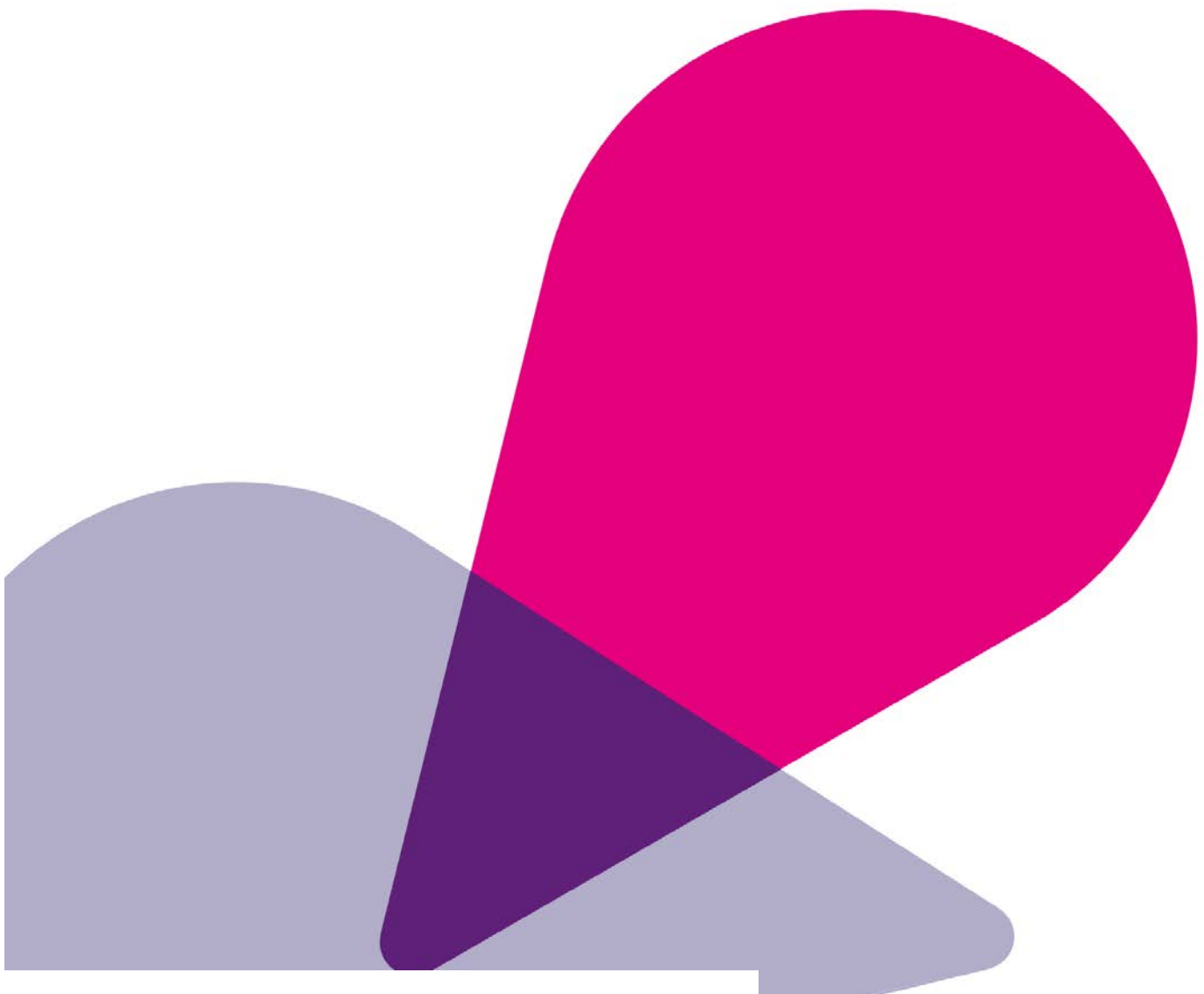




Werkwijze

Analyse van productmarkt(en) in de medisch-specialistische zorg

Datum: 28 december 2018



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Resultaten onderzoek SiRM en Twynstra Gudde	4
1.2.1	Onderscheid basiszorg en complexe zorg	4
1.2.2	Mogelijke productmarkten	4
1.3	Vervolgonderzoek ACM	5
2	Indeling basiszorg en complexe zorg	5
2.1	Toetsingscriteria	5
2.1.1	Kwalitatieve criteria	6
2.1.2	Kwantitatieve criteria	6
2.2	Voor- en nadelen van de verschillende methoden	7
2.2.1	Aanpak op basis van regionale algemene ziekenhuizen	7
2.2.2	SiRM en Twynstra Gudde aanpak	8
2.2.3	Aanpak op basis van 20 algemene ziekenhuizen	8
2.3	Afweging verschillende methoden inclusief keuze ACM	9
3	Niveau van analyse bij productmarktafbakening	10
3.1	Toetsingscriteria	11
3.2	Voor- en nadelen van de verschillende methoden per criterium	12
3.3	Afweging verschillende opties inclusief keuze ACM	13

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Bij de beoordeling van fusies en samenwerkingen is de afbakening van de productmarkt(en) een eerste stap. Hiermee krijgt de ACM inzicht in het zorgaanbod van de fusie- of samenwerkende partijen en welke producten of diensten van andere aanbieders substitueerbaar zijn. Zij bekijkt dit zowel vanuit de kant van de patiënt (vraagkant) als vanuit de kant van de zorgaanbieders (aanbodkant). Deze informatie helpt om een eerste indruk te krijgen van de concurrentiedruk tussen partijen en/of omliggende aanbieders en daarmee de mogelijke gevolgen van de fusie/samenwerking voor afnemers.

De ACM hanteerde bij haar eerdere beoordelingen in de medisch-specialistische zorg een indeling in basiszorg en topzorg (topklinische zorg en topreferente zorg), waarbij basiszorg werd onderverdeeld in klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. De ACM maakte binnen de basiszorg geen expliciet onderscheid naar specialismen of sub-specialismen, behalve wanneer de fusie zich maar op enkele specialismen richtte.¹

De ACM constateert dat het productaanbod van ziekenhuizen de laatste jaren aan het veranderen is. Daar waar eerder elk ziekenhuis nog bijna alle typen zorg aanbood, zijn ziekenhuizen zich nu steeds meer aan het specialiseren door een bepaald zorgprofiel te kiezen, al dan niet binnen een netwerk van ziekenhuizen/zorgaanbieders. De introductie van volumennormen van wetenschappelijke verenigingen zorgt er daarnaast voor dat ziekenhuizen niet alle behandelingen en/of specialismen meer (kunnen) aanbieden. Het verschil in zorgaanbod tussen ziekenhuizen neemt daardoor toe. De vraag is wat dit betekent voor de beoordeling van fusies en samenwerkingen² door de ACM.

Om een goed beeld te krijgen of ziekenhuizen dezelfde behandeling kunnen aanbieden, is het ook belangrijk dat de ACM basiszorg en topzorg (hierna: complexe zorg) van elkaar kan onderscheiden. Niet elk ziekenhuis kan namelijk een complexe behandeling uitvoeren. Als de ene fusiepartij wel bepaalde vormen van complexe zorg kan aanbieden, maar de andere niet, oefenen zij voor deze zorg geen concurrentiedruk op elkaar uit en dient deze zorg niet in de beoordeling meegenomen te worden. Op een zelfde manier moet gekeken worden naar de vraag of omliggende ziekenhuizen bepaalde zorg wel/niet kunnen aanbieden. In de praktijk is het echter niet eenvoudig om een goed onderscheid tussen basiszorg en complexe zorg te maken. Er bestaat namelijk geen eenduidige en gedeelde definitie van complexe zorg. Uit het DBC-zorgproduct kan dit niet worden afgeleid.

Complexiteit van zorg is te onderscheiden in *care complexity* en *case complexity*. Bij *care complexity* bepaalt de aard van de behandeling de mate van complexiteit. Bij *case complexity* bepaalt de situatie en conditie van de patiënt de mate van complexiteit, bijvoorbeeld omdat die meerdere aandoeningen tegelijk heeft waardoor een op zich eenvoudige ingreep toch complex wordt. Vooral *case complexity* kan ertoe leiden dat hetzelfde DBC-zorgproduct de ene keer complexe zorg behelst en de andere keer niet. De ACM heeft in verschillende zaken in het verleden geconstateerd dat het niet eenvoudig is om een goed

¹ In meer recente zaken, zoals die tussen het Sint Anna ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis keek de ACM ook naar verschillen op specialismineniveau. Ook heeft de ACM zich in het verleden bij haar beoordeling gericht op specifieke specialismen als de concentratie maar om een bepaald specialisme draait, zoals het geval was bij de fusie tussen Stichting het Nederlands Kanker Instituut- het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en het Universitair Medisch Centrum Utrecht (oncologie) en in de concentratie tussen NPM Health Care en Orthopedium (orthopedie).

² Compactheidshalve zal de ACM vanaf hier alleen nog de fusies noemen.

onderscheid te maken tussen basis en complexe zorg. Zo heeft zij in een aantal zaken DBC's die door academische ziekenhuizen worden aangeboden als basiszorg bestempeld terwijl patiënten hier soms meer dan 30 minuten voor reisden en deze zorg ook bij een groot aantal nabijgelegen ziekenhuizen hadden kunnen afnemen. Het ligt dan meer in de rede dat het hier om complexe zorg gaat. Dit kon echter niet worden afgeleid uit de DBC's waar het hier om ging, omdat deze zowel door academische als niet-academische ziekenhuizen werden aangeboden. De conclusies die de ACM uit de patiëntenstromen afleidt, worden ook niet altijd herkend door zorgverzekeraars³.

De ACM heeft daarom in 2016 aan SiRM en Twynstra Gudde de opdracht gegeven om naar twee aspecten onderzoek te doen:

1. Wat is een goede definitie voor basiszorg?
2. Op welk niveau kunnen productmarkten binnen de ziekenhuiszorg afgebakend worden?

Dit onderzoek is begin 2017 gepubliceerd.⁴ Hieronder gaat de ACM kort in op de resultaten van dit onderzoek. Daarna gaat de ACM in op het vervolgonderzoek dat zij zelf heeft verricht.

1.2 Resultaten onderzoek SiRM en Twynstra Gudde

1.2.1 Onderscheid basiszorg en complexe zorg

Om tot een indeling naar complexiteit te komen, kiezen SiRM en Twynstra Gudde er in hun onderzoek voor om complexiteit aan reisafstand te koppelen. De aanname daarbij is dat patiënten in het algemeen verder zullen reizen voor complexe(re) zorg omdat niet elk ziekenhuis dit aanbiedt (of kan aanbieden). Op basis van het waargenomen reisgedrag hebben SiRM en Twynstra Gudde de verschillende DBC's die ziekenhuizen leveren vervolgens in drie categorieën verdeeld: categorie A die de basiszorg weergeeft, categorie C die de complexe zorg weergeeft, en categorie B die een heterogene groep omvat die niet eenduidig valt toe te delen naar complexiteit. Volgens het onderzoek kan 70% van het volume aan DBC-producten als basiszorg worden bestempeld en 13% van het volume als complexe zorg.

1.2.2 Mogelijke productmarkten

SiRM en Twynstra Gudde hebben voor de basiszorg vervolgens gekeken welke vormen van zorg met elkaar samenhangen. Zij concluderen dat er 19 clusters zijn te onderscheiden. Zeven van deze clusters kunnen volgens de onderzoekers mogelijk als aparte productmarkt worden afgebakend. Deze clusters hebben weinig samenhang met andere specialismen en worden ook door zelfstandige behandelcentra (zbc's) aangeboden. Deze zorg kan aangeboden worden zonder dat daar een volledige uitgeruste ziekenhuisorganisatie voor nodig is. Het gaat om oogheelkunde, orthopedie, KNO, dermatologie, reumatologie, chirurgie (liesbreuken) en plastische chirurgie. De overige 12 clusters hebben meer samenhang met de faciliteiten in het ziekenhuis (zoals een operatiekamer of een Spoedeisende Hulp), of met andere specialismen en zijn moeilijker als aparte productmarkt af te bakenen. Het gaat bijvoorbeeld om vijf clusters met beschouwende specialismen: inwendige geneeskunde, neurologie, cardiologie, MDL en longgeneeskunde en twee clusters met interne geneeskunde en chirurgie. SiRM en Twynstra Gudde vragen zich bij deze clusters af of er voldoende schaalgrootte is voor zorgaanbieders om deze zorg los van

³ Zie bijvoorbeeld het tweede-fasebesluit in de fusiezaak Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis / Stichting Rivas Zorggroep van 15 juli 2015. De zorgverzekeraars gaven aan dat de uitstroom van patiënten vanuit het werkgebied van de fusiepartijen naar het Erasmus Medisch Centrum en het Maasstad ziekenhuis vooral complexe zorg betrof, terwijl dit niet uit de data viel af te leiden omdat de betreffende DBC's ook door het Albert Schweitzer Ziekenhuis en de Rivas Zorggroep werden aangeboden.

⁴ Rapport Productmarktafbakening ziekenhuiszorg, SiRM en Twynstra en Gudde december 2016.

een ziekenhuis of andere specialismen te kunnen exploiteren.

1.3 Vervolgonderzoek ACM

De ACM heeft het rapport van SiRM en Twynstra Gudde gebruikt om verder onderzoek te doen naar verbeteringen die mogelijk zijn bij de analyses van de productmarkten in de medisch-specialistische zorg. De ACM gaat hierna in op de keuzes die zij heeft gemaakt voor de indeling naar complexiteit en het productniveau waarop zij deze zorg voortaan analyseert.

De ACM heeft deze keuzes ook voorgelegd in een tweetal bijeenkomsten in 2018 met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Tijdens deze bijeenkomsten was er veel bijval voor de stap van de ACM om de afbakening van de productmarkten nader te bezien. Naar aanleiding van de bijeenkomsten heeft de ACM nog een aantal extra analyses uitgevoerd om haar aannames te toetsen. Daarnaast heeft er een bijeenkomst plaatsgevonden met medisch specialisten waar in meer detail is ingegaan op een aantal medisch inhoudelijke aspecten. Ten slotte heeft er een bijeenkomst met onderzoeksbureaus en advocaten plaats gevonden om een goed beeld te krijgen van de praktische implicaties van de toepassing van de nieuwe definities.

2 Indeling basiszorg en complexe zorg

De ACM heeft verschillende methoden/definities vergeleken om tot een keuze te komen voor de voor haar toezicht meest geschikte indeling van zorg naar complexiteit:

1. Methode op basis van regionale algemene ziekenhuizen; dit is de aanpak waar de ACM in eerdere beoordelingen van uitgegaan is. In die aanpak worden alle DBC's die door regionale algemene ziekenhuizen in de buurt van de fusieziekenhuizen wordt uitgevoerd als uitgangspunt genomen voor de definitie van basiszorg. Vervolgens worden eventuele resterende DBC's die WBMV-zorg⁵ betreffen verwijderd omdat het hier duidelijk om complexe zorg gaat.
2. De hiervoor beschreven methode van SiRM en Twynstra Gudde.
3. Methode op basis van 20 algemene ziekenhuizen; dit is een aanpak die sterk voortborduurde op de aanpak in eerdere beoordelingen. Een DBC wordt hierbij als basiszorg bestempeld als tenminste 20 algemene ziekenhuizen (zijnde geen academische en STZ ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (zbc's)) in heel Nederland deze uitvoeren⁶.

2.1 Toetsingscriteria

De ACM heeft verschillende toetsingscriteria gebruikt om tot een oordeel te komen voor welke definitie het

⁵ Op pagina 6 wordt nader ingegaan op de definitie van WBMV-zorg.

⁶ De ACM heeft verschillende gevoeligheidsanalyses uitgevoerd voor andere afkappunten waarbij een DBC wordt geclassificeerd als basiszorg, te weten 10, 15 of 24 ziekenhuizen op een totaal van iets meer dan 40 algemene ziekenhuizen in 2015. De keuze voor 20 ziekenhuizen is uiteindelijk gebaseerd op de overwegingen: 1) de kans dat een DBC basiszorg betreft is groter als het aantal ziekenhuizen dat deze aanbiedt groter is; 2) het aantal ziekenhuizen moet niet te groot zijn, omdat dan het risico bestaat dat de definitie vaak aangepast moet worden, bijvoorbeeld als een ziekenhuis een STZ status krijgt; 3) bij een erg hoog percentage, denk aan 75% van de algemene ziekenhuizen, de lat heel hoog wordt gelegd om een DBC als basiszorg te bestempelen. Het blijft echter een enigszins arbitraire keuze. Bij de grens van 20 ziekenhuizen wordt 77,52% van de omzet van DBC's in 2015 aangemerkt als basiszorg. Wanneer de grens op 24 in plaats van 20 ziekenhuizen wordt gezet, wordt nog eens 1,69% van de totale omzet van DBC's in 2015 niet meer aangemerkt als basiszorg.

best gekozen kan worden om de zorg naar complexiteit in te delen. Dit zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria.

De ACM merkt hierbij op dat zij de indeling naar complexiteit vanuit een mededingingsrechtelijke invalshoek heeft bekeken, die niet per se overeenkomt met een medisch inhoudelijke invalshoek. Specifieke vormen van zorg kunnen vanwege de aard van de behandeling vanuit een medisch inhoudelijk perspectief complex zijn, zoals borstkankeroperaties, maar hoeven dat vanuit mededingingsperspectief niet te zijn in het geval een groot aantal ziekenhuizen deze zorg kunnen aanbieden.

2.1.1 Kwalitatieve criteria

Een eerste criterium waar de ACM naar heeft gekeken, is hoe inhoudelijk consistent de definities zijn. Is het bijvoorbeeld logisch dat elke DBC die een regionaal ziekenhuis in de omgeving aanbiedt meteen als basiszorg wordt bestempeld? Een ander belangrijk criterium is dat de indeling over de jaren heen reproduceerbaar moet zijn, ook voor externe partijen. De definitie moet aangepast kunnen worden als er wijzigingen optreden in de DBC-indeling of het reisgedrag. De ACM wil daarnaast kunnen uitgaan van een DBC-codering omdat deze het uitgangspunt vormt voor haar kwantitatieve analyses. Voor de basiszorg willen we niet inzoomen op een analyse van individuele patiënten. Dit zal namelijk vaak niet noodzakelijk zijn. Bovendien is dit arbeidsintensief en niet gemakkelijk te reproduceren. De ACM heeft daarnaast getoetst of de indeling tot een algemeen toepasbare lijst leidt voor de beoordeling van fusies en in hoeverre de verschillende definities rekening houden met regionale verschillen.

2.1.2 Kwantitatieve criteria

De ACM heeft naar verschillende kwantitatieve criteria gekeken. Ten eerste heeft zij geanalyseerd in hoeverre de indelingen naar DBC's die volgen uit de verschillende definities aansluiten bij gangbare maatstaven voor complexiteit zoals WBMV-zorg, zeldzame zorg en in hoeverre de zorg in meerderheid wordt aangeboden door UMC's en STZ ziekenhuizen.⁷

WBMV-zorg: Dit zijn vormen van zorg die onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) vallen en alleen onder een vergunning mogen worden uitgevoerd. Het aantal ziekenhuizen dat een vergunning krijgt is beperkt. Hiermee wordt het aanbod van complexe zorg gereguleerd. Onder de WBMV-zorg vallen bijvoorbeeld stamceltransplantaties. Het gaat veelal om experimentele zorg waarover nog kennis opgedaan moet worden, bijvoorbeeld op welke manier de zorg het best geleverd kan worden. Deze zorg is daarom in grote mate complexe zorg.

Zeldzame zorg: Zeldzame aandoeningen zijn levensbedreigende of chronisch invaliderende ziekten die zo weinig voorkomen dat gecombineerde inspanningen nodig zijn om patiënten te behandelen. Deze zorg wordt vooral aangeboden door een select aantal expertisecentra en dient daardoor als complexe zorg bestempeld te worden.

⁷ De ACM heeft ook voor andere indicatoren van complexiteit benoemd in het SiRM en Twynstra Guddes rapport, zoals (i) de mate waarin er voor de behandeling gebruik gemaakt wordt van IC zorg (ii) er sprake is van multidisciplinaire zorg en (iii) of er sprake is van volumenormenten, getoetst hoe deze overeenkomen met de drie definities voor basiszorg. Voor alle drie de indicatoren was er maar een beperkte correlatie met de drie definities, terwijl deze correlatie er wel was met de in de hoofdtekst genoemde indicatoren. Deze andere indicatoren hebben we daarom niet meegenomen bij de keuze voor een definitie voor basiszorg. Een andere veel gebruikte methode om complexe zorg te identificeren zijn de ROBIJN criteria. Deze criteria zijn echter niet gemakkelijk te koppelen aan individuele DBC's waardoor het ook niet mogelijk is om deze definitie te vergelijken met de andere definities voor complexe zorg.

Zorg door UMC's en "top" STZ ziekenhuizen⁸. Dit criterium geeft aan in welke mate de zorg (in verschillende gradaties) wordt aangeboden door UMC's en "top" STZ ziekenhuizen. Bij deze ziekenhuizen is de kans groter dat een DBC complexe zorg behelst dan bij een algemeen ziekenhuis. De ACM heeft dit getoetst voor de grens waarbij het aantal DBC's voor 50% dan wel voor 80% wordt aangeboden door UMC's en "top" STZ ziekenhuizen.⁹

De ACM gebruikt voor de kwantitatieve indicatoren vooral gangbare maatstaven voor complexiteit. De gedachtegang bij de interpretatie van de resultaten voor de bovengenoemde maatstaven voor complexiteit is als volgt: hoe minder van de DBC's in deze groepen volgens de drie getoetste definities als basiszorg worden ingedeeld, hoe beter de definitie scoort.

Daarnaast heeft de ACM geanalyseerd wat de gevolgen zijn van de toepassing van andere definities voor basiszorg voor een tiental concrete fusie zaken uit het verleden. De ACM heeft daarbij vooral gekeken of de toepassing van andere definities tot een hoger marktaandeel en een hogere diversion ratio¹⁰ voor algemene ziekenhuizen leidt. Omgekeerd heeft de ACM gekeken of andere definities tot een lager marktaandeel en een lagere diversion ratio voor ziekenhuizen met een meer complex profiel zoals academische ziekenhuizen leiden. Dit is namelijk de ontwikkeling die de ACM logischerwijs zou verwachten als de basiszorg beter gescheiden kan worden van de complexe zorg.

Bij de vergelijking van de verschillende definities heeft de ACM geen nader onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg omdat dit onderscheid niet tot wezenlijk andere resultaten leidt.

2.2 Voor- en nadelen van de verschillende methoden

2.2.1 Aanpak op basis van regionale algemene ziekenhuizen

Voordeel

Deze aanpak is in de praktijk relatief gemakkelijk uit te voeren. Er hoeft alleen een keuze gemaakt te worden welke (regionale) ziekenhuizen worden meegenomen in de analyse. Ook houdt deze aanpak rekening met eventuele specifieke regionale omstandigheden omdat de DBC's die in een regio worden aangeboden leidend zijn voor de definitie voor basiszorg.

⁸ De ACM heeft in navolging van SiRM en Twynstra Gudde alleen de STZ ziekenhuizen met het meest zware profiel meegenomen bij de toepassing van dit criterium. Voor de selectie van deze ziekenhuizen is gekeken naar het aandeel van drie complexe vormen van zorg (complex hoog volume, complex laag volume en WBMV) binnen de totale productie van elk van deze ziekenhuizen. De 13 "Top" STZ ziekenhuizen zijn: het Catharina Ziekenhuis, Eindhoven; de Isala Klinieken, Zwolle; het OLVG, Amsterdam; Medisch Spectrum Twente, Enschede; het St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein; Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden; het Amphia Ziekenhuis, Breda; Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem; Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar; het St. Lucas Andreas ziekenhuis, Amsterdam; het St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg; het Maasstad ziekenhuis, Rotterdam; Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag.

⁹ Deze methode is ook gebruikt bij de beoordeling in de meldingsfase van de fusiezaak tussen het Academisch Medisch Centrum en het VU Medisch Centrum.

¹⁰ Diversion ratio's geven een indruk van de mate waarin patiënten uitwijken naar andere zorgaanbieders indien partijen bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verlagen. Als van de 10 patiënten die geen zorg meer zouden afnemen bij één van de bij de fusie betrokken zorgaanbieders er 3 naar ziekenhuis X gaan is de diversion ratio naar ziekenhuis X 30%. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin partijen en de andere zorgaanbieders patiënten uit dezelfde gebieden trekken, gewogen naar het belang (in termen van aandeel in de totale herkomst) van de betreffende gemeenten voor partijen. Hoe hoger de diversion ratio is naar een bepaalde zorgaanbieder, hoe meer concurrentiedruk die zorgaanbieder relatief op de betreffende fusiepartij uitoefent.

Nadelen

Het belangrijkste nadeel van deze aanpak is dat dat een DBC al als basiszorg wordt gekwalificeerd als een enkel algemeen ziekenhuis in de regio dit aanbiedt. Dit leidt volgens de ACM tot een overschatting van het aantal DBC's dat als basiszorg geassocieerd wordt. De methode is daarmee gevoelig voor hoeveel ziekenhuizen worden meegenomen bij de bepaling van de definitie voor basiszorg. Eén of meer ziekenhuizen weglaten kan de indeling naar complexiteit duidelijk wijzigen terwijl dit weinig te maken heeft met de vraag om welke zorg het gaat. Uit de analyses van de ACM blijkt dat deze methode slechter aansluit bij gangbare maatstaven voor complexiteit dan de twee andere definities voor basiszorg. De toepassing van deze definitie voor basiszorg laat daarnaast in concrete zaken een grotere uitstroom naar bijvoorbeeld academische ziekenhuizen zien dan bij de twee andere definities.

2.2.2 SiRM en Twynstra Gudde aanpak

Voordelen

De SiRM en Twynstra Gudde methodiek leidt tot een betere vergelijking met gangbare maatstaven van complexe zorg en uitkomsten in concrete zaken dan de methode die uitgaat van een groep regionale algemene ziekenhuizen en tot soortgelijke resultaten als de definitie met ten minste 20 algemene ziekenhuizen.

Nadelen

Er zijn echter ook enkele nadelen. De eerste is methodologisch. Reistijd (waarop de indeling naar complexiteit gebaseerd is) is niet alleen gecorreleerd aan complexiteit, maar ook aan concurrentie. DBC's waarop veel concurrentie plaatsvindt en waarvoor dus nabij gelegen ziekenhuizen voorbij worden gereisd, zullen binnen de SiRM en Twynstra Gudde methodiek in de categorie complexe zorg (C) vallen, terwijl het hier niet om complexe zorg gaat. Een toename in de dynamiek/concurrentie over de jaren heen (meer ziekenhuizen worden voorbij gereisd) leidt er ook toe dat er meer DBC's als complex bestempeld worden, terwijl dit juist een indicatie is van toegenomen concurrentiedruk. Omdat in dat geval meer DBC's als complexe zorg bestempeld worden, zou dit tot de conclusie kunnen leiden dat er minder concurrentie plaatsvindt tussen basisziekenhuizen. Een ander nadeel ten opzichte van de twee andere definities is dat het vrij bewerkelijk is om elk jaar een nieuwe DBC lijst te genereren omdat elk jaar het reisgedrag kan veranderen en daarmee de indeling naar complexiteit. Tot slot is het een nadeel dat de aanpak geen rekening houdt met specifieke regionale omstandigheden.

2.2.3 Aanpak op basis van 20 algemene ziekenhuizen

Voordelen

Net zoals de SiRM en Twynstra Gudde methodiek gaat deze aanpak er vanuit dat een DBC complexe zorg betreft als hiervoor gereisd wordt. Deze methode houdt echter beter rekening met de situatie dat deze zorg alleen als basiszorg bestempeld dient te worden als deze door een substantieel aantal ziekenhuizen wordt aangeboden. Deze definitie sluit beter aan bij gangbare maatstaven van complexiteit en leidt in concrete zaken tot betere resultaten; een lagere uitstroom naar academische ziekenhuizen voor basiszorg en een hoger marktaandeel voor typische basisziekenhuizen dan de definitie waarvan ACM in eerdere beoordelingen is uitgegaan. De methode is daarnaast vrij gemakkelijk te reproduceren. Ten opzichte van de aanpak die uitgaat van een groep regionale algemene ziekenhuizen is de kans minder groot dat een DBC ten onrechte als basiszorg wordt geassocieerd omdat ten minste 20 ziekenhuizen deze DBC moeten aanbieden, terwijl in de aanpak op basis van regionale algemene ziekenhuizen 1 regionaal ziekenhuis al voldoende is om een DBC als basiszorg te classificeren. Ook in algemene ziekenhuizen kan er sprake zijn van (sub-)specialisatie en complexe zorg. Deze DBC's worden in deze aanpak niet meegenomen.

Nadelen

Een nadeel van deze definitie is dat deze geen rekening houdt met specifieke regionale omstandigheden. Daarnaast is deze methode gevoelig voor een afname van het aantal algemene ziekenhuizen over de tijd en houdt de definitie geen rekening met een verschuiving van bepaalde vormen van basiszorg van ziekenhuizen naar zbc's (zoals orthopedie, dermatologie en oogheelkunde). Dit laatste kan ertoe leiden dat de concurrentiedruk van zbc's op algemene ziekenhuizen wordt onderschat omdat bepaalde vormen van basiszorg ten onrechte als complexe zorg beschouwd zouden worden wanneer algemene ziekenhuizen dit niet aanbieden.¹¹ Ook houdt het geen rekening met verdergaande specialisatie bij algemene ziekenhuizen op het gebied van hoog volume zorg.

2.3 Afweging verschillende methoden inclusief keuze ACM

Uit onze analyses volgt dat er verbeteringen mogelijk zijn ten opzichte van de manier waarop de ACM basiszorg definieert in eerdere beoordelingen. Zowel de SiRM en Twynstra Gudde methodiek als de aanpak waarbij een DBC als basiszorg wordt bestempeld als ten minste 20 algemene ziekenhuizen deze DBC aanbieden, sluiten met hun indeling van basiszorg beter aan bij andere gangbare maatstaven van complexe zorg. De toepassing van de nieuwere definities leidt ook tot logischere resultaten in concrete zaken. We zien dat de toepassing van deze definities leidt tot een lagere uitstroom naar academische ziekenhuizen op het gebied van basiszorg en dat het marktaandeel van academische ziekenhuizen voor basiszorg afneemt. Een belangrijk nadeel van de SiRM en Twynstra Gudde methodiek is dat er indicaties zijn dat er teveel basiszorg als complexe zorg bestempeld wordt door de relatie tussen reistijd en concurrentie.¹² Bij een toename in concurrentie op het gebied van basiszorg wordt die zorg ten onrechte als complexe zorg bestempeld omdat dan meer ziekenhuizen voorbij gereisd worden. Voor de aanpak met 20 algemene ziekenhuizen is het daarnaast eenvoudiger om elk jaar een nieuwe lijst van DBC's samen te stellen.

Naar aanleiding van de bijeenkomsten met ziekenhuizen en zorgverzekeraars heeft de ACM nog een aantal extra analyses uitgevoerd om de robuustheid van de daar gepresenteerde nieuwe definitie te toetsen. Zo heeft zij gekeken of er grote verschillen zijn tussen stedelijke en meer landelijke gebieden om te toetsen of een generieke aanpak de juiste is. Uit onze analyses blijkt dat dit het geval is.¹³

De ACM gaat daarom in toekomstige zaken uit van de volgende definitie voor basiszorg: *“Een DBC wordt als basiszorg bestempeld als die DBC door ten minste 20 algemene ziekenhuizen wordt aangeboden.”*

¹¹ De ACM heeft verschillende controles gedaan om te toetsen of zbc's nu al bepaalde vormen van zorg aanbieden die niet door algemene ziekenhuizen worden aangeboden en of de DBC's waarin zbc's het sterkst groeien door ziekenhuizen substantieel minder worden aangeboden. Dit was niet het geval.

¹² De ACM heeft de DBC's die door de methode SiRM/Twynstra Gudde en de methode op basis van 20 algemene ziekenhuizen anders zijn ingedeeld naast het oordeel van een aantal artsen in opleiding gelegd. De artsen in opleiding hebben voor elke DBC aangegeven of zij de betreffende DBC als basiszorg of als complexe zorg bestempelen. Uit deze analyse blijkt dat het oordeel van de artsen in opleiding vaker aansluit bij de indeling op basis van de 20 algemene ziekenhuis aanpak dan de SiRM en Twynstra en Gudde aanpak.

¹³ Hiertoe heeft de ACM de mate van stedelijkheid toegewezen aan de postcode (bron: CBS) van elke patiënt. De gewogen gemiddelde score op stedelijkheid van de patiënten bepaalt de mate van stedelijkheid van elk ziekenhuis. De ziekenhuizen werden daarna gerangschikt, waarbij de helft als stedelijk is aangemerkt en de andere helft als landelijk. De grens van de methode van 20 algemene ziekenhuizen is aangepast op basis van de verdeling van ziekenhuistypes in beide subgroepen. Hierna is in elke subgroep bepaald welke DBC's als basiszorg en welke als complexe zorg worden aangemerkt. Een vergelijking van beide subgroepen leert dat de verschillen in zorgtypering klein zijn (ongeveer 3% van de totale omzet van DBC's).

De ACM is tot nu toe ingegaan op haar nieuwe definitie voor basiszorg. De DBC's die niet als basiszorg bestempeld zijn, geven haar inziens ook een goed beeld van de DBC's die als complexe zorg bestempeld kunnen worden. Bij het vaststellen van de complexe zorg zal de ACM in concrete zaken ook naar andere methoden kijken, zoals een mix van *case* en *care complexity*, zoals zij bijvoorbeeld bij de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en het VU Medisch Centrum heeft gedaan.

3 Niveau van analyse bij productmarktafbakening

De ACM gaat in haar eerdere beoordelingen voor de basiszorg uit van algemene ziekenhuiszorg.¹⁴ Dat betekent dat de ACM de verschillende productmarkten op een relatief hoog niveau clustert. Hoewel mededingingsautoriteiten in andere landen de productmarkten ook op een redelijk hoog niveau afbakenen, denken verschillende toezichthouders in Europa erover om de productmarkten op een minder geaggregeerd niveau af te bakenen en heeft de toezichthouder in het Verenigd Koninkrijk al enkele keren de markt op (sub-)specialismeniveau afgebakend. De benadering die de ACM in eerdere zaken heeft gebruikt, kan ertoe leiden dat de ACM bepaalde marktproblemen over het hoofd ziet. Zo zou de ACM een concentratie volledig goed kunnen keuren, terwijl er op een lager niveau (bijvoorbeeld een specialisme) wel een probleem is. Het ziekenhuis zou de machtspositie voor dit specifieke specialisme mogelijk kunnen verbinden aan haar hele zorgaanbod, waardoor het ook voor de overige specialismen een hogere prijs of volume kan vragen. Aan de andere kant zou de ACM ook een concentratie in zijn geheel kunnen verbieden, terwijl mogelijk een relatief eenvoudige remedie had kunnen volstaan, bijvoorbeeld het afstoten van een specifiek specialisme of gedeelte van een specialisme naar een zbc of ander ziekenhuis.

Er zijn verschillende niveaus waarop de analyses ten behoeve van de productmarktafbakening gedaan kunnen worden. In toenemende mate van disaggregatie kan globaal gedacht worden aan een analyse op (i) het niveau van de clusters die door SiRM en Twynstra Gudde zijn onderscheiden, (ii) specialismeniveau, (iii) patiëntengroepenniveau (zie box 1), en (iv) sub-specialismeniveau of zorgproductgroepniveau¹⁵.

De ACM heeft ook gekeken naar productmarktindelingen die door ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden gebruikt. Een vaak gebruikte indeling door ziekenhuizen is die tussen electieve zorg, acute zorg en (hoog-)complexe zorg. Zonder een goede definitie van deze verschillende termen is deze echter moeilijk te operationaliseren. De onderhandelingspraktijk van zorgverzekeraars geeft ook geen eenduidig beeld. In de praktijk zien we dat er op verschillende niveaus wordt onderhandeld tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (speerpunten, patiëntengroepen, kavels, op totaal niveau, en combinaties daarvan). De insteek per ziekenhuis kan hierbij verschillen per zorgverzekeraar. Het is voor de ACM daarom niet goed mogelijk om op basis van die verschillende onderhandelingsinsteken tot een geschikt startpunt voor haar analyses van de productmarkten te komen; dit nog los van de vraag of de indeling die zorgverzekeraars toepassen, gebruikt kan worden voor een goede mededingingsrechtelijke beoordeling, waar het de ACM om gaat.

¹⁴ Voor de complexe zorg heeft de ACM in eerdere zaken de productmarkten zowel per type zorg afgebakend (zoals WBMV-zorg) als een mix van *case* en *care complexity* gebruikt om tot een goede definitie van complexe zorg te komen.

¹⁵ Dit is een verzameling van DBC-zorgproducten. Deze verzameling is geclusterd op basis van medische kenmerken zoals ICD-10-diagnose, WBMV-indicatie of andere (zogenaamde pre-MDC) criteria.

Box 1: Patiëntengroepen

Bij het samenstellen van een patiëntengroep is de diagnose van een patiënt leidend. Per diagnose is vastgesteld met welke klacht, symptoom of vraag een patiënt het ziekenhuis bezoekt. De prestaties die hieraan gekoppeld zijn, zijn vervolgens gegroepeerd in verschillende patiëntengroepen. Gelijke klachten vallen onder dezelfde patiëntengroep. Patiëntengroepen zijn bijvoorbeeld: een rood of pijnlijk oog, een afwijking in of aan de borst, pijnlijk of bewegingsbeperking in een gewricht.

De indeling naar patiëntengroepen is gebaseerd op de International Classification of Primary Care (ICPC) en is in Nederland geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

Onder de patiëntengroep bewegingsapparaat vallen bijvoorbeeld de klachten, artrose, degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia), dérangement interne van de knie, inflammatoire polyartropathieën (reuma), osteoporose, overige aandoeningen bewegingsapparaat en weke delen reuma.

In totaal worden er 65 patiëntengroepen onderscheiden die zijn geclusterd in 16 hoofdgroepen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt gebruik van deze indeling voor haar analyses in de marktscan medisch-specialistische zorg.

In navolgende gaat de ACM in op de voor- en nadelen van een analyse van de productmarkten op (i) clusterniveau, (ii) specialismeniveau, (iii) patiëntengroepenniveau en (iv) sub-specialismeniveau of zorgproductgroepniveau. De verschillende methodieken worden daarbij afgezet tegen de manier waarop de productmarkten eerder door de ACM zijn geanalyseerd.

3.1 Toetsingscriteria

De ACM gebruikt de volgende criteria om te bepalen op welk niveau de productmarkten het beste geanalyseerd kunnen worden:

a) Leidt een productmarktanalyse op een ander niveau tot andere resultaten dan analyses in eerdere beoordelingen?

Een analyse op een lager niveau is alleen zinvol als hieruit blijkt dat er sprake is van verschillende concurrentieomstandigheden voor de verschillende vormen van zorg die een ziekenhuis aanbiedt. Als de resultaten op (bijvoorbeeld) specialismeniveau er hetzelfde uitzien als voor alle specialismen samen is het niet nodig om onderscheid naar specialisme te maken in de analyses.

b) Mededingingsrechtelijke toepassing

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven, gaat de ACM bij de afbakening van de productmarkten uit van vraag- en aanbodsubstitutie. Bij dit criterium toetst zij op welke manier de verschillende indelingen hierbij aansluiten.

c) Herkenbaarheid

Bij de beoordeling van fusies of samenwerkingen is het voor de ACM belangrijk dat zij de bevindingen die volgen uit haar kwantitatieve analyses kan toetsen bij marktpartijen. Als zij bijvoorbeeld een mededingingsprobleem ziet voor een bepaalde zorgsoort wil zij bij marktpartijen toetsen of zij dit probleem herkennen. Het is dan belangrijk dat zij de indeling die de ACM hanteert voor haar analyses ook als

zodanig herkennen.

d) Praktische toepassing

Het moet voor zowel de ACM als marktpartijen mogelijk zijn om de analyses voor de productmarkten uit te voeren, waarbij rekening gehouden moet worden met de administratieve lasten en uitvoeringslasten die hiermee gepaard gaan.

3.2 Voor- en nadelen van de verschillende methoden per criterium

a) Leidt een productmarktanalyse op een ander niveau tot andere resultaten dan de analyses waarvan de ACM in eerdere beoordelingen is uitgegaan?

Als we op clusterniveau, specialismeniveau of patiëntengroepenniveau de productmarkten voor een aantal ziekenhuisfusies in het verleden analyseren, zien we voor deze verschillende zaken dat er zowel qua marktaandelen als bij de berekening van diversion ratio's aanzienlijke verschillen zijn. Alle genoemde indelingen laten zien dat er sprake is van verschillende concurrentieomstandigheden voor de verschillende vormen van zorg die zorgaanbieders leveren.

b) Mededingingsrechtelijke toepasbaarheid

Voor zowel de analyse van productmarkten op basis van clusters als die uitgaande van specialismen staat centraal hoe de zorg binnen de ziekenhuizen op dit moment georganiseerd is. Het perspectief van de aanbieder is leidend.

De clusteranalyse van SiRM en Twynstra Gudde geeft daarbij meer dan een analyse op specialismeniveau inzicht in wat er nodig is om een bepaald specialisme aan te bieden. Het geeft namelijk inzicht in de onderlinge verwevenheid met andere specialismen en benodigde faciliteiten zoals een IC of een SEH. Uit de analyse kan daarmee ook afgeleid worden voor welke clusters het voor andere aanbieders eenvoudig is om toe te treden. Vanuit een mededingingsrechtelijk perspectief is dat belangrijk omdat voor clusters die redelijk los staan van een ziekenhuis er minder snel een mededingingsprobleem hoeft te zijn.

Een indeling naar patiëntengroepen (en hoofdgroepen) heeft als belangrijk voordeel dat de klacht van de patiënt centraal staat en dus het perspectief vanuit de vraagkant. Het geeft inzicht in welke zorgaanbieders de betreffende producten kunnen aanbieden en dus concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Voor mededingingsrechtelijke analyses is dat een belangrijk punt.

Ten opzichte van de manier waarop de productmarkten in eerdere beoordelingen zijn geanalyseerd, geven alle mogelijke opties beter inzicht in de mate waarin aanbod- en vraagsubstitutie mogelijk is.

Hoewel een analyse op een minder geaggregeerd niveau mogelijk meer inzicht geeft in eventuele mededingingsproblemen die zich kunnen voordoen, zal een analyse op een te laag niveau te weinig rekening houden met mogelijkheden van aanbod- en vraagsubstitutie en het eventuele mededingingsprobleem overschatten. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval als de markt op DBC-niveau zou worden geanalyseerd.

c) Herkenbaarheid

Een analyse op specialismeniveau is herkenbaar voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars omdat vaak in specialismen wordt gedacht en ziekenhuizen nog vaak langs deze lijnen zijn georganiseerd.

Van de 19 door SiRM en Twynstra Gudde gedefinieerde clusters zijn er zeven duidelijk herkenbaar. Dat zijn de clusters die zij als mogelijke aparte productmarkt hebben geïdentificeerd. Deze clusters bestaan uit een duidelijk hoofdspecialisme en deze zorg wordt ook door zbc's aangeboden. Uit de bijeenkomsten met marktpartijen komt een gemengd beeld naar voren over de herkenbaarheid van de andere 12 clusters, die meer samenhang kennen met de rest van het ziekenhuis. Een deel van de zorgverzekeraars en ziekenhuizen herkent deze clusters, al dan niet aan de hand van de specifieke DBC's die binnen deze clusters vallen. Een ander deel vindt deze clusters lastiger te herkennen. Voor deze 12 clusters geldt daarnaast dat deze analyses alleen zijn gedaan voor de basiszorg. Ziekenhuizen bieden echter ook complexe zorg aan en deze zal verweven zijn met de basiszorg. Dit maakt de herkenbaarheid lastiger.

Een analyse op patiëntengroepniveau vinden marktpartijen herkenbaar omdat een steeds groter deel van de zorg binnen ziekenhuizen via dat perspectief wordt georganiseerd. Denk bijvoorbeeld aan verschillende zorgstraten. Een nadeel van een analyse op basis van patiëntengroepen is dat het soms lang duurt voordat nieuwe patiëntengroepen worden opgenomen door de NZa. Hierdoor kunnen mogelijk bepaalde ontwikkelingen die in de zorg plaatsvinden gemist worden en geven patiëntengroepen een minder actueel en dus minder herkenbaar beeld voor sommige vormen van zorg.

Een analyse op sub-specialismeniveau of zorgproductniveau sluit niet aan bij de manier waarop zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de praktijk met elkaar onderhandelen en is daardoor minder herkenbaar.

d) Praktische toepassing

Voor zowel de ACM als marktpartijen geldt dat hoe minder geaggregeerd de ACM de productmarkten analyseert (bijvoorbeeld specialisme versus patiëntengroepen) hoe meer tijd er nodig is om deze analyses te doen. Voor marktpartijen zal het vanwege het gebrek aan data ook niet altijd mogelijk zijn om de analyses op een minder geaggregeerd niveau zelf uit te voeren. Het is voor marktpartijen makkelijker om informatie te geven op specialismeniveau dan op clusterniveau of voor patiëntengroepen.

3.3 Afweging verschillende opties inclusief keuze ACM

Alle voorgestelde indelingen in dit hoofdstuk vormen een verbetering ten opzichte van de methode waarvan de ACM tot nu toe is uitgegaan in haar analyses. Met deze indelingen krijgt de ACM beter inzicht of er voor specifieke vormen van zorg sprake is van verschillende concurrentieomstandigheden.

Als we de verschillende manieren waarop de ACM een productmarkt op een minder geaggregeerd niveau kan analyseren tegenover elkaar zetten, heeft een analyse op basis van patiëntengroepen de voorkeur. Redenen hiervoor zijn de herkenbaarheid en de aansluiting bij de mededingingspraktijk. De ACM hanteert daarom in toekomstige zaken het volgende uitgangspunt: *“De ACM zal bij de beoordeling van een voorgenomen fusie tussen aanbieders van medisch-specialistische zorg voortaan patiëntengroepen als startpunt voor haar analyse nemen.”*

De ACM zal daarbij productmarkten analyseren op basis van zowel hoofdgroepen als patiëntengroepen. Als de resultaten per patiëntengroep binnen een hoofdgroep niet verschillen, zal de ACM de resultaten op hoofdgroepniveau gebruiken en bespreken.