternatieven zijn, vanwege de beperkte reisbereidheid van patiënten. Volgens VGZ nemen patiënten uit Amsterdam een langere wachttijd voor lief om in Amsterdam te blijven. Ziekenhuizen zoals het Spaarne Gasthuis en de Noordwest Ziekenhuisgroep zijn daarom maar voor een beperkt deel van de verzekerden (Amsterdam-West) een alternatief voor AMC en VUmc. CZ zegt dat het IJ een geografische barrière vormt, waardoor de ziekenhuizen ten noorden van Amsterdam in mindere mate een alternatief voor partijen zijn. CZ geeft aan dat uit onderzoek is gebleken dat patiënten voor bepaalde behandelingen wel bereid zijn om verder te reizen. Menzis zegt ook dat de reisbereidheid afhangt van de patiënt, de aandoening en bijvoorbeeld het aantal behandelingen dat de patiënt moet ondergaan.

101. Hoewel uit het marktonderzoek volgt dat de reisbereidheid van sommige patiënten beperkt is, noemen zorgverzekeraars andere UMC's wel als alternatief voor partijen. Zilveren Kruis ziet het UMCU, AvL, LUMC en het Erasmus Medisch Centrum als alternatieven voor zorg die in de regio Noord-Holland+ nu maar door één aanbieder wordt aangeboden. Zorg en Zekerheid zegt dat de overige academische ziekenhuizen een alternatief zijn. Menzis zegt dat UMCU en LUMC alternatieven zijn voor partijen voor de ingewikkelde behandelingen.
102. Uit het voorgaande volgt dat zorgverzekeraars verschillende alternatieven zien, maar ook benadrukken dat de alternatieven in Amsterdam meer natuurlijke alternatieven zijn voor partijen dan de ziekenhuizen die buiten Amsterdam gevestigd zijn. Dit geldt met name voor de patiënten die wonen in (de regio) Amsterdam. Een omvangrijk deel van de topzorgpatiënten van partijen uit Noord-Holland+ is echter afkomstig van buiten Amsterdam.<sup>26</sup> Voor deze patiënten is steeds een ander alternatief nabij gelegen en ook deze ziekenhuizen zorgen daarom voor een deel van de concurrentiedruk op partijen. Bij de bespreking van de uitwijkpercentages gaan we hier verder op in.

#### Uitwijkpercentages

103. Om een beeld te krijgen van de mate waarin andere ziekenhuizen concurrentiedruk uitoefenen op AMC en VUmc, heeft de ACM (naast de marktaandelen) ook de uitwijkpercentages in de regio Noord-Holland+ berekend. De uitwijkpercentages geven aan in welke verhouding patiënten andere ziekenhuizen (waaronder de fusiepartner) als alternatief zien wanneer het ziekenhuis van hun eerste keus niet beschikbaar is.<sup>27</sup> Dit geeft een indruk van de mate waarin patiënten zouden uitwijken naar andere ziekenhuizen, als de kwaliteit van AMC of VUmc zou verslechteren of de prijs zou stijgen<sup>28</sup>. Hoe groter het uitwijkpercentage naar een bepaald ziekenhuis is, des te meer concurrentiedruk dat ziekenhuis uitoefent. Dit effect wordt met name bepaald door de mate waarin de verschillende ziekenhuizen patiënten uit hetzelfde gebied trekken en het belang van dit gebied voor het betreffende ziekenhuis.
104. Uit de berekeningen van de ACM volgt dat vanuit het AMC gezien het OLVG de meest nabije concurrent is met een uitwijkpercentage van [30-40]%. Daarna volgen VUmc met [20-30]%, AvL met [10-20]% en de Noordwest Ziekenhuisgroep met [5-10]%. Geen van de overige ziekenhuizen heeft een uitwijkpercentage van meer dan 5%. Ook vanuit het VUmc gezien is het OLVG de meest nabije concurrent met een uitwijkpercentage van [20-30]%. Daarna volgen AMC met [20-30]%, AvL met [10-20]%, Noordwest Ziekenhuisgroep met [5-10]%, Spaarne Gasthuis met [5-10]% en Westfriesgasthuis met [5-10]%. Geen van de overige ziekenhuizen heeft een uitwijkpercentage van meer dan 5%. Deze uitwijkpercentages wijzen erop dat het OLVG de meest nabije concurrent is van zowel AMC als VUmc gevolgd door de fusiepartner.
105. De NZa heeft voor de 5 belangrijkste patiëntengroepen (de patiëntengroepen met de hoogste omzet bij de fusieziekenhuizen) diversion ratios berekend. Deze diversion ratios zijn ook te beschouwen als uitwijkpercentages. De door de NZa berekende diversion ratios verschillen sterk tussen de diverse patiëntengroepen. Voor sommige patiëntengroepen zijn partijen de meest nabije concurrenten, voor andere patiëntengroepen geldt dit niet. Voor vrijwel alle productgroepen kan één

---

<sup>26</sup> Volgens berekeningen van de ACM is dit [60-70]%.

<sup>27</sup> Het uitwijkpercentage van AMC naar VUmc geeft bijvoorbeeld aan dat [20-30]% van de patiënten uit het werkgebied van AMC die geen zorg afnemen bij AMC uitstromen naar VUmc.

<sup>28</sup> Hoewel patiënten slechts beperkt gevoelig zullen zijn voor prijsstijgingen, kunnen zij toch reageren op prijsveranderingen als reactie op de selectieve inkoop van zorgverzekeraars en wijzigingen in wachtlijsten.

van de Amsterdamse ziekenhuizen (OLVG of AvL) op basis van de diversion ratios worden beschouwd als een nabije concurrent voor zowel AMC als VUmc.

106. Daarnaast constateert de ACM dat de door de NZa berekende diversion ratios naar de overige ziekenhuizen hoog zijn wat erop duidt dat de concurrentiedruk van de overige ziekenhuizen substantieel is.

#### Capaciteit alternatieven

107. In het algemeen geldt dat de concurrentiedruk die uitgaat van andere spelers minder zou kunnen zijn dan op basis van bijvoorbeeld marktaandeelen verwacht zou worden wanneer sprake is van grote capaciteitsbelemmeringen bij deze concurrenten. In het marktonderzoek heeft de ACM echter niet geconstateerd dat er bij de concurrenten van partijen sprake zou zijn van grotere belemmeringen met betrekking tot capaciteit dan bij partijen zelf.
108. Een aantal zorgverzekeraars heeft gedurende het marktonderzoek vraagtekens geplaatst bij de beschikbare capaciteit bij concurrenten. Deze zorgverzekeraars geven aan dat het op basis van capaciteit niet mogelijk is om partijen na de fusie helemaal niet meer te contracteren. VGZ geeft aan dat zij ten aanzien van het AvL en het Spaarne Gasthuis inschatten dat deze mogelijk wel capaciteit op kunnen vangen en dat zij ten aanzien van het OLVG daarvoor onvoldoende informatie hebben. Volgens Zilveren Kruis is het moeilijk in te schatten of alternatieve aanbieders voldoende capaciteit hebben of bereid zijn om capaciteit te creëren om zorg uit het fusieziekenhuis over te nemen, omdat dit van veel factoren afhangt. Ook de NZa benoemt dit in haar zienswijze als een risico van de fusie.
109. Zorgverzekeraars gaan in het marktonderzoek vooral in op de situatie dat zij partijen helemaal niet meer zouden willen contracteren en zij lijken de inschatting van de capaciteit bij alternatieven ook binnen die context te maken. De ACM benadrukt dat het voor disciplineren echter niet nodig is om partijen in het geheel niet te contracteren. Zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek juist aan dat zij vooral mogelijkheden zien in het meer of minder gunnen van groei of het toekennen van bepaalde nieuwe behandelingen aan een UMC of ander ziekenhuis. Een klein deel van de zorg verplaatsen of de groei beperken kan dus al voldoende zijn om partijen te disciplineren.
110. De concurrenten van partijen hebben tijdens het marktonderzoek niet gewezen op capaciteitsbelemmeringen. OLVG en AvL hebben in de gesprekken aangegeven dat het voor hen geen probleem zou zijn om capaciteit over te nemen van partijen. AvL geeft in de gesprekken aan dat zij de afgelopen jaren is gegroeid en dat zij nog harder zou kunnen groeien. Het OLVG geeft aan dat zij een alternatief is voor partijen en dat zij bovendien groter is dan partijen op het gebied van patiëntenzorg.
111. De ACM concludeert op basis van het voorafgaande dat er geen sprake is van dusdanige capaciteitsbelemmeringen bij de concurrenten dat er van deze concurrenten slechts beperkte concurrentiedruk zou uitgaan.

#### Conclusie concurrentiedruk partijen en andere ziekenhuizen

112. Gebleken is dat AMC en VUmc weliswaar belangrijke alternatieven voor elkaar zijn, maar dat er in de regio Noord-Holland+ voldoende andere reële alternatieven voor partijen zijn op het gebied van topzorg. Het OLVG is in ieder geval een even belangrijk alternatief voor partijen, wanneer gekeken wordt naar ligging en aanbod. Op basis van de uitwijkpercentages is het OLVG zelfs het belangrijkste alternatief voor patiënten voor zowel AMC als VUmc. Voor oncologie is het AvL ook een belangrijk alternatief, gezien de ligging en het aanbod. De overige alternatieven zijn minder nabije concurrenten omdat deze verder weg gelegen zijn van partijen dan het OLVG en het AvL.



Toch zijn ook dit belangrijke alternatieven, in ieder geval voor een deel van de patiënten van partijen.

### 7.5.5 Omvang van partijen en positie op niet-concurrentiële zorg

113. Zowel een aantal marktpartijen als de NZa geeft aan dat enerzijds de grootte van de organisatie die na de fusie zal ontstaan en anderzijds het samenvoegen van de niet-concurrentiële zorg van partijen na de fusie risico's opleveren.
114. Zoals in randnummer 55 is beschreven ziet de NZa als gevolg van de omvang na de fusie risico's voor de bestuurbaarheid van de organisatie. Ook heeft het fusieziekenhuis volgens de NZa het karakter van een instelling die "*too big to fail*" kan zijn. De ACM ziet dat dergelijke risico's kunnen samenhangen met het ontstaan van grote organisaties. Echter, de ACM stelt ook vast dat deze risico's geen verband houden met het wegvallen van concurrentiedruk. Deze risico's vallen, zoals de NZa zelf ook al aangeeft (zie randnummer 53), dan ook niet binnen de reikwijdte van de mededingingstoets en kunnen niet door de ACM worden geadresseerd.
115. Volgens Zilveren Kruis zal haar onderhandelingspositie ook verslechteren omdat partijen samen de grootste onderhandelingspartner van Zilveren Kruis worden. Dat zal volgens Zilveren Kruis gevolgen hebben voor haar afhankelijkheid. Het uitgangspunt voor de beoordeling van de gevolgen van de fusie op de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars is de analyse van de positie van partijen en hun concurrenten op het gebied van topzorg in de regio Noord-Holland+. Gezien de alternatieven op de markt die overblijven zoals hiervoor is toegelicht, is het volgens de ACM niet aannemelijk dat de onderhandelingspositie van Zilveren Kruis hierdoor aanzienlijk verslechtert.
116. Naast de risico's vanwege de omvang van het fusieziekenhuis en mogelijke capaciteitsbeperkingen die hierboven zijn besproken, verwacht Zilveren Kruis dat partijen na de fusie een nog sterker blok kunnen vormen, omdat de unieke zorg, die de ACM onder de niet-concurrentiële zorg schaaft, van beide ziekenhuizen dan bij één ziekenhuis moet worden ingekocht. Ook de NZa heeft in haar zienswijze aangegeven dat zij het risico ziet dat eventuele macht van partijen op de markt voor niet-concurrentiële zorg zou kunnen toenemen waardoor de positie van partijen ten aanzien van concurrentiële zorg kan worden versterkt.
117. Uit het marktonderzoek is niet gebleken dat het samenvoegen van het unieke (niet overlappende) zorgaanbod van de twee ziekenhuizen effect heeft op de onderhandelingen, zoals Zilveren Kruis betoogt en ook de NZa als risico opwerpt. De vraag die in deze fusiebeoordeling moet worden beantwoord, is of de voorgenomen fusie iets verandert aan de positie van partijen op de unieke zorg. Dit is volgens de ACM niet aannemelijk. Partijen zijn met betrekking tot hun unieke aanbod ook voor de fusie geen alternatief voor elkaar en ondervinden voor dit type zorg ook nu geen concurrentiedruk van elkaar. Mede gezien de coördinatie die het Ministerie van VWS ten aanzien van dit type zorg van UMC's vraagt is ook potentiële concurrentie ten aanzien van dit type unieke zorg niet aannemelijk. Volgens de ACM geldt dan ook dat in de situatie voor en na de fusie verzekeraars beide partijen moeten contracteren voor het unieke zorgaanbod en dus niet om partijen heen kunnen. Voor zover partijen vanwege hun unieke zorgaanbod, de niet-concurrentiële zorg, over een sterke positie in onderhandelingen met zorgverzekeraars kunnen beschikken, acht de ACM het niet aannemelijk dat die onderhandelingsmacht verder zal toenemen als gevolg van de fusie. Zorgverzekeraars beschikken met betrekking tot de niet-concurrentiële zorg voor en na de fusie niet over uitwijkmogelijkheden.



118. De conclusie van de ACM dat het niet aannemelijk is dat de afhankelijkheid van verzekeraars ten opzichte van partijen als gevolg van de voorgenomen concentratie in significante mate zal wijzigen, doet niet af aan de mogelijkheid van de NZa om over te gaan tot een onderzoek op grond van artikel 48 en/of 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen.

#### 7.5.6 Conclusie beoordeling gevolgen concentratie

119. Bovenstaande leidt de ACM tot de conclusie dat de fusie niet tot een significante beperking van de mededinging leidt. Gezien het relatief beperkte gezamenlijke marktaandeel van partijen voor concurrentiële topzorg ([30-40]%), het aanbod en de capaciteit van concurrenten en de uitwijkpercentages waaruit blijkt dat OLVG voor veel patiënten het eerste alternatief is, concludeert de ACM dat er ook na de fusie voldoende concurrentie op het gebied van topzorg in de regio Noord-Holland+ overblijft. Uit het onderzoek is gebleken dat met name het OLVG en AvL geschikte alternatieven voor partijen zijn. Zorgverzekeraars kunnen die ziekenhuizen (en in mindere mate ook ziekenhuizen buiten Amsterdam) ook na de fusie in onderhandelingen met partijen benutten. Voor zover dit belemmerd wordt door een sterke positie die partijen ontlenen aan hun aanbod van niet-concurrentiële zorg, verergert dat niet door de fusie.

## 8 Conclusie

120. AMC en VUmc hebben bij de ACM een vergunningaanvraag ingediend omdat zij willen fuseren. De ACM concludeert dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het concentratietoezicht, dat geregeld is in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet.
121. De ACM 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. Daarom heeft de ACM besloten om een vergunning te verlenen.

Datum: 5 september 2017

Autoriteit Consument en Markt,  
namens deze,

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

Als u rechtstreeks belanghebbende bent, kunt u beroep instellen tegen dit besluit. Stuur uw gemotiveerde beroepschrift naar de rechtbank Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam. Dit moet u doen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit aan de bij de concentratie betrokken ondernemingen. Meer informatie over de beroepsprocedure vindt u op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).

## Bijlage 1 – Kwantitatieve analyse van de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc

### B1.1 Inleiding

122. Deze bijlage bevat een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte data en de data-analyses die de ACM in de vergunningsfase heeft uitgevoerd in het kader van haar beoordeling van de voorgenomen concentratie tussen AMC en VUmc.
123. In het meldingsbesluit heeft de ACM geconstateerd dat deze voorgenomen fusie de mededinging op de markt voor topzorg op significante wijze zou kunnen belemmeren. Bij de beoordeling van de vergunningsaanvraag voor deze fusie heeft de ACM zich dan ook gericht op de gevolgen van de fusie voor de topzorg.
124. De data-analyses die de ACM in deze bijlage beschrijft hebben tot doel om een scherper beeld te krijgen van topzorg. De ACM realiseert dit door onderstaande vragen te beantwoorden:
- Welk deel van de zorg die partijen leveren is concurrentiële topzorg? Hoe groot is dit deel bij andere ziekenhuizen?
  - Wat is op de topzorg de overlap tussen partijen onderling en tussen partijen en andere ziekenhuizen?
  - Wat is de positie van partijen op de markt voor topzorg? Wat is het marktaandeel van partijen en van andere ziekenhuizen en wat zijn de uitwijkpercentages tussen partijen en andere ziekenhuizen?
125. Om deze vragen te kunnen beantwoorden moet in de dataset(s) over verrichte zorg worden bepaald wat tot de concurrentiële topzorg behoort. De zorgdata bevatten echter geen aanduiding of label voor topzorg. Het kunnen onderscheiden van topzorg binnen het totale zorgvolume vergt daarom dat zorg achteraf wordt getypeerd als topzorg of niet.
126. Er bestaat geen eenduidige en gedeelde definitie van (concurrentiële) topzorg. In het meldingsbesluit heeft de ACM de topzorg benaderd door na te gaan welke DOT's met name worden uitgevoerd door UMC's of STZ-ziekenhuizen. Deze aanpak leidt tot een vrij grove benadering van de topzorg. Een belangrijke omissie in deze aanpak is dat deze zich voornamelijk richt op de vraag of de verleende zorg complex is (*care complexity*) en niet op de vraag of de patiënt complex is (*case complexity*).<sup>29</sup> Bij deze laatste variant bepaalt de situatie en conditie van de patiënt de mate van complexiteit, bijvoorbeeld omdat die meerdere aandoeningen tegelijk heeft waardoor een op zichzelf eenvoudige ingreep toch complex wordt. *Case complexity* kan ertoe leiden dat dezelfde DOT de ene keer complexe zorg behelst en de andere keer niet.<sup>30</sup>
127. In dit besluit benadert de ACM topzorg zowel vanuit de *care complexity* als vanuit de *case complexity*. Hiertoe combineert de ACM de DOT-systematiek en de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt (zie nadere toelichting in hoofdstuk B1.3 van deze bijlage).

---

<sup>29</sup> Partijen stellen ook dat de DOT-methodiek niet is bedoeld en niet geschikt is voor de vergelijking van de inhoud van zorg, maar vooral is bedoeld voor het indelen van zorgactiviteiten in "declareerbare eenheden".

<sup>30</sup> Zie ook Eindrapportage Productmarktafbakening ziekenhuiszorg, Twynstra Gudde en SiRM, 20 november 2016.

128. In deze bijlage zet de ACM achtereenvolgens uiteen welke data zij heeft gebruikt bij de analyses in dit besluit en welke uitgangspunten en veronderstellingen zij heeft gebruikt om zorg te typeren als concurrentiële topzorg. Vervolgens zal de ACM ingaan op de resultaten van de analyses en beschrijven welke conclusies zij daaraan verbindt.

## B1.2 Gebruikte data

129. De ACM heeft voor haar analyses gebruik gemaakt van databestanden die worden beheerd door Vektis. Deze databestanden bevatten gegevens over zorg die alle ziekenhuizen, categorale aanbieders en ZBC's bij zorgverzekeraars hebben gedeclareerd. Deze bestanden bestaan uit regels, waarbij elke regel een declaratie voorstelt voor een specifieke combinatie van diagnostiek en behandeling voor een specifieke patiënt. Elke regel bevat een groot aantal variabelen, met (gecodeerde) informatie over de patiënt<sup>31</sup>, het ziekenhuis dat de zorg heeft verricht, de verwijzer (arts of zorgaanbieder), de aard van de diagnose en de zorg, de vergoeding die de zorgverzekeraar heeft afgesproken met de zorgaanbieder, et cetera.
130. De ACM heeft gebruik gemaakt van de declaratiebestanden van de jaren 2012-2014. De ACM beschikte ten tijde van deze analyse niet over gegevens die recenter zijn dan 2014.
131. De ACM heeft voor AMC en VUmc de totale Zvw-vergoeding in 2013 zoals opgenomen in de Vektis-bestanden, EUR [...], (som van de Zvw-vergoedingen per declaratieregel) vergeleken met de som van de opbrengsten uit hoofde van de Zvw die AMC en VUmc in hun jaarrekeningen 2013 hebben vermeld, EUR 765 mln. Het verschil tussen beide grootheden bedraagt EUR [...] ([0-10%])<sup>32</sup>. Op grond hiervan vindt de ACM dat de conclusies die de ACM uit haar data-analyse trekt representatief zijn voor de situatie bij partijen.

## B1.3 Bepalen van topzorg

### B1.3.1 Inleiding

132. In het meldingsbesluit is de ACM er, ter bepaling van de topzorg, van uitgegaan dat een DOT topzorg weergeeft wanneer deze vaker wordt uitgevoerd door UMC's en STZ-ziekenhuizen dan door basisziekenhuizen. De ACM heeft dit in twee benaderingen uitgewerkt waarbij de ACM de verschillende aanbieders in de regio van partijen op basis van hun complexiteitsprofiel had ingedeeld en de door hen uitgevoerde DOT's leidend waren voor de afbakening van de topzorg. Het aanbiedersprofiel in combinatie met de DOT's zelf zijn in de analyses gebruikt.
133. Deze beide benaderingen in de meldingsfase waren volledig gebaseerd op de aanname dat een specifieke DOT kan worden bestempeld als 'topzorg' of 'niet-topzorg' wanneer deze voornamelijk is geleverd door een ziekenhuis dat complexere problematiek kan behandelen, zoals een STZ-ziekenhuis of een UMC.
134. Zoals hiervoor al aangegeven (zie randnummer 126) kan topzorg echter niet uitsluitend aan een DOT worden afgemeten, maar bepaalt ook de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt (case

---

<sup>31</sup> De ACM beschikt alleen over geanonimiseerde gegevens.

<sup>32</sup> Het aantal declaratieregels per jaar voor AMC en VUmc samen is ongeveer [...], met een totale Zvw-vergoeding van ca. EUR [...]. De opbrengsten uit hoofde van de Zvw die AMC en VUmc in hun jaarrekeningen 2013 hebben vermeld, bedragen ca. EUR 765 mln gezamenlijk (transitievergoedingen en academische bijdragen zijn buiten beschouwing gelaten).

*complexity*) of zorg als topzorg te beschouwen is of niet. Als een patiënt meerdere aandoeningen heeft en daardoor een combinatie van DOT's ontvangt, die op zichzelf niet als topzorg te beschouwen zijn, kan – door de combinatie hiervan – toch sprake zijn van een complexe zorgvraag en daarmee van topzorg. Door uitsluitend naar complexe DOT's te kijken blijft deze categorie ten onrechte buiten beschouwing.

135. Op grond van het bovenstaande hanteert de ACM in dit besluit een andere benadering van topzorg dan in het meldingsbesluit. In dit besluit gaat de ACM er van uit dat sprake is van (concurrentiële) topzorg wanneer hetzij de DOT hetzij de patiënt als complex kan worden beschouwd.
136. De ACM gaat bij de data-analyses uit van een geografische markt die de provincie Noord-Holland en de gemeenten Lelystad, Almere en De Ronde Venen omvat (hierna aangeduid als: Noord-Holland+).<sup>33</sup>

### B1.3.2 Bepaling complexe DOT's

137. Voorafgaand aan haar analyses heeft de ACM uit de databestanden van Vektis de regels geëlimineerd die foute of onbruikbare gegevens bevatten.<sup>34</sup> De ACM laat ook de DOT's die betrekking hebben op nierdialyse buiten beschouwing.<sup>35</sup> De ACM laat ook de zorg die uitsluitend door hetzij AMC hetzij VUmc is verricht ("unieke zorg") buiten beschouwing bij de bepaling van concurrentiële topzorg, omdat beide partijen op deze zorg kennelijk geen alternatief voor elkaar en voor andere ziekenhuizen in de regio vormen en daarmee geen concurrentiedruk op elkaar en op andere ziekenhuizen uitoefenen. Tenslotte neemt de ACM van de declaratieregels die OZP's bevatten uitsluitend de geneesmiddel-OZP's mee in haar analyse. Deze OZP's worden vaak tezamen met een DOT als complexe zorg gezien. De overige OZP's zijn dus niet in de analyse meegenomen.
138. In onderstaande tabel heeft de ACM de eliminaties samengevat.

Tabel 4 - Eliminaties uit declaratieregels

Overzicht eliminaties	Aantal regels (bij benadering)	Zvw opbrengsten (EUR mln.)
Oorspronkelijke dataset	[...]	[...]
<b>Eliminaties:</b>		
Foutieve of onbruikbare regels	[...]	[...]
OZP's, met uitzondering van geneesmiddelen	[...]	[...]
Nierdialyse	[...]	[...]
Unieke zorg	[...]	[...]
<b>Totaal eliminaties</b>	[...]	[...]
<b>Resteert</b>	[...]	[...]

<sup>33</sup> Zie randnummer 31.

<sup>34</sup> Dit betreft foutieve BSN-nummers, lege of foutieve postcodes, DOT's die (administratief) pas zijn gestart nadat de patiënten in kwestie zijn overleden, ontbrekende diagnoses, zorg die onder de aanvullende verzekering valt en DOT's zonder declaratiebedrag.

<sup>35</sup> Bij nierdialyse is, vanwege het repeterend karakter van de behandeling, sprake van een groot aantal DOT's per patiënt per jaar. Aangezien de ACM de bepaling van topzorg mede afmeet aan het aantal DOT's dat een patiënt ontvangt, zou de analyse hierdoor verstoord worden.

139. De ACM beschouwt DOT's als complex als deze:
- i. *evident complex* zijn; hiervan is sprake als de aard van de zorg complex is. Onder evident complexe zorg vallen bijvoorbeeld de "add-ons" (OZP's) voor dure en weesgeneesmiddelen, DOT's voor transplantatiezorg, WBMV-zorg en zorgproducten met daarin besloten bijzondere verrichtingen. De lijst evident complexe DOT's is relatief kort.<sup>36</sup>
  - ii. in de regio van partijen alleen in UMC's en STZ-ziekenhuizen zijn verricht. Deze categorie omvat 557 DOT's.

### B1.3.3 Bepaling complexe patiënt

#### B1.3.3.1 Algemene uitgangspunten

140. Om te kunnen bepalen welke patiënt als complex moet worden beschouwd, heeft de ACM de volgende algemene aannames gedaan:
- i. Complexe zorg is zorg die is verleend aan een patiënt met een complexe zorgvraag, waarbij de complexiteit ligt in het feit dat de patiënt gelijktijdig meerdere aandoeningen of stoornissen heeft ("co-morbiditeit") of in het hebben van een ernstiger ziektebeeld;
  - ii. Een patiënt met een complexe zorgvraag doorloopt een uitgebreider zorgtraject (bijvoorbeeld diverse ziekenhuizen of specialisten, meerdere doorverwijzingen) dan een patiënt met een eenvoudiger zorgvraag;
  - iii. Ziekenhuizen met een UMC- of STZ-profiel worden verondersteld complexere zorgvragen te (kunnen) behandelen dan basisziekenhuizen.<sup>37</sup>
141. De ACM heeft in de volgende paragrafen het element 'complexe patiënt' nader geconcretiseerd tot patiënten die in het jaar 2013:
- i. meerdere DOT's hebben afgenomen binnen dezelfde diagnose of
  - ii. meerdere diagnoses tegelijkertijd hebben of
  - iii. door meerdere specialisten tegelijkertijd behandeld zijn.
142. De ACM gebruikt in de analyse in de vergunningsfase de data uit de Vektis-bestanden over het jaar 2013 als basisjaar. De Vektis-bestanden over 2012 en 2014 zijn alleen gebruikt om bij die patiënten, bij wie de behandelperiode over de jaargrens (2012-2013 of 2013-2014) loopt, vast te stellen welk effect dit heeft op de situatie in 2013.
143. De ACM heeft voor de uitwerking van dit criterium een dataset gebruikt zoals beschreven in hoofdstuk B1.2 en waarin de ziekenhuizen zijn opgenomen die zijn gelegen in het gebied Noord-Holland+.

#### B1.3.3.2 Meerdere DOT's binnen een diagnose

144. De ACM heeft in deze dataset declaratieregels gemarkeerd als "topzorg" als de desbetreffende patiënt ten minste drie DOT's<sup>38</sup> binnen dezelfde diagnose heeft afgenomen én ten minste één van

<sup>36</sup> De ACM heeft deze lijst in overleg met de NZa vastgesteld. Deze lijst bevat 262 unieke zorgproducten en 138 geneesmiddel-OZP's.

<sup>37</sup> De ACM realiseert zich dat deze aanname kenmerken vertoont van een kringredenering (de zorgcomplexiteit is nu juist te onderzoeken en zou in beginsel niet moeten worden beïnvloed door de vooronderstelling dat een bepaald ziekenhuis relatief veel of weinig complexe zorg levert), maar de ACM constateert, mede op basis van het marktonderzoek, dat er tamelijk grote consensus bestaat over het profiel van de verschillende ziekenhuizen.

<sup>38</sup> De ACM acht de drempel van drie DOT's redelijk ter bepaling van complexe zorg. Gemiddeld neemt een patiënt binnen eenzelfde diagnose 1,2 DOT's af. Van de onderzochte patiënten heeft 81% één DOT afgenomen (binnen dezelfde diagnose) en heeft 15% twee DOT's afgenomen (binnen dezelfde diagnose). Slechts 2,5% van de patiënten

die drie DOT's is verricht door een UMC of STZ-ziekenhuis. In een dergelijke situatie is sprake van een zekere "opschaling" binnen de diagnose naar een STZ- of UMC-ziekenhuis. Op grond hiervan veronderstelt de ACM dat het eerste ziekenhuis de zorg die nodig was voor deze patiënt niet kon aanbieden. Bij zorg die aan deze criteria voldoet beschouwt de ACM alleen de DOT's die zijn verricht in het hoogst gerangschikte ziekenhuis als topzorg. De DOT's die (eventueel) in een lager gerangschikt ziekenhuis zijn verricht krijgen de typering 'geen topzorg'. Op deze wijze krijgt elke declaratiereguleerder in de zorgproductie, zowel van de UMC's van partijen als van andere ziekenhuizen in de regio, de typering 'topzorg' of 'geen topzorg'.

145. De ACM heeft de ziekenhuizen in de regio in categorieën ingedeeld naar de mate waarin ze topzorg kunnen leveren. Dit is een pragmatische indeling die naar het oordeel van de ACM de consensus onder marktpartijen weerspiegelt over de aard van de zorg die ieder ziekenhuis aanbiedt. De categorieën die de ACM onderscheidt zijn:
- i. UMCs: AMC, VUmc
  - ii. STZ-ziekenhuizen: OLVG (inclusief Lucas Andreas), AvL<sup>39</sup>, Noordwest Ziekenhuisgroep locatie Alkmaar, Spaarne Gasthuis (vóór fusie met Kennemer Gasthuis), Westfriesgasthuis
  - iii. Algemene ziekenhuizen: Amstelland, BovenIJ, Flevoziekenhuis, IJsselmeer ziekenhuizen, Rode Kruis ziekenhuis, Slotervaart, Ter Gooi, Waterland en Zaanse MC, Noordwest Ziekenhuisgroep locatie Den Helder, Spaarne Gasthuis (voorheen Kennemer Gasthuis).
146. Een belangrijke kanttekening bij de benadering van de ACM is dat de ACM *veronderstelt* dat een patiënt die meerdere DOT's in bepaalde ziekenhuizen heeft afgenomen een complexe patiënt is, terwijl uit de zorgregistratie niet is op te maken of er wel een verband tussen de geleverde DOT's is en of er dus sprake is van topzorg. De ACM kijkt bijvoorbeeld niet in welke volgorde een patiënt bepaalde ziekenhuizen heeft bezocht of bepaalde DOT's heeft afgenomen en de ACM kan niet vaststellen *waarom* een patiënt een bepaald ziekenhuis heeft bezocht (bijvoorbeeld: samenwerking, verwijzing, elders wachtlijst, toeval).
147. De ACM is er wel van overtuigd dat het resultaat van deze keuzes bij alle ziekenhuizen eerder een onderschatting dan een overschatting vormt van de werkelijke hoeveelheid topzorg. Zo worden bijvoorbeeld de patiënten die op directe verwijzing door de huisarts naar een STZ-ziekenhuis of UMC gaan voor topzorg en waarvoor maar één DOT nodig is, niet meegerekend in de aantallen (tenzij de DOT een evident complexe DOT betreft).<sup>40</sup> Ook topzorg die niet meer dan twee DOT's omvat, blijft buiten beschouwing.

### B1.3.3.3 Meerdere diagnoses en specialisten

148. Van topzorg kan ook sprake zijn als de patiënt in kwestie meerdere diagnoses gesteld krijgt of meerdere specialisten bezoekt. Patiënten kunnen bij de bepaling van het aantal DOT's per

---

heeft drie of meer DOT's afgenomen. Om die reden vindt de ACM het risico dat ten onrechte niet-complexe patiënten zijn aangemerkt als complex aanvaardbaar laag.

<sup>39</sup> De ACM heeft overwogen om het AvL gelijk te stellen aan de UMC's. De ACM heeft dit niet gedaan omdat het AvL formeel geen UMC is en omdat de UMC's op veel/alle specialismen topzorg aanbieden terwijl AvL dit 'alleen' doet op oncologische zorg. Overigens is AvL formeel ook geen STZ-ziekenhuis, maar op grond van de zorgzwaarte van de zorg die AvL kan leveren, heeft de ACM het juist gevonden AvL voor deze analyse als STZ-ziekenhuis te beschouwen. De ACM heeft de analyses ook verricht onder de aanname dat AvL wél een UMC is, maar dit heeft geen noemenswaardige verandering in de uitkomsten opgeleverd.

<sup>40</sup> Uit de onderzochte dataset blijkt dat voor AMC en VUmc samen het aantal verwijzingen door de huisarts circa 23% van het totaal aantal verwijzingen (basiszorg en topzorg samen) is. Hierdoor vindt de ACM het niet voor de hand liggend dat een groot aantal complexe patiënten voor topzorg rechtstreeks via de huisarts komt.

diagnose (zie ook randnummer 144) in meerdere “diagnose-DOT groepen” voorkomen.

149. De ACM heeft het criterium dat een patiënt gelijktijdig wordt behandeld door meerdere specialisten als volgt toegepast, in aanvulling op de vorige analyses en criteria. In de dataset zijn declaratieregels als ‘topzorg’ gemarkeerd als de patiënt in kwestie:
- i. een klinische opname-DOT<sup>41</sup> heeft gehad in een ziekenhuis<sup>42</sup> én
  - ii. in relatie tot die klinische DOT twee of meer intercollegiale consulten zijn geregistreerd in datzelfde ziekenhuis en binnen dezelfde tijdsperiode als de klinische opname. Hieruit blijkt dat de patiënt tijdens de klinische opname ten minste door twee specialisten is gezien.<sup>43</sup>

### **B1.3.3 Resultaat: declaratieregels complexe zorg**

150. Het resultaat van de hierboven beschreven stappen is dat in het totale databestand met de zorgproductie van de ziekenhuizen in de regio “Noord-Holland+” elke declaratieregule de aanduiding ‘topzorg’ of ‘geen topzorg’ heeft gekregen. Op deze wijze is in de dataset de topzorg afgebakend binnen de totale zorg, waardoor voor alle ziekenhuizen het aandeel topzorg kan worden berekend.

## **B1.4 Bepaling overlap op topzorg**

151. Ter bepaling (en kwantificering) van de overlap op topzorg tussen partijen onderling en tussen partijen en andere ziekenhuizen moet worden vastgesteld in welke mate verschillende ziekenhuizen *dezelfde zorg* aanbieden. Dat vergt een maatstaf om te bepalen wat *dezelfde zorg* is.
152. Zoals eerder beschreven (zie randnummer 129) bevat elke declaratieregule in de dataset een groot aantal variabelen. Uit een aantal van deze variabelen is de aard van de zorg op te maken die aan de patiënt in kwestie is verleend. De ACM heeft aan elke declaratieregule een variabele toegevoegd. Deze toegevoegde variabele is de combinatie van de reeds aanwezige variabelen ‘diagnose’, ‘behandelend specialisme’ en ‘DOT’. De ACM noemt deze toegevoegde variabele de ‘sleutel’. De sleutel weerspiegelt dus de aard van de zorg op een tamelijk gedetailleerd niveau vanwege de combinatie van drie onderliggende elementen. Deze sleutel is fijnmaziger om overlap tussen ziekenhuizen te bepalen dan wanneer uitsluitend naar (bijvoorbeeld) DOT’s zou worden gekeken.
153. Als voorbeeld van het onderscheid dat met behulp van de sleutels kan worden gemaakt, noemt de ACM de situatie dat een patiënt met een gebroken heup op de Spoedeisende Hulp (SEH) door zowel een chirurg met het specialisme ‘Heelkunde’ als een chirurg met het specialisme ‘Orthopedie’ kan worden behandeld. De diagnose en het zorgproduct zijn in beide gevallen gelijk, maar het specialisme verschilt. Voor dergelijke situaties hanteert de ACM in haar analyse twee verschillende sleutels. Voor de ACM is overigens irrelevant *waarom* in het ene geval een patiënt door specialisme A en in een ander geval door specialisme B wordt behandeld.

---

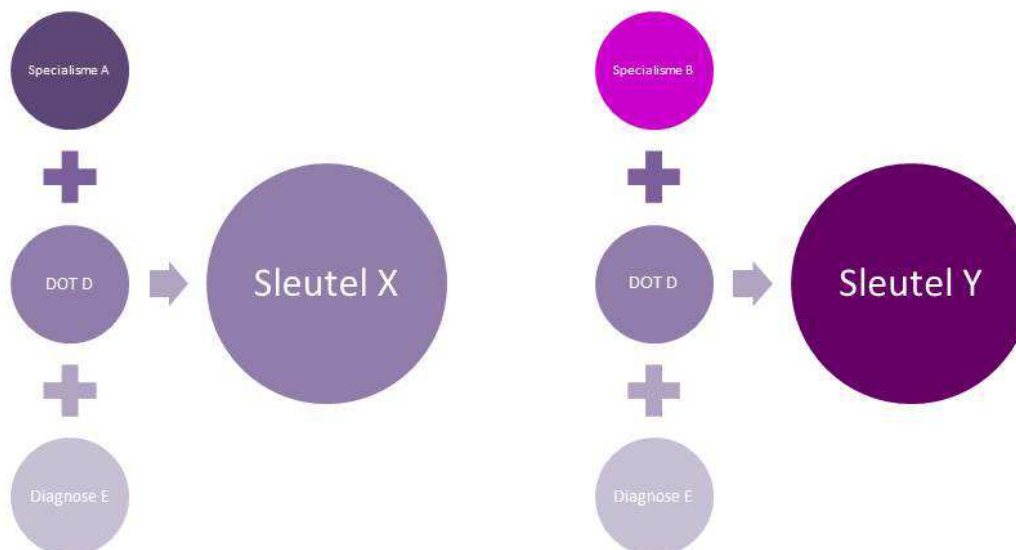
<sup>41</sup> Deze bevatten ten minste één verpleegdag volgens de registratieregels van de NZa

<sup>42</sup> Typering van de zorgproducten conform de lijst klinisch-niet klinisch 2013 dd 1 juli 2016; zie <https://www.acm.nl/download/documenten/acm/typeringslijst-klinisch-niet-klinisch-ziekenhuiszorg-2013.xlsx> voor een overzicht met de volledige indeling van DBC’s in 2013.

<sup>43</sup> Dit zijn DOT’s en OZP’s die worden geregistreerd met zorgtype (variabele) 13 of 41 of met de vermelding ‘raadpleging’ in de omschrijving van de DOT. Deze worden uitsluitend meegeteld wanneer deze binnen de looptijd van een opname-DOT in samenhang met die DOT zijn geregistreerd en in principe worden afgesloten als de klinische DOT wordt afgesloten.



Figuur 1 – Gestileerde weergave samenstelling ‘sleutels’



154. De ACM vergelijkt de zorgproductie van verschillende ziekenhuizen op topzorg met elkaar door vergelijking van de sleutels. De ACM markeert de declaratieregels waarvan de sleutel ook voorkomt in declaratieregels van andere ziekenhuizen<sup>44</sup> als ‘overlap’ met het desbetreffende ziekenhuis.

### B1.5 Resultaten

155. Zoals in hoofdstuk B1.1 van deze bijlage (randnummer 124) is uitgewerkt, beoogt de ACM met de data-analyse de volgende vragen te beantwoorden:
- i. Welk deel van de zorg die partijen leveren is concurrentiële topzorg? Hoe groot is dit deel bij andere ziekenhuizen? Zie hiervoor paragraaf B1.5.1.
  - ii. Wat is op de topzorg de overlap tussen partijen onderling en tussen partijen en andere ziekenhuizen? Zie hiervoor paragraaf B1.5.2.
  - iii. Wat is de positie van partijen op de markt voor concurrentiële topzorg? Wat is het marktaandeel van partijen en van andere ziekenhuizen en wat is de nabijheid van concurrentie tussen partijen en andere ziekenhuizen? Zie hiervoor paragraaf B1.5.3.
156. In dit hoofdstuk zal de ACM de resultaten van de analyses zoals in voorgaande hoofdstukken beschreven weergeven.

#### B1.5.1 Aandeel topzorg bij partijen en concurrenten

157. Hieronder worden de resultaten van de analyses weergegeven voor de ziekenhuizen van partijen en andere ziekenhuizen op het aandeel topzorg dat zij leveren. De te beantwoorden vragen zijn de volgende: Welk deel van de zorg die partijen leveren is concurrentiële topzorg? Hoe groot is dit deel bij andere ziekenhuizen?

<sup>44</sup> De ACM heeft deze vergelijking gemaakt voor elke combinatie van twee ziekenhuizen (uit de groep van UMC's en STZ-ziekenhuizen) in de regio.



158. In onderstaande tabel staat per ziekenhuis het percentage concurrentiële topzorg in 2013 vermeld. Dit aandeel is berekend op zowel de (Zvw-)omzet als op het aantal DOT's.

Tabel 5 – Percentage topzorg

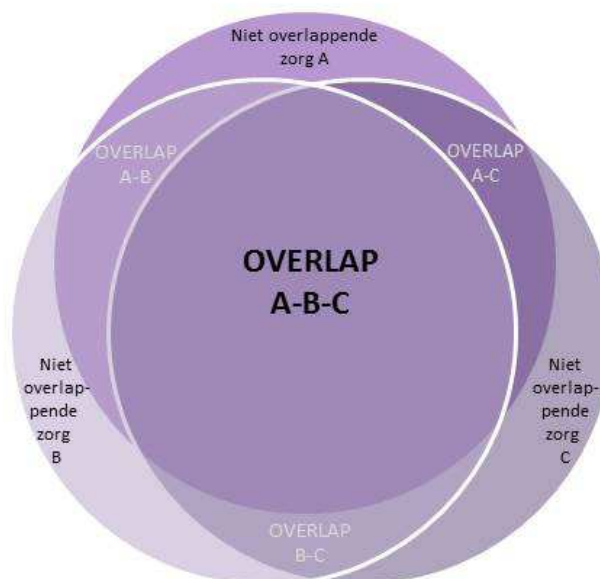
Naam ziekenhuis	Omzet	DOT s
<b>Topzorgziekenhuizen</b>		
AMC	[70-80]%	[40-50]%
VUmc	[70-80]%	[40-50]%
OLVG	[40-50]%	[20-30]%
AvL	[80-90]%	[70-80]%
Noordwest Ziekenhuisgroep, loc. MCA	[40-50]%	[30-40]%
Spaarne Gasthuis, loc. Spaarne	[30-40]%	[20-30]%
Westfriesgasthuis	[30-40]%	[20-30]%
<b>Algemene ziekenhuizen</b>		
Amstelland	[0-10]%	[0-10]%
BovenIJ Ziekenhuis	[0-10]%	[0-10]%
Flevoziekenhuis	[0-10]%	[0-10]%
IJsselmeer Ziekenhuis	[0-10]%	[0-10]%
Noordwest ziekenhuisgroep, loc. Gemini	[10-20]%	[0-10]%
Rode Kruis Ziekenhuis	[10-20]%	[0-10]%
Slotervaartziekenhuis	[10-20]%	[0-10]%
Spaarne Gasthuis, loc. Kennemer	[0-10]%	[0-10]%
TerGooi	[0-10]%	[0-10]%
Waterland ziekenhuis	[0-10]%	[0-10]%
Zaans Medisch Centrum	[0-10]%	[0-10]%

159. Het aandeel topzorg dat is berekend over de omzet ligt beduidend hoger dan het aandeel dat is berekend over het aantal DOT's. Hieruit kan worden afgeleid dat topzorg relatief 'dure' DOT's betreft.
160. De ACM concludeert uit bovenstaande cijfers dat bij partijen een substantieel gedeelte van de zorg is te betitelen als topzorg. Dit geldt in nog sterkere mate voor het AvL, hetgeen passend is voor het profiel van dat ziekenhuis.

#### B1.5.2 Overlap tussen partijen en tussen partijen en andere ziekenhuizen

161. In deze paragraaf beschrijft de ACM de resultaten van de analyses over de mate van overlap tussen partijen onderling en tussen partijen en andere ziekenhuizen op topzorg.
162. De overlap in zorgaanbod tussen drie denkbeeldige ziekenhuizen wordt gevisualiseerd met onderstaand Venn-diagram. In dit diagram wordt het aanbod van de ziekenhuizen A (bijvoorbeeld AMC), B (bijvoorbeeld VUmc) en C (bijvoorbeeld een STZ-ziekenhuis) weergegeven in aparte cirkels, die elkaar deels overlappen. Bij elk van de ziekenhuizen overlapt een deel van het zorgaanbod in het geheel niet met de andere twee ziekenhuizen ("niet overlappende zorg A, B en C"). Een deel overlapt met één van de andere twee ziekenhuizen ("overlap A-B, A-C en B-C") en een deel met de beide andere ziekenhuizen ("overlap A-B-C").

Figuur 2 – Voorbeeld overlap in zorgaanbod ziekenhuizen “A, B en C”



163. Op basis van de overlap-analyse is de ACM in staat deze overlap te kwantificeren. De ACM presenteert eerst de gekwantificeerde overlap tussen enerzijds AMC of VUmc en anderzijds het andere UMC of een van de STZ-ziekenhuizen in de regio (zie randnummer 165). In het bovenstaande Venn-diagram is dit de overlap tussen A en B, tussen A en C of tussen B en C.
164. In aanvulling hierop presenteert de ACM daarna voor elk van de STZ-ziekenhuizen in de regio in welke mate dit ziekenhuis overlapt met zowel AMC als VUmc (zie randnummer 167). In het diagram is dit het gebied dat wordt aangeduid met “Overlap A-B-C”.
165. In onderstaande tabel staat de overlap van de sleutels tussen respectievelijk AMC en VUmc en de overige STZ-ziekenhuizen in de regio, zowel op omzet als op aantallen. De overlap in de tabel moet worden gelezen als de omzet of aantallen die AMC of VUmc heeft gerealiseerd op die ‘sleutels’ binnen de topzorg zoals die ook door andere ziekenhuizen zijn verricht. Ter verduidelijking: [70-80]% van de totale omzet op de sleutels die AMC behaalt op topzorg betreft zorg die ook door VUmc wordt uitgevoerd. Andersom: [80-90]% van de totale omzet op sleutels die VUmc behaalt op topzorg betreft zorg die ook door AMC wordt uitgevoerd.

Tabel 6 – Overlap tussen partijen en (STZ-)ziekenhuizen in Noord-Holland+

Overlap gezien vanuit:	AMC (Omzet)	AMC (Aantallen)	VUmc (Omzet)	VUmc (Aantallen)
Overlap met				
<b>AMC</b>			[80-90]%	[60-70]%
<b>VUmc</b>	[70-80]%	[50-60]%		
<b>OLVG</b>	[50-60]%	[40-50]%	[50-60]%	[50-60]%
<b>Noordwest Ziekenhuisgroep</b>	[50-60]%	[40-50]%	[50-60]%	[40-50]%
<b>Westfriesgasthuis</b>	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[30-40]%
<b>Spaarne Gasthuis</b>	[20-30]%	[30-40]%	[30-40]%	[30-40]%
<b>AvL</b>	[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[10-20]%

166. Uit de tabel blijkt dat de overlap tussen partijen groot is. Het OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep zijn voor beide fusiepartners ook in ruime mate vergelijkbaar en zijn de op-één-na-grootste partij qua overlap. De overlap met andere ziekenhuizen is nog steeds substantieel.
167. Voor elk van de vijf STZ-ziekenhuizen in de regio heeft de ACM vastgesteld welke zorg overlappend is met zowel AMC als VUmc en dus voor dat ziekenhuis overeenkomt met het deel 'Overlap A-B-C' in bovenstaande Venn- diagram. Vervolgens heeft de ACM voor zowel AMC, VUmc als het betreffende STZ-ziekenhuis berekend welk deel van de Zvw-omzet wordt behaald met het overlappende zorgaanbod. De resultaten hiervan staan in onderstaande tabel. Als voorbeeld, ter verduidelijking: zowel AMC als VUmc behalen [50-60]% van hun omzet met zorg die AMC én VUmc én OLVG aanbieden. OLVG behaalt [70-80]% van haar omzet met zorg die AMC én VUmc én OLVG aanbieden.

Tabel 7 – Overlap tussen beide partijen én (STZ-)ziekenhuizen in Noord-Holland+

STZ ziekenhuis	AMC	VUmc	STZ ziekenhuis
OLVG	[50-60]%	[50-60]%	[70-80]%
AvL	[10-20]%	[20-30]%	[60-70]%
Noordwest Ziekenhuisgroep	[40-50]%	[40-50]%	[70-80]%
Spaarne Gasthuis	[20-30]%	[20-30]%	[70-80]%
Westfriesgasthuis	[20-30]%	[20-30]%	[70-80]%
<b>STZ-ziekenhuizen gezamenlijk</b>	<b>[60-70]%</b>	<b>[60-70]%</b>	<b>[70-80]%</b>

168. Op grond van het bovenstaande concludeert de ACM dat met name het zorgaanbod van OLVG en NoordWest Ziekenhuisgroep in ruime mate vergelijkbaar is met dat van partijen en dat dit voor andere ziekenhuizen in mindere mate het geval is. Voor de andere ziekenhuizen geldt dat hun zorgaanbod in (zeer) grote mate ook door partijen wordt geleverd, terwijl dit omgekeerd aanzienlijk minder is.
169. Bovendien constateert de ACM dat de overlap in zorgaanbod tussen enerzijds AMC en VUmc samen en anderzijds de groep van vijf STZ-ziekenhuizen nog groter is, te weten [60-70]%, gemeten over de omzet van AMC en VUmc samen. De zorgactiviteiten die binnen deze overlap vallen worden dus door partijen gezamenlijk aangeboden, maar ook door ten minste één van de STZ-ziekenhuizen. Voor het restant van het zorgaanbod geldt dit niet. Dit restant bestaat weer uit twee delen, namelijk het deel dat uitsluitend wordt aangeboden door hetzij AMC, hetzij VUmc, hetzij een STZ-ziekenhuis en het deel dat wordt aangeboden door twee van de drie<sup>45</sup>. Het overgrote deel van de zorgactiviteiten van partijen wordt na de fusie ook aangeboden door (ten minste een van de) STZ-ziekenhuizen of werd reeds vóór de fusie enkel door AMC óf VUmc aangeboden.

### B1.5.3 Marktaandeelen en uitwijkpercentages

170. In deze paragraaf worden de volgende vragen beantwoord: Wat is de positie van partijen op concurrentiële topzorg? Wat is het marktaandeel van partijen en andere ziekenhuizen en wat is de nabijheid van concurrentie tussen partijen en andere ziekenhuizen?

<sup>45</sup> Hiermee wordt bedoeld: AMC, VUmc en de groep van STZ-ziekenhuizen.

### B1.5.3.1 Marktaandelen

171. De ACM heeft de marktaandelen van partijen en van andere ziekenhuizen berekend op basis van een dataset met de topzorg die is verleend aan patiënten die woonachtig zijn in het gebied Noord-Holland+. De ziekenhuizen die door deze patiënten zijn bezocht liggen (dus) niet noodzakelijkwijs in het gebied Noord-Holland+.
172. In onderstaande tabel wordt het marktaandeel van partijen (afzonderlijk en gezamenlijk) en van alle andere ziekenhuizen<sup>46</sup> op topzorg weergegeven (gebaseerd op Zvw-omzet 2013):

Tabel 8 – Marktaandelen topzorg

Ziekenhuis	Marktaandeel (%)
VUmc	[10-20]
AMC	[10-20]
<b>Partijen gezamenlijk</b>	[30-40]
OLVG	[10-20]
Noordwest Ziekenhuisgroep	[10-20]
AvL	[0-10]
Westfriesgasthuis	[0-10]
Spaarne Gasthuis	[0-10]
UMCU	[0-10]
LUMC	[0-10]
Spaarne Gasthuis, loc. Kennemer	[0-10]
<b>Subtotaal</b>	[80-90]
<b>Overige ziekenhuizen</b>	[10-20]
<b>Totaal</b>	<b>100</b>

### B1.5.3.1 Uitwijkpercentages

173. Uitwijkpercentages geven een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere ziekenhuizen, mocht een ziekenhuis van partijen zijn prijzen verhogen of zijn kwaliteit verlagen. Hoe groter het uitwijkpercentage naar een bepaald ander ziekenhuis is, hoe meer concurrentiedruk dat ziekenhuis uitoefent op het ziekenhuis van partijen<sup>47</sup>. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin de verschillende ziekenhuizen patiënten uit dezelfde gebieden trekken en het belang van de betreffende gebieden voor het betreffende ziekenhuis.
174. Vanuit het AMC gezien is het OLVG de meest nabije concurrent met een uitwijkpercentage van [30-40]%. Daarna volgen VUmc met [20-30]%, AvL met [10-20]% de Noordwest Ziekenhuisgroep met [5-10]%. Geen van de overige ziekenhuizen heeft een uitwijkpercentage van meer dan 5%.

<sup>46</sup> In totaal betreft dit 80 ziekenhuizen waar – in 2013 – inwoners uit de regio Noord-Holland+ voor topzorg naar toe zijn gegaan.

<sup>47</sup> De aanname hierbij is dat het huidige reisgedrag van patiënten naar omliggende ziekenhuizen een goede indicator is van het toekomstige reisgedrag van patiënten in het geval van bijvoorbeeld een kwaliteitsverslechtering. De ACM gaat er daarbij vanuit dat patiënten in een zelfde verhouding zullen uitwijken naar omliggende ziekenhuizen als patiënten dat op dit moment doen.

175. Ook vanuit het VUmc gezien is het OLVG de meest nabije concurrent met een uitwijkpercentage van [20-30]%. Daarna volgen AMC met [20-30]%, AvL met [10-20]%, Noordwest Ziekenhuisgroep met [5-10]%, Spaarne Gasthuis met [5-10]% en Westfriesgasthuis met [5-10]%. Geen van de overige ziekenhuizen heeft een uitwijkpercentage van meer dan 5%.