



Rapport

Marktverkenning medische diagnostiek



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1 Inleiding	8
2 Achtergrond, ontwikkelingen en doel	9
2.1 Achtergrond	9
2.1.1 Medische diagnostiek	9
2.1.2 Schakelrol	9
2.1.3 Omvang kosten	10
2.2 Ontwikkelingen op de markten voor diagnostiek	10
2.2.1 Verschillen in regelgeving, bekostiging en prestatelijsten eerstelijnsdiagnostiek	10
2.2.2 (Verdere) consolidatie verwacht	11
2.2.3 Inkoopbeleid zorgverzekeraars	12
2.2.4 Capaciteit in coronapandemie	13
2.3 Doel van deze marktverkenning	13
2.3.1 Concentratie, concurrentie en de rol van de ACM	13
2.3.2 Productmarkten en geografische markten	14
3 Methoden kwantitatieve analyses	16
3.1 Medisch specialistische zorg (MSZ)	16
3.1.1 Bepaling diagnostische zorgactiviteiten en indeling in categorieën	16
3.1.2 Gegevens berekend voor MSZ OZP's	18
3.1.3 MSZ zorgactiviteiten binnen dbc's	19
3.1.4 Correctie AGB-codes en type instelling	20
3.2 Andere categorieën zorg	21
3.2.1 Huisartsenzorg	21
3.2.2 Verloskunde	21
3.2.3 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	21
4 Resultaten	22
4.1 Totaaloverzicht van diagnostiek in de verschillende databronnen	22
4.2 MSZ overige zorgproducten (OZP's)	22
4.2.1 Aantal declaraties, omzet per categorie diagnostiek en aantal aanbieders	22
4.2.2 Type aanbieders	24
4.2.3 Reistijd en afstand	26
4.2.4 Verwijzer	28
4.2.5 Gedecclareerde bedragen t.o.v. maximumtarieven	30
4.2.6 Concentratiematen	38
4.3 MSZ zorgactiviteiten in dbc's	45
4.3.1 Aantal en omzet	45
4.3.2 Typen aanbieders	46
4.3.3 Reistijd en afstand	46
4.3.4 Concentratiematen	47
4.4 Diagnostiek in andere zorgcategorieën en Vektis-databronnen	49
4.4.1 Huisartsenzorg (HAZ)	49
	2/72

4.4.2	Verloskunde en zwangerschapsdiagnostiek in MSZ en HAZ	49
4.4.3	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	49
5	Discussie en Vervolg	50
5.1	Relevantie voor toezicht ACM	50
5.1.1	Omvang en verhouding	50
5.1.2	Diagnostiek vaak lokaal uitgevoerd	50
5.1.3	Sterke regionale concentratie	51
5.1.4	Schakelrol tussen eerste en tweede lijn	51
5.1.5	Ontwikkeling tarieven na loslaten maximum	52
5.2	Tot slot	53
5.2.1	Beperkingen van dit onderzoek	53
5.2.2	Vervolg	54
6	Literatuurlijst	55
7	Appendix	58

Managementsamenvatting

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft een verkennend kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de markten voor medische diagnostiek. Zij heeft daarbij gebruik gemaakt van declaratiegegevens vanuit Vektis uit 2017¹. Dit kwantitatieve onderzoek biedt eerste inzichten in hoe de markten voor diagnostiek kunnen worden gesegmenteerd en geeft een eerste beeld van de marktkenmerken van deze (deel)segmenten. Deze inzichten kan en zal de ACM gebruiken bij de beoordeling van toekomstige (concentratie)zaken.

Medische diagnostiek wordt gebruikt om te bepalen of er sprake is van een medische aandoening of om de voortgang van een medische behandeling te monitoren. Het is een belangrijke schakel in verschillende zorgmarkten. Daarnaast is het een sector waar de afgelopen jaren, zowel voor als na 2017, verschillende ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die invloed (kunnen) hebben op de werking van deze markten. Het gaat hierbij onder meer om ontwikkelingen in de bekostiging, de tariefregulering door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het inkoopproces van zorgverzekeraars. Ten slotte is er sprake geweest van verschillende fusies en overnames. Deze ontwikkelingen waren mede aanleiding voor de ACM om de markten voor diagnostiek nader in kaart te brengen en daarmee haar kennis van deze markten te vergroten.

Diagnostiek vooral in medisch specialistische zorg; eerste segmentering o.b.v. zorgprofielklasse

Uit het onderzoek van de ACM blijkt dat verreweg de meeste medische diagnostiek wordt gedeclareerd in de medisch specialistische zorg (MSZ): meer dan 95% van het totaal van ca. 144 miljoen zorgprestaties met een – deels geschatte – omzet onder de Zorgverzekeringswet (zvw) van ca. € 3,3 miljard (zie tabel). Diagnostiek in de MSZ wordt gedeclareerd als 'overig zorgproduct' (OZP) en als zorgactiviteit binnen een dbc (Diagnose Behandeling Combinatie).

De ACM heeft in dit onderzoek de diagnostische prestaties in de MSZ grotendeels ingedeeld op basis van hun zorgprofielklasse (ZPK). Deze indeling kan als startpunt dienen voor de afbakening van relevante markten voor medische diagnostiek. Bij de OZP's komen 8 verschillende categorieën diagnostiek voor, waarbij de categorieën klinische chemie & haematologie (ZPK8; in aantal en omzet) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7; in omzet) het grootste aandeel hebben. Voor de bepaling van dit aandeel maakt het uit of naar de aantallen prestaties of de omzet wordt gekeken, omdat de gemiddelde prijs per prestatie aanzienlijk verschilt tussen de verschillende categorieën diagnostische OZP's. Binnen dbc's komen bijna uitsluitend de categorieën beeldvormende diagnostiek (ZPK7) en zogenoemde 'diagnostische activiteiten'² (ZPK4) voor. Het aandeel van de andere categorieën diagnostiek binnen dbc's is verwaarloosbaar.

¹ Dit was op het moment van analyseren het meest recente jaar waarvoor de ACM over de betreffende Vektis-data beschikte.

² Bijvoorbeeld biopsie, ademtest, scopie, EEG.

Tabel. Overzicht aantal prestaties en zvw-omzet van diagnostiek in de verschillende categorieën zorg.

	Aantal prestaties (miljoen)	Omzet in € (miljoen)
OZP's in MSZ	118,9	947
Diagnostische activiteiten (ZPK4)	0,5	34
Beeldvormende diagnostiek (ZPK7)	3,2	208
Klinische chemie & haematologie (ZPK8)	88,5	290
Microbiologie & parasitologie (ZPK9)	9,4	116
Pathologie (ZPK10)	0,4	31
Overige laboratoriumverrichtingen regulier (ZPK11a)	0,6	6
Overige laboratoriumverrichtingen 1911-codes (ZPK11b)	0,1	129
Trombosezorg	16,3	133
Zorgactiviteiten in dbc's in MSZ	20,5	*2.222
Diagnostische activiteiten (ZPK4)	9,8	*986
Beeldvormende diagnostiek (ZPK7)	10,7	*1.233
Overige categorieën (ZPK8, ZPK10, ZPK11a, ZPK11b)	< 0,1	*3
Huisartsenzorg	3,5	49
Verloskunde	1,1	82
In verloskunde	0,6	36
Als OZP in MSZ	0,1	10
In dbc's in MSZ	0,4	*36
In huisartsenzorg	< 0,1	< 0,1
Geestelijke gezondheidszorg	0,3	1
Totaal	144	3.301

* Betreft een relatief grofmazige schatting (zie paragraaf 3.1.3). Voor zorgactiviteiten binnen dbc's zijn er geen aparte declaratiebedragen.

Diagnostiek in de MSZ vaak lokaal uitgevoerd

Voor vrijwel alle categorieën diagnostiek blijkt uit de onderzoeksresultaten dat sprake is van een relatief korte gemiddelde reistijd/afstand tussen de patiënt en de onderzoekslocatie³ waar de analyse plaatsvindt. Bij veel categorieën diagnostiek is de reistijd/afstand gemiddeld minder dan 20 tot 30 minuten/kilometer. Dit wijst erop dat diagnostiek over het algemeen lokaal, dicht bij de patiënt wordt uitgevoerd. Waar de patiënten van de verschillende aanbieders van diagnostiek vandaan (kunnen) komen, is in het ACM-toezicht onder meer van belang bij de bepaling van de relevante geografische markten.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat deze korte reistijd niet alleen geldt voor categorieën diagnostiek waarbij de patiënt zelf op de onderzoekslocatie aanwezig moet zijn (bijvoorbeeld beeldvormende diagnostiek), maar ook voor categorieën diagnostiek waarbij het vaak mogelijk is om lichaamsmateriaal van patiënten in de eigen regio af te nemen en vervolgens in een centraal laboratorium te analyseren. Voorbeelden hiervan zijn klinische chemie & haematologie en trombosezorg. Bij voldoende regionale prikpunten en een goed ingericht transportnetwerk hoeft het voor de patiënt geen belemmering op te leveren als het centrale laboratorium verder weg is, zeker als er geen sprake is van spoed. Dat de reistijd/afstand ook bij deze categorieën diagnostiek gemiddeld relatief kort is wijst erop dat de door patiënten bezochte prikpunten gemiddeld genomen in de buurt van de onderzoekslocatie liggen en dat er weinig gebruik gemaakt wordt van centrale verder weg gelegen onderzoekslocaties.

³ Voor de berekening is de locatie uit het AGB-register / de hoofdlocatie van de aanbieder gebruikt, zie 3.1.2. Vermoedelijk is dit doorgaans de onderzoekslocatie waar de analyses plaatsvinden.

Diagnostiek in de MSZ: Nationaal lage, maar regionaal hoge mate van marktconcentratie

De ACM heeft in dit onderzoek voor de verschillende categorieën diagnostiek ook naar de marktconcentratie gekeken. Een hoge marktconcentratie kan erop wijzen dat er sprake is van beperkte concurrentie. Uit dit onderzoek blijkt dat de concentratie op nationaal niveau laag is voor de verschillende categorieën diagnostiek: $HHI^4 < 1500$ en meestal < 400 . Dit is een indicatie dat er in 2017 (nog) geen grote nationale aanbieders waren. Een analyse op het niveau van de 25 veiligheidsregio's laat echter zien dat de concentratie per regio in veel gevallen juist (zeer) hoog is: de gemiddelde HHI is meestal > 2500 , met wel soms grotere verschillen tussen veiligheidsregio's en categorieën diagnostiek. Dit wijst erop dat een groot deel van de diagnostiek door enkele grote(re) aanbieders per regio wordt uitgevoerd. Uit het onderzoek blijkt evenwel ook dat bij de meeste categorieën diagnostiek het aantal unieke aanbieders per veiligheidsregio relatief groot is; vaak minstens 20 en in een aantal gevallen zelfs beduidend meer. Dit duidt erop dat er in 2017 regionaal ook een groot aantal kleinere aanbieders actief was, welke een mogelijk alternatief vormden voor patiënten en verwijzers.

Ziekenhuizen en huisartsen relatief belangrijk in keten van diagnostiek in de MSZ

De verdeling naar type aanbieder laat zien dat ziekenhuizen relatief veel diagnostiek in de MSZ uitvoeren. Bij de OZP's is bij meer dan de helft van de categorieën diagnostiek het gezamenlijk aandeel van de ziekenhuizen het grootst van alle typen aanbieders. In categorieën waar ziekenhuizen gezamenlijk niet het grootste aandeel hebben, is hun aandeel ook nog minimaal 32%. Ook bij diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's is het aandeel van ziekenhuizen verreweg het grootst: $> 90\%$.

Daarnaast hebben laboratoria een noemenswaardig aandeel bij de meeste categorieën diagnostische OZP's. Dit geldt vooral bij microbiologie & parasitologie (ZPK9) en klinische chemie & haematologie (ZPK8), waar sprake is van een gezamenlijk aandeel van rond de 50%. Bij overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en pathologie (ZPK10) hebben laboratoria gezamenlijk ook een relatief groot marktaandeel, minimaal 30%. Laboratoria hebben geen diagnostiek binnen dbc's gedeclareerd. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) voeren eveneens veel categorieën diagnostiek uit (als OZP en binnen dbc's), maar meestal met een relatief klein gezamenlijk aandeel (maximaal 14%). Bij trombosezorg hebben trombosediensten een belangrijk aandeel, rond de 50%.

De ACM heeft in dit onderzoek ook gekeken naar de verwijzer bij diagnostische OZP's. Bij de meeste diagnostiekcategorieën heeft een (ruime) meerderheid van de OZP's een huisarts als verwijzer. Bij diagnostische activiteiten (ZPK4) is dit bij minimaal 76% van de declaraties het geval en bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7), klinische chemie & haematologie (ZPK8), medische microbiologie & parasitologie (ZPK9) en pathologie (ZPK10) geldt dit zelfs voor minimaal 91% van de declaraties, ongeacht het type zorgaanbieder dat de diagnostiek uitvoert. Deze categorieën OZP's kunnen dus met name worden beschouwd als eerstelijnsdiagnostiek.

Uit het onderzoek blijkt dat diagnostische OZP's ook plaatsvinden na verwijzing van een medisch specialist of ziekenhuis, dus vanuit de tweede-/derdelijnszorg. Bij enkele categorieën (met name ZPK11b, maar ook ZPK11a en trombosezorg) is bij bepaalde typen aanbieders (met name ziekenhuis en klinisch genetisch centrum) zelfs sprake van een relatief groot aandeel met een medisch specialist/ziekenhuis als verwijzer. Een aantal andere categorieën diagnostische OZP's (ZPK8, ZPK9 en ZPK10) lijkt echter beperkt plaats te vinden op verzoek van de tweede/derde lijn. Voor deze categorieën is het percentage OZP's met een medisch specialist/ziekenhuis als verwijzer is namelijk laag ($\leq 2\%$) en deze categorieën diagnostiek zijn ook zelden als zorgactiviteit binnen dbc's gedeclareerd.

⁴ Een HHI (Herfindahl-Hirschman Index) van < 1500 geeft aan dat de markt ongeconcentreerd is, een HHI tussen 1500 en 2500 geeft een gemiddelde concentratie aan en bij een HHI van > 2500 is er sprake van een hoge concentratie.

Omdat diagnostiek ook belangrijk is bij de bepaling of en welke vervolgzorg nodig is, kan een aanbieder een sterke positie op de diagnostische markten mogelijk gebruiken om zijn positie op andere zorgmarkten te versterken. Bij eerstelijnsdiagnostiek is er vaak een keuzemoment om een bepaalde aanbieder van diagnostiek te kiezen (bijv. ziekenhuis, laboratorium of ZBC). Als deze aanbieder een breed zorgaanbod heeft (bijvoorbeeld een ziekenhuis, dat ook behandelingen uitvoert) en de diagnostiek wijst uit dat er meer zorg nodig is, dan is de kans mogelijk groter dat de patiënt daar blijft voor de vervolgzorg. De keuze voor de aanbieder van diagnostiek kan zo niet alleen relevant zijn voor de verhoudingen op de markten voor diagnostiek zelf, maar indirect ook voor de verdeling tussen aanbieders van de vervolgzorg na de diagnose. Dit effect speelt naar verwachting minder een rol bij tweede-/derdelijnsdiagnostiek, omdat hier vermoedelijk (indien mogelijk) in eerste instantie doorgaans al binnen dezelfde zorgorganisatie wordt doorverwezen zonder dat een andere aanbieder overwogen wordt.

Tarieven in 2017 bij aantal categorieën diagnostiek dicht bij maximumtarieven

Ten slotte heeft de ACM gekeken naar de verdeling van de tarieven van diagnostische OZP's ten opzichte van de in 2017 geldende maximumtarieven. Bij de categorieën diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), pathologie (ZPK10) en overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) liggen de tarieven voornamelijk dicht bij het maximumtarief; in minstens 66% van de gevallen op meer dan 90% van het maximumtarief. Bij de andere categorieën diagnostiek (klinische chemie & haematologie (ZPK8), microbiologie & parasitologie (ZPK9), reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en trombosezorg) is de tariefverdeling meer verspreid. Ook bedragen verder onder het maximumtarief komen vaker voor, met minstens 48% in de categorieën tot en met 90% van het maximum. De tarieven van laboratoria zitten in verhouding vaker aan de hogere kant van de verdeling ten opzichte van de maximumtarieven dan de tarieven van ziekenhuizen.

De tarieven voor de meeste diagnostische OZP's zijn vrijgegeven vanaf 2020. In dit onderzoek is niet gekeken naar de prijsontwikkeling sindsdien. Met het vervallen van de (door de overheid bepaalde) bovengrens kunnen prijzen (verder) stijgen. Dit maakt het relevanter voor de ACM om in (concentratie)zaken naar mogelijke prijseffecten te kijken dan voor het vrijgeven van de tarieven.

ACM gaat graag in gesprek over de bevindingen en actuele ontwikkelingen

Dit verkennende kwantitatieve onderzoek geeft een aantal voor het ACM-toezicht bruikbare eerste inzichten over de markten voor medische diagnostiek. De ACM gaat in vervolg op dit onderzoek graag in gesprek met verschillende partijen in de markt om de resultaten van dit onderzoek en de mogelijke gevolgen van (ook ten opzichte van de 2017-data) nieuwe, actuele en/of toekomstige ontwikkelingen voor de werking van de markten voor medische diagnostiek nader te kunnen duiden. Dit draagt bij aan het verdere inzicht van de ACM in de sector en daarmee aan de kwaliteit van haar toezicht op deze markten, zoals bij de beoordeling van fusies en overnames.

1 Inleiding

Medische diagnostiek wordt ingezet om vast te stellen of er sprake is van een medische aandoening (diagnosestelling) of om de voortgang van een behandeling te monitoren. Diagnostiek is, met een geschatte omvang van circa € 3,5 miljard⁵, een belangrijke schakel in verschillende zorgmarkten. Goed werkende markten voor medische diagnostiek kunnen bijdragen aan betere zorg en minder zorguitgaven. Hoe efficiënter en beter met de juiste diagnostiek kan worden vastgesteld of en welke (vervolg)zorg nodig is, des te sneller kan een passend (vervolg)zorgtraject bij een zorgaanbieder worden gestart. Kortom, goed ingerichte en werkende diagnostiekmarkten dragen niet alleen bij aan betere diagnostiek, maar ook aan betere (vervolg)zorg.

De afgelopen 10 jaar zijn er diverse ontwikkelingen van invloed geweest op de inrichting van de diagnostiekmarkten. Zo werd in 2011 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat het aanbod van eerstelijnsdiagnostiek versnipperd was. Verschillende typen aanbieders hadden veelal hun eigen regelgeving, bekostiging en prestatielijsten, wat resulteerde in verschillende knelpunten en een ongelijk speelveld. Dit heeft er toe geleid dat er, mede op advies van de NZa, in de afgelopen jaren verschillende wijzigingen in de bekostiging en tarieven zijn doorgevoerd.⁶ De verwachting was dat de diagnostieksector zich mede door deze wijzigingen in de bekostiging (verder) zou consolideren tot een aantal grote laboratoriumketens.⁷ De ACM heeft de afgelopen jaren een aantal fusies en overnames van diagnostiekaanbieders beoordeeld en goedgekeurd.⁸ Zorgverzekeraars proberen via hun inkoopbeleid de laatste paar jaar meer invloed uit te oefenen en te sturen op een efficiëntere inrichting van deze sector door regionaal selectief te contracteren.⁹ Daarnaast heeft de coronapandemie veel discussie losgemaakt over de inrichting van de (microbiologische) diagnostiekmarkt en het testbeleid in het bijzonder.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn mede aanleiding geweest voor de ACM om de markten voor medische diagnostiek nader in kaart te brengen en daarmee haar kennis van deze markten te vergroten. Regionale organisatie en concentratie kunnen positieve gevolgen hebben voor de publieke belangen (bijv. lagere kosten door schaalvoordelen, betere zorg door afstemming), maar er kleven ook risico's aan (bijv. prijsverhogingen, minder prikkels om de kwaliteit hoog te houden). De ACM zet met dit kwantitatieve onderzoek een eerste stap in de verkenning van de diagnostiekmarkt(en). Hiervoor is gebruik gemaakt van declaratiegegevens uit 2017 verstrekt vanuit Vektis. Dit kwantitatieve onderzoek levert eerste inzichten in hoe markten voor diagnostiek mogelijk zouden kunnen worden gesegmenteerd en geeft een eerste beeld van de kenmerken van deze (deel)segmenten, zoals aantal/typen aanbieders en verwijzers, en mate van concentratie.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt eerst uitgebreid ingegaan op de achtergrond van medische diagnostiek, de ontwikkelingen in deze sector en het doel van dit onderzoek. De gehanteerde methoden van de kwantitatieve analyses worden in hoofdstuk 3 beschreven, gevolgd door de resultaten in hoofdstuk 4. Het rapport sluit af met een discussie, waarin de relevantie voor de toezichtstaken van de ACM besproken wordt.

⁵ O.b.v. verschillende bronnen. Plexus (2010); Zorginstituut Nederland (2020, 2021).

⁶ wetten.overheid.nl (2013); wetten.overheid.nl (2019).

⁷ Boer & Croon (2013).

⁸ Autoriteit Consument en Markt (2013, 2017a, 2017b, 2018a, 2018b, 2020, 2021, 2022).

⁹ Coöperatie VGZ (2019); Zilveren Kruis (2022).

2 Achtergrond, ontwikkelingen en doel

In dit hoofdstuk beschrijft de ACM eerst (paragraaf 2.1) wat er onder medische diagnostiek verstaan wordt. Daarbij wordt ingegaan op de (schakel)rol van diagnostiek in de zorgketen en wordt op basis van de literatuur een indicatie gegeven van de omvang van de markten voor medische diagnostiek. Daaropvolgend beschrijft de ACM in paragraaf 2.2 de ontwikkelingen in de afgelopen jaren en de mogelijke gevolgen daarvan voor de markten voor medische diagnostiek. Ten slotte wordt in paragraaf 2.3 ingegaan op het doel van dit onderzoek in relatie tot de taken van de ACM.

2.1 Achtergrond

2.1.1 Medische diagnostiek

Medische diagnostiek (i.e. laboratoriumdiagnostiek inclusief trombosezorg, beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en andere diagnostische activiteiten, zoals diagnostische scopieën/puncties) wordt ingezet om vast te stellen of er sprake is van een medische aandoening (diagnosestelling) of om de voortgang van een behandeling in bijvoorbeeld een ziekenhuis te monitoren. Het kan ook onderdeel zijn van een therapeutische interventie (bijv. darmscopie, waarbij indien nodig meteen poliepen weggehaald kunnen worden) of opname.¹⁰ De uitvoering van diagnostiek gebeurt bij of op verzoek van een eerstelijnszorgverlener (vaak huisartsen of verloskundigen)¹¹ of in (opdracht van) de tweede of derde lijn (zoals specialisten in een ziekenhuis)¹². Bij eerstelijnsdiagnostiek is er vaak sprake van een verwijzing van een eerstelijnszorgaanbieder, bijvoorbeeld een huisarts, naar een diagnostiekaanbieder, waardoor de markt te typeren is als een business-to-business markt.¹³ Bij tweede-/derdelijnsdiagnostiek vinden de verschillende vormen van diagnostiek en behandeling vaak bij dezelfde zorgaanbieder plaats (veelal als (onderdeel van) een zorgactiviteit binnen een dbc (Diagnose Behandeling Combinatie)), wat kenmerkend is voor een meer gesloten markt.¹⁴

2.1.2 Schakelrol

Medische diagnostiek bevindt zich zowel binnen de verschillende lijnen van de zorg als daartussen.¹⁵ Diagnostiek vormt daarmee een belangrijke schakel in de zorgketen. Als eerstelijnsdiagnostiek doelmatig ingezet wordt en een goede prijs-kwaliteitverhouding heeft, dan kan het bijdragen aan betere zorg en minder zorguitgaven.¹⁶ Bij een betere taakverdeling voor de uitvoering van diagnostiek tussen diagnostische laboratoria, huisartsen en ziekenhuizen kunnen patiënten zonder klinische noodzaak bijvoorbeeld (verder) geholpen worden in de eerste lijn.¹⁷ Hoe efficiënter en beter met de juiste diagnostiek kan worden vastgesteld of en welke (vervolg)zorg nodig is, des te sneller kan een passend (vervolg)zorgtraject bij een passende zorgaanbieder worden gestart. Door deze schakelrol draagt een goed ingerichte diagnostiekmarkt dus niet alleen bij aan betere diagnostiek, maar ook aan betere (vervolg)zorg. Andersom, als de diagnostiekmarkt niet optimaal is ingericht, dan kan het ook bredere nadelige gevolgen hebben (bijv. verkeerde behandeling door onjuiste diagnose, zorggeld besteed aan onnodige dubbele diagnostiek, later gestarte behandeling als de uitslag minder snel bij de specialist bekend is).

¹⁰ Plexus (2010).

¹¹ Nederlandse Zorgautoriteit (2011).

¹² Boer & Croon (2013); Plexus (2010).

¹³ Transacties tussen 2 organisaties.

¹⁴ Transacties binnen 1 organisatie.

¹⁵ Vermeer (2019).

¹⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (2011).

¹⁷ Aldus Raemakers in Vermeer (2019).

2.1.3 Omvang kosten

Doordat medische diagnostiek op meerdere plaatsen in de zorg uitgevoerd wordt en er niet voor alle vormen van diagnostiek (precieze) cijfers beschikbaar zijn, is er niet één complete (recente) bron op basis waarvan de omvang van de sector is vast te stellen. Daarom is voor deze achtergrondschets gebruik gemaakt van verschillende bronnen voor verschillende onderdelen van de zorg waarin diagnostiek voorkomt. Gezamenlijk komen de (geschatte) kosten uit op circa € 3,5 miljard, waarvan verreweg het grootste deel (> 95%) in de medisch specialistische zorg (MSZ).

Het grootste deel van de diagnostiek in de MSZ vindt binnen dbc's plaats. Over dit deel van de diagnostiek is voor zover bekend weinig (recente) informatie beschikbaar in de literatuur. In 2008 was de geschatte omvang van diagnostiek als onderdeel van dbc's ongeveer € 2,35 miljard.¹⁸ Een kleiner deel van de diagnostiek in de MSZ wordt door ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), (huisartsen)laboratoria en trombosediensten afzonderlijk (buiten MSZ-dbc's) gedeclareerd, i.e. diagnostische overige zorgproducten (OZP's) inclusief trombosezorg. De kosten hiervan zijn rond de € 1 miljard in 2016/2017/2018.¹⁹

Ook worden er kosten gemaakt voor medische diagnostiek buiten de MSZ, bijvoorbeeld uitgevoerd door huisartsen en verloskundigen zelf. In 2008 kostten de door huisartsen zelf uitgevoerde onderzoeken ongeveer € 40 miljoen.²⁰ De kosten voor echo's en screening binnen de verloskundige zorg uitgevoerd door verloskundigen of huisartsen waren in 2016/2017/2018 ongeveer € 38 miljoen.²¹

2.2 Ontwikkelingen op de markten voor diagnostiek

De inrichting van de diagnostiekmarkten is al jaren een onderwerp van discussie. Zo werd reeds in 2011 door de NZa aangegeven dat het aanbod van eerstelijnsdiagnostiek versnipperd was. Verschillende typen aanbieders in zowel de eerste als tweede lijn voerden eerstelijnsdiagnostiek uit, waaronder huisartsen, verloskundigen, huisartsenlaboratoria/eerstelijns diagnostische centra (EDC's), ziekenhuizen en ZBC's. Daar kwam bij dat deze typen aanbieders veelal te maken hadden met hadden hun eigen regelgeving, bekostiging en prestatie lijsten waardoor sprake was van verschillende (en niet optimale) prikkels en een ongelijk speelveld tussen aanbieders.²²

2.2.1 Verschillen in regelgeving, bekostiging en prestatie lijsten eerstelijnsdiagnostiek

De verschillen in regelgeving en bekostiging tussen verschillende typen aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek leidden volgens de NZa destijds tot verschillende knelpunten in de markt. Zo zorgde de variatie in bekostigingssystematiek voor:

- een ongelijk speelveld doordat niet alle aanbieders hun 'winsten' mochten behouden;
- de mogelijkheid voor ziekenhuizen om kruissubsidie toe te passen;
- geen optimale efficiencyprikkels voor EDC's;
- het risico dat patiëntstromen zouden verschuiven naar een minder efficiënte aanbieder;
- een grotere kans op dubbele bekostiging (van bijvoorbeeld bloedafnamekosten) binnen de eerstelijnsdiagnostiek.

Daarnaast zorgden achterhaalde prestaties en tarieven ervoor dat:

- niet alle diagnostiek gevat was in declarabele prestaties;
- eerder bepaalde tarieven niet altijd meer passend waren.

¹⁸ Plexus (2010).

¹⁹ Zorginstituut Nederland (2020, 2021).

²⁰ M&I uitgaven 2008, in Plexus (2010).

²¹ Zorginstituut Nederland (2020, 2021).

²² Nederlandse Zorgautoriteit (2011).

Tevens resulteerde de verwevenheid van diagnostiek met tweedelijnsbehandelingen in:

- een verhoogd risico op dubbele bekostiging in zowel de eerste als tweede lijn;
- een groter risico op het voorschrijven van extra of duurdere complexere zorg dan nodig.

Tot slot waren andere knelpunten:

- de gescheiden inkoop door zorgverzekeraars;
- een afwijkend eigen risico;
- afwijkende risicoverevening;
- de afwezigheid van een financiële prikkel om eerstelijnsdiagnostiek doelmatig aan te vragen.²³

De NZa adviseerde, mede om deze redenen, in 2011 om prestatiebekostiging door te voeren voor alle aanbieders²⁴, met één generieke ingedikte prestatielijst en vrije integrale prijzen. Met deze vorm van functionele bekostiging met een centrale rol voor de prestatie in plaats van (het type van) de aanbieder zou een gelijk spelveld gecreëerd kunnen worden tussen de aanbieders. Hierdoor zouden zorgverzekeraars bij de zorginkoop een betere prijs-kwaliteitsafweging kunnen maken en op basis van prijs-kwaliteit kunnen contracteren. Onderlinge concurrentie op een gelijk spelveld zou aanbieders eveneens stimuleren om zo efficiënt mogelijk te zijn en dit in de gecontracteerde tarieven te laten doorwerken.²⁵

In 2015 (met een transitiejaar in 2014) is de prestatiebekostiging voor de eerstelijnsdiagnostiek daadwerkelijk ingevoerd, destijds nog wel met maximumtarieven²⁶. Deze was van toepassing op diagnostiek geleverd door huisartsenlaboratoria/EDC's en zelfstandige trombosediensten.²⁷ Hiermee is de bekostigingssystematiek van huisartsenlaboratoria/EDC's en zelfstandige trombosediensten gelijkgetrokken met die van ziekenhuizen en ZBC's.²⁸

Recenter is de prestatiebekostiging verder aangescherpt: vanaf 1 januari 2020 hanteert de NZa vrije tarieven voor eerstelijnsdiagnostische OZP's (behalve voor 7 OZP's voor trombosezorg; hier gelden nog wel maximumtarieven voor) uitgevoerd in de MSZ.²⁹ De NZa onderbouwde dit door onder meer te wijzen op de beperkte omvang van eerstelijnsdiagnostiek ten opzichte van de totale MSZ-omzet, het grote aantal aanbieders van diagnostiek, de mogelijkheid om toe of uit te treden en een productstructuur die voldoende stabiel is voor afspraken in vrije onderhandeling.³⁰

2.2.2 (Verdere) consolidatie verwacht

In 2013 werd door adviesbureau Boer & Croon verwacht dat bovenstaande wijzigingen in de bekostiging invloed zouden hebben op medische laboratoria.³¹ Zo zou de macht van zorgverleners (die in 2013 grotendeels de diagnostiekvraag bepaalden) naar zorgverzekeraars en patiënten kunnen verschuiven, bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars zorg selectiever zouden gaan inkopen en patiënten vaker zelf hun zorgaanbieder zouden gaan kiezen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat het versnipperde landschap verder³² zou consolideren tot een aantal grotere laboratoriumketens, die de niet spoedeisende analyses voor

²³ Nederlandse Zorgautoriteit (2011).

²⁴ Trombosediensten vielen in eerste instantie nog buiten de scope van het advies.

²⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (2011).

²⁶ Alleen voor verrichtingen in het kader van Modernisering & Innovatie golden vrije tarieven (waarvoor wel een overeenkomst met de zorgverzekeraar noodzakelijk is).

²⁷ Nederlandse Zorgautoriteit (2013, 2014); wetten.overheid.nl (2013).

²⁸ Zorginstituut Nederland (2020).

²⁹ Nederlandse Zorgautoriteit (2019); wetten.overheid.nl (2019).

³⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (2018a).

³¹ Boer & Croon (2013).

³² Ook voor de bekostigingswijzigingen had al een aantal fusies en overnames plaatsgevonden, waarmee de eerste consolidatie al in gang was gezet. Belangrijke genoemde beweegredenen voor deze fusies/overnames waren onder meer de ketenintegratie van eerste- en tweedelijnsdiagnostiek, regionale consolidatie en verbreding van producten en diensten.

ziekenhuizen zouden gaan uitvoeren.³³ De afgelopen jaren hebben er ook verschillende fusies en overnames plaatsgevonden, waarvan een aantal ook door de ACM zijn beoordeeld en goedgekeurd.³⁴

De goedkeuring door de ACM van de fusie tussen Izore en Certe in 2017 zou volgens Raemakers van organisatieadviesbureau TwynstraGudde voor vrij baan kunnen zorgen voor regionale consolidatie van medische microbiologie, een sector bestaande uit veel kleine laboratoria, te klein om bijvoorbeeld goed in te kunnen spelen op (dure) technologische ontwikkelingen. Volgens signalen uit de sector zou opschaling nodig zijn om medische microbiologie ook in de toekomst goed in te kunnen blijven vullen.³⁵ Nieuwe technologieën zouden kunnen zorgen voor een revolutie in de medische diagnostiek, omdat veel diagnostisch handwerk in de toekomst mogelijk zal verdwijnen door automatisering en robotisering, waardoor het aantal aanbieders in de toekomst verder zou kunnen afnemen tot 5 à 10 regionale medisch diagnostische organisaties.³⁶

2.2.3 Inkoopbeleid zorgverzekeraars

Daarnaast zijn er ontwikkelingen in het inkoopbeleid van verschillende zorgverzekeraars op het gebied van eerstelijnsdiagnostiek.³⁷ Zo is VGZ vanwege de volgens haar nog steeds aanwezige versnippering, capaciteitsoverschot en prijs- en kwaliteitsverschillen tussen aanbieders bij de inkoop voor 2020 gestart met de selectie van één onafhankelijke aanbieder als regievoerder voor (eerstelijns)diagnostiek³⁸ per GHOR-regio via een offertetraject.³⁹ Dit leidde wel tot kritiek (o.a. op de niet transparante puntentelling in het offertetraject)⁴⁰. In een aantal regio's werd de initieel beoogde regievoerder alsnog geschrapt.⁴¹ Bij de inkoop voor 2021 en 2022 bleef VGZ selectief en regionaal contracteren,⁴² maar het offertetraject is vervangen door onderhandeling met partijen met een goed aanbod. Met integrale, digitaal ondersteunde, zinnige en kosteneffectieve diagnostiek, bereikt door schaalvergroting en goede regionale organisatie, tracht VGZ de kwaliteit te verhogen en kosten te verlagen.⁴³

Ook Zilveren Kruis wil eerstelijnsdiagnostiek doelmatiger organiseren. Vanaf 2022 wil zij in de regio's waar zij marktleider is één partij contracteren en verantwoordelijk maken voor klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. In andere regio's is er een open contracteerbeleid voor eerstelijnsdiagnostiek; dit geldt ook voor beeld- en functieonderzoeken in alle regio's. Zilveren Kruis hanteert referentietarieven die gelden als maximumprijzen.⁴⁴

Eind 2019 geeft Menzis aan een preferente aanbieder in de regio aan te willen wijzen om de diagnostiek efficiënter te organiseren, met het uitgangspunt "concentratie waar schaalvoordeel mogelijk is, en spreiding waar toegankelijkheid nodig is".⁴⁵ Zij sturen met langdurige overeenkomsten met vooraanstaande laboratoria in hun kernwerkgebieden op "samenwerking en gedeelde infrastructuur door

³³ Boer & Croon (2013).

³⁴ Autoriteit Consument en Markt (2013, 2017a, 2017b, 2018a, 2018b, 2020, 2021, 2022).

³⁵ Raemakers (2017).

³⁶ TwynstraGudde (2022).

³⁷ De informatie in 2.2.3 is afkomstig van websites en documenten.

³⁸ Klinische chemie & haematologie, medische microbiologie, pathologie en trombosezorg; vanwege infrastructurele verschillen zijn beeld- en functiediagnostiek nog niet selectief ingekocht (Coöperatie VGZ, 2019).

³⁹ Coöperatie VGZ (2019, 2020b).

⁴⁰ Wilman (2019a).

⁴¹ De betreffende aanbieder trok zich in een aantal regio's zelf terug, waarna VGZ besloot om hen ook in de andere regio's als partij te schrappen (Wilman, 2019b).

⁴² In een aantal GHOR-regio's is al een regievoerder voor Integrale Digitale Diagnostiek (IDD). In GHOR-regio's waar dit nog niet het geval is, kunnen zorgaanbieders (die de hele regio kunnen bedienen) hier richting 2022 voor in aanmerking komen (Coöperatie VGZ, 2021).

⁴³ Coöperatie VGZ (2020a, 2020b, 2021).

⁴⁴ Zilveren Kruis (2021, 2022).

⁴⁵ Menzis (2019). Aanbieders met een contract in 2019 zijn allemaal weer gecontracteerd voor 2020, maar Menzis geeft aan vanaf 2021 kritischer te worden met wie zij een overeenkomst sluit.

middel van een (boven)regionaal platform".⁴⁶ Menzis geeft aan vanaf 2022 de mogelijkheid te introduceren om de pre-analysefase van de diagnostiek⁴⁷ in te kopen bij een beperkt aantal partijen. Ook heeft Menzis vaste, niet onderhandelbare analysetarieven voor klinische chemie en medische microbiologie. Voor de andere diagnostiekvormen hebben zij een benchmark prijslijst en is beperkte onderhandeling mogelijk.⁴⁸

Om versnippering tegen te gaan stuurt ook CZ op herinrichting van eerstelijnsdiagnostiek door onder andere concentratie. Partijen in het veld worden in eerste instantie gestimuleerd om de herinrichting gezamenlijk te realiseren. In kernwerkgebieden van CZ kan dit ook via Duurzame Diagnostische Coalities.⁴⁹ CZ geeft aan te willen kijken of dit via selectieve inkoop lukt als partijen hier zelf onvoldoende in slagen. CZ doet voor klinische chemie en medische microbiologie een niet-onderhandelbaar aanbod met vaste tarieven en volumes voor 3 jaar. Andere diagnostiek is wel onderhandelbaar met maximumtarieven.⁵⁰

2.2.4 Capaciteit in coronapandemie

De coronapandemie heeft veel discussie losgemaakt over de capaciteit en concentratie van de (in dit geval) microbiologische laboratoriumdiagnostiek. Initieel gebeurde het testen voor de GGD's in de (t.o.v. grote onafhankelijke laboratoria) kleinschalige en gespecialiseerde laboratoria van een aantal grote ziekenhuizen; de door biotechnologische bedrijven en andere laboratoria aangeboden extra capaciteit zou niet nodig zijn. In het najaar van 2020 bleek dat er zelfs na opschaling toch onvoldoende testcapaciteit in de ziekenhuislaboratoria was om aan de sterk stijgende vraag te kunnen voldoen, met onder meer lange wachttijden tot gevolg. Uiteindelijk werden ook overeenkomsten gesloten met grote (internationale) laboratoria om tests voor de GGD's uit te voeren. Deze partijen waren met hun grote testcapaciteit al in andere landen actief, waaronder in Duitsland.⁵¹ Open vraag is wat de gevolgen op langere termijn zijn van de schaalvergroting door corona voor medische microbiologie in bredere zin en voor andere categorieën van medische diagnostiek.

2.3 Doel van deze marktverkenning

2.3.1 Concentratie, concurrentie en de rol van de ACM

De ACM ziet erop toe dat (zorg)markten eerlijk werken voor zowel mensen als bedrijven. Daarmee draagt zij bij aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

De in 2.2 genoemde ontwikkelingen (o.a. inkoopbeleid zorgverzekeraars, verschillende fusies en overnames) wijzen op mogelijk verdere concentratie met een kleiner aantal regionaal georiënteerde aanbieders. Dit kan gevolgen hebben voor de werking van deze markten. Aan de ene kant kan een goed ingerichte samenwerking tussen (regionale) zorgaanbieders en meer concentratie bijdragen aan zinnige, betere, goedkopere en bereikbaarere diagnostiek.⁵² Aan de andere kant kunnen er ook risico's kleven aan meer concentratie en marktmacht. Zo zouden aanbieders mogelijk hogere tarieven kunnen hanteren nu de maximumtarieven sinds 2020 zijn afgeschaft (zie 2.2.1). Daarnaast zou meer concentratie en marktmacht ertoe kunnen leiden dat aanbieders minder prikkels hebben om kwaliteit te verbeteren en te innoveren.

⁴⁶ Menzis (2021), p. 9.

⁴⁷ I.e. de af-/aanneemfase van patiëntmateriaal en het vervoer naar het laboratorium (Menzis, 2021).

⁴⁸ Menzis (2021).

⁴⁹ Binnen een Duurzame Diagnostische Coalitie wil CZ onder andere kijken naar de kostenstructuur en substitutie van de tweede naar de eerste lijn, waarbij afspraken in een meerjarige overeenkomst met de coalitie worden vastgelegd (CZ, 2021).

⁵⁰ CZ (2021).

⁵¹ Stokmans en Lievisse Adriaanse (2020); Van Ark en Strop (2020).

⁵² Boer & Croon (2013); Coöperatie VGZ (2020b); Plexus (2010).

Met het oog op concurrentie tussen verschillende zorgaanbieders kan de organisatie van (eerstelijns)diagnostiek ook nog een rol spelen waar vervolgzorg wordt uitgevoerd. Als een patiënt voor diagnostiek naar een bepaalde aanbieder (bijv. een ziekenhuis) gaat en er blijkt meer zorg nodig te zijn, dan is de kans groter dat de patiënt ook bij die aanbieder blijft voor de vervolgzorg. Onderzoek heeft namelijk laten zien dat patiënten eerder geneigd zijn om naar een zorgaanbieder te gaan waar zij al bekend mee zijn.⁵³ In een onderzoek onder kankerpatiënten was het ziekenhuis waar de diagnose gesteld was bij driekwart van de mensen tevens het eerste aanspreekpunt voor de behandeling.⁵⁴ Vermoedelijk wordt na het stellen van een diagnose in eerste instantie intern doorverwezen als de benodigde zorg daar ook wordt aangeboden. Dit impliceert dat wanneer een aanbieder met een breed zorgaanbod (zoals een ziekenhuis) een relatief groot aandeel binnen de diagnostiek heeft, dit kan leiden tot een groter aandeel van deze aanbieder binnen de vervolgzorg. Het geeft eveneens aan dat verwijsstromen (bijv. van huisartsen) naar aanbieders van diagnostiek niet alleen relevant zijn voor de verdeling van de diagnostiek zelf, maar indirect ook deels voor de verdeling van de verdere zorg na de diagnose.

2.3.2 Productmarkten en geografische markten

Een doelstelling voor dit kwantitatieve onderzoek vormt het identificeren van mogelijk te onderscheiden segmenten/categorieën en regio's als vertrekpunt voor het (in een concrete (concentratie)zaak) bepalen van relevante product- en geografische markten.

Zoals is aangegeven, bestaat de diagnostiekmarkt uit verschillende categorieën diagnostiek, waarbij er tussen de categorieën overeenkomsten zijn, maar ook duidelijke verschillen bestaan. Daarom is het van belang om te onderzoeken welke marktkenmerken relevant kunnen zijn voor het maken van een indeling naar soorten diagnostiek. Zo is – vanuit de aanbodzijde bezien – het aantal en type aanbieders en de mate van concentratie niet voor alle categorieën hetzelfde (bijv. een relatief klein en vermoedelijk verder afnemend aantal aanbieders van trombosezorg versus een bovengemiddeld aantal aanbieders voor andere groepen in de eerstelijnsdiagnostiek⁵⁵).

Enkele diagnostische productmarkten zijn reeds eerder afgebakend door de ACM. In eerdere concentratiezaken is de ACM uitgegaan van aparte markten voor klinisch chemische laboratoriumdiagnostiek en medisch microbiologische laboratoriumdiagnostiek, omdat beide categorieën laboratoriumdiagnostiek dusdanig van elkaar verschillen dat ze als twee aparte markten moeten worden gezien (i.e. het is niet aannemelijk dat aanbieders van de ene categorie snel, eenvoudig en met weinig investeringen de andere categorie kunnen gaan uitvoeren). Daarnaast heeft de ACM in deze zaken rekening gehouden met het onderscheid tussen eerstelijnsdiagnostiek en diagnostiek die in de tweede/derde lijn plaatsvindt vanwege verschillen in het aanbod van producten en de vraagkant/inkopers (bijv. minder vs. meer spoed; ingekocht door de zorgverzekeraar vs. inkoop door ziekenhuizen; concurrentie op individuele bepalingen vs. het totaal aan activiteiten voor het ziekenhuis in kwestie).⁵⁶

Bij de bepaling van de relevante geografische markten is onder meer van belang waar de patiënten van de verschillende aanbieders van diagnostiek vandaan (kunnen) komen. Dit kan verschillen per categorie diagnostiek. Zo is het bij sommige categorieën diagnostiek (bijv. beeld- en functieonderzoek, diagnostiek waar dure en lastig te verplaatsen apparatuur voor nodig is) noodzakelijk dat de patiënt zelf op de (centrale) onderzoekslocatie aanwezig is. In dit geval is het in termen van toegankelijkheid minder wenselijk om slechts enkele aanbieders in een regio te hebben waardoor patiënten vaker verder moeten

⁵³ Menting, Van 't Veer en Kemp (2020); Victoor en Rademakers (2015).

⁵⁴ Engelen en Dingemans (2019).

⁵⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (2018a).

⁵⁶ Autoriteit Consument en Markt (2013, 2017b).

reizen. Bij andere categorieën diagnostiek (bijv. klinische chemie, microbiologie, trombosezorg) is het vaak mogelijk om lichaamsmateriaal van patiënten in de eigen regio af te nemen en vervolgens in een centraal laboratorium te analyseren. Bij voldoende regionale prikpunten en een goed ingericht transportnetwerk hoeft het voor de patiënt geen belemmering op te leveren als dit centrale laboratorium verder weg is, zeker als er geen sprake is van spoed. In sommige gevallen kan diagnostiek zelfs (vrijwel) geheel op afstand gedaan worden, zoals bij zelftesttrombosezorg.

In eerdere concentratiezaken heeft de ACM de relevante geografische markten voor klinische chemie en medische microbiologie ten behoeve van de eerste lijn en *care*-sector als (ten minste) nationaal afgebakend, omdat aanbieders hun werkgebied vrij eenvoudig en met relatief beperkte investeringen konden uitbreiden.⁵⁷ Ook is de ACM in deze zaken uitgegaan van een markt voor klinische chemie ten behoeve van de tweede lijn die ten minste nationaal, maar mogelijk ruimer is.⁵⁸ Voor medische microbiologie ten behoeve van de tweede lijn is de ACM uitgegaan van een relevante geografische markt die ten minste het gezamenlijk werkgebied van partijen (in casu regio Noordoost Nederland) omvatte.⁵⁹ De ACM heeft de relevante geografische markten nog niet afgebakend voor andere categorieën diagnostiek.

⁵⁷ Autoriteit Consument en Markt (2013, 2017b).

⁵⁸ Met (exploitatie van) een laboratoriumruimte in/vlak bij het ziekenhuis voor spoedbepalingen. Autoriteit Consument en Markt (2013).

⁵⁹ Hier kon in het midden gelaten worden of er sprake was van een mogelijk grotere geografische omvang, omdat het geen invloed had op de materiële beoordeling. Autoriteit Consument en Markt (2017b).

3 Methoden kwantitatieve analyses

In dit hoofdstuk worden de databronnen beschreven die de ACM heeft gebruikt in dit onderzoek. Daarnaast beschrijft de ACM op welke manier diagnostische zorgactiviteiten zijn ingedeeld in verschillende categorieën.

In dit onderzoek heeft de ACM door Vektis verstrekte declaratiegegevens gebruikt.⁶⁰ Hoewel daarin diagnostische declaraties terug te vinden zijn in databronnen van verschillende deelsectoren van de zorg, gaat het meestal (96-97% o.b.v. aantal declaraties en bedrag⁶¹) om de medisch specialistische zorg (MSZ). Om deze reden heeft de ACM in dit onderzoek de nadruk gelegd op de medische diagnostiek uitgevoerd in de MSZ; deze wordt hieronder als eerste beschreven.⁶²

Daarnaast geeft de ACM een korte beschrijving van de hoeveelheid diagnostiek in enkele andere deelsectoren van de zorg waar in 2017 ook medische diagnostiek gedeclareerd is en waarvoor de ACM over data beschikt: huisartsenzorg (HAZ), verloskunde en geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

3.1 Medisch specialistische zorg (MSZ)

In dit onderzoek is primair gekeken naar de MSZ-data uit 2017.⁶³ Diagnostische zorgactiviteiten kunnen los als 'overig zorgproduct' (OZP) gedeclareerd worden of als zorgactiviteit binnen een dbc. In dit onderzoek zijn beide categorieën zorgactiviteiten bekeken.

Voor aanvang van verdere analyses is gestart met een aantal schoningsstappen van de ruwe MSZ Vektisdata. Allereerst zijn onvolledige declaraties verwijderd (bijv. zorgactiviteit, instelling of persoon onbekend). Tevens zijn alleen de declaraties geïnccludeerd met een zvw-bedrag groter dan €0. In de analyses zijn alleen de kosten betaald vanuit de zvw meegenomen.⁶⁴ Bij zowel de OZP's als de (zorgactiviteiten binnen de) dbc's zijn alleen declaraties met een geregistreerd aantal verrichtingen van minimaal 1 meegenomen.⁶⁵

3.1.1 Bepaling diagnostische zorgactiviteiten en indeling in categorieën

Om te bepalen of een zorgactiviteit – zowel bij OZP's als zorgactiviteiten binnen dbc's – diagnostisch is, is gebruik gemaakt van de zorgprofielklasse-indeling (ZPK) van de NZa. Deze is te vinden in de Zorgactiviteitentabel.⁶⁶

Alle zorgactiviteiten met een ZPK (o.b.v. de indeling geldig in 2017) diagnostische activiteiten (4), beeldvormende diagnostiek (7), klinische chemie & haematologie (8), microbiologie & parasitologie (9), pathologie (10) en overige laboratoriumverrichtingen (11) worden beschouwd als diagnostisch en zijn

⁶⁰ Deze zijn door pseudonimisering niet herleidbaar tot individuen.

⁶¹ Voor zorgactiviteiten binnen dbc's in de MSZ zijn geen losse bedragen beschikbaar. Wel is een bedrag geschat o.b.v. de OZP's met dezelfde zorgactiviteitcode (zie 3.1.3).

⁶² Diagnostiek bij eerstelijnsverblijf valt ook onder de MSZ.

⁶³ Dit was op het moment van analyseren het meest recente jaar waarvoor de ACM over de betreffende Vektis-data beschikte. Als robuustheidscheck zijn analyses ook uitgevoerd voor 2016. Deze resultaten en de conclusies zijn in de grote lijn vergelijkbaar en worden verder niet besproken in dit rapport.

⁶⁴ Kosten betaald vanuit de aanvullende verzekering zijn buiten beschouwing gelaten. Verreweg de meeste kosten (99,5%) voor diagnostische OZP's in de MSZ worden vanuit de zvw betaald.

⁶⁵ Bij verreweg de meeste OZP-declaraties met een zvw-bedrag was het geregistreerde aantal 1 (99,6% in 2017). Ook dbc's met diagnostische zorgactiviteiten hebben meestal een geregistreerd aantal van 1 (afgerond 100% van de declaratieregels in 2017 voor de dbc's zelf en 99,4% voor de zorgactiviteiten binnen de dbc's).

⁶⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (2018b).

daarom door de ACM meegenomen in dit onderzoek (zie eveneens ⁶⁷). Trombosezorg wordt ook genoemd in relatie tot (eerstelijns)diagnostiek (zie o.a. ⁶⁸). Daarom zijn er ook enkele trombosezorgactiviteiten meegenomen op basis van de overige zorgproductcodes die de NZa noemt in verband met trombosezorg: 190247, 190252, 190253 en 190256-190259.⁶⁹ Alle andere zorgactiviteiten zijn niet meegenomen in dit onderzoek, omdat ze geen diagnostische ZPK-code⁷⁰ hebben en geen trombosezorg zijn.⁷¹

Analyses zijn hoofdzakelijk per ZPK uitgevoerd. In enkele gevallen is hiervan afgeweken. Binnen de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7) zit tevens zwangerschapsgerelateerde diagnostiek die deels ook buiten de MSZ kan plaatsvinden (bij verloskunde- en huisartsenzorg). Zwangerschapsdiagnostische zorgproducten in de MSZ die inhoudelijk vergelijkbaar zijn met verloskunde- of huisartsenzorgprestaties worden niet meegenomen in de analyses voor ZPK4 en ZPK7 binnen MSZ.⁷² Zwangerschapsgerelateerde diagnostiek lijkt een apart segment te zijn met andere typen aanbieders dan bij de overige ZPK4 en ZPK7 zorgactiviteiten. Wel worden deze MSZ verloskundeprestaties kort beschreven in paragraaf 3.2.2 (methoden) en 4.4.2 (resultaten) waarin verloskundige diagnostiek globaal besproken wordt.

Tevens zijn de zorgactiviteiten in de categorie overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11) opgesplitst. Een deel van de zorgactiviteiten (zorgproductcodes startend met 1911) bleek qua bedrag en type aanbieder wezenlijk anders dan de overige codes in deze categorie. Dit lijkt daarom ook een apart segment te zijn.

Trombosezorg is ook als apart segment geanalyseerd. Declaraties zijn als trombosezorgproduct beschouwd als zij voorkomen in de lijst van de NZa⁷³ én als er in de omschrijving van de zorgactiviteit gesproken wordt van “antistolling”, “zelfmeting bloedstollingswaarden” of “trombosediensttest” (i.e. zorgproductcode 070706, 190247, 190252, 190253 en 190256-190259). De NZa noemt nog meer zorgproducten die bij trombosezorg kunnen voorkomen. Deels zijn dit order- of huisbezoektariefcodes (i.e. 079986, 079987, 079990, 079991, 079992⁷⁴). Andere zorgproducten kunnen in het kader van trombosezorg plaatsvinden, maar dit is niet altijd het geval (i.e. 070707 en 079995). Deze mogelijke trombosezorgproducten worden alleen meegenomen in de categorie trombosezorg als ze bij dezelfde persoon op dezelfde dag met een trombosezorgproduct (met code 070706, 190247, 190252, 190253 of 190256-190259) door dezelfde instelling zijn gedeclareerd. Ook zijn mogelijke trombosezorgproducten bij trombosezorg ingedeeld als deze zijn uitgevoerd door een trombosedienst (instelling met een geregistreerde AGB-code startend met 34), met uitzondering van mogelijke trombosezorgproducten die alleen naast een ander zorgproduct zijn gedeclareerd of niet van een persoon zijn met een trombosezorgproduct bij dezelfde trombosedienst op een ander moment in hetzelfde jaar.⁷⁵

⁶⁷ Plexus (2010).

⁶⁸ Zorginstituut Nederland (2020); Zorginstituut Nederland (2021).

⁶⁹ Nederlandse Zorgautoriteit (2017).

⁷⁰ Dit zijn (in 2017): polikliniek- en eerste hulpbezoek (1), dagverpleging (2), kliniek (3), operatieve verrichtingen (5), overige therapeutische activiteiten (6), (para)medische en ondersteunende functies (12), bijzondere kunst- en hulpmiddelen (13), revalidatie (14), bloedproducten (15), geriatrische revalidatie (16), longastmacentra (17), IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag (18), IC-behandeldag (19), add-on geneesmiddelen (20), stollingsfactoren (22), overige zorgproducten t.b.v. afleiding (89) en niet in profiel meegenomen (99) zonder trombose.

⁷¹ Mogelijk zijn er nog zorgactiviteiten met een diagnostische component die vanwege een andere ZPK-code nu niet zijn geïncludeerd.

⁷² MSZ-zorgactiviteiten waarvan de omschrijving inhoudelijk vergelijkbaar is met prestaties in de verloskunde en huisartsenzorg worden hier niet meegenomen (i.e. 037510, 037512, 037514, 037516, 037521 en 039485).

⁷³ Nederlandse Zorgautoriteit (2017).

⁷⁴ 079992 is niet meer geldig in 2017, maar komt nog wel 6 keer met een zvw-bedrag > €0 voor. Omdat deze diagnostische code nog wel geldig was in 2016, zijn deze 6 gevallen toch geïncludeerd in 2017. Dit komt niet voor bij andere diagnostische codes in 2017.

⁷⁵ Er komen zeer zelden andere, niet bij trombose genoemde zorgproducten voor bij trombosediensten (< 0,01% van alle declaraties bij trombosediensten). Ook komt het zeer weinig voor dat mogelijke trombosezorgproducten bij trombosediensten zijn gedeclareerd zonder dat aan de eerste voorwaarde is voldaan (< 0,1% van alle declaraties bij trombosediensten).

Order-, huisbezoek- en registratietariefzorgproducten (079986-079993) kunnen bij verschillende typen laboratoriumdeclaraties gebruikt worden (bijv. bij klinisch chemische en/of microbiologische declaraties). Om deze reden zijn deze niet standaard meegenomen bij hun eigen ZPK (8 of 11), maar is gekeken met welk type laboratoriumdiagnostiek ze tegelijk zijn gedeclareerd. In sommige gevallen zijn deze codes ook gebruikt naast meerdere typen laboratoriumdiagnostiek tegelijk (bijv. tijdens een huisbezoek worden tegelijk lichaamsstoffen afgenomen voor zowel klinisch chemisch als microbiologisch onderzoek). In deze gevallen is het aantal en bedrag van het tariefzorgproduct gecorrigeerd⁷⁶ voor het aantal categorieën waar deze tegelijk mee is gedeclareerd, zodat de uiteindelijke som over de categorieën hetzelfde blijft. Als er geen andere laboratoriumdeclaratie tegelijk plaats heeft gevonden met een tariefdeclaratie, dan is deze in de eigen ZPK (8 of 11) meegenomen.

Dit betekent dat de verschillende categorieën diagnostiek waar in dit onderzoek apart naar gekeken wordt (met enkele voorbeelden van zorgactiviteiten) zijn:

- Diagnostische activiteiten (ZPK4; bijv. biopsie, punctie, ademtest, scopie, beoordeling ECG/Holter/inspanningsonderzoek, EEG)
- Beeldvormende diagnostiek (ZPK7; bijv. radiologie, echografie, MRI, PET-scan)
- Klinische chemie & haematologie (ZPK8; bijv. kreatinine, cholesterol, ijzer, hemoglobine, testosteron)
- Microbiologie & parasitologie (ZPK9; bijv. DNA-amplificatie, bacteriologische kweekproef, virologisch onderzoek, microscopisch onderzoek op parasieten)
- Pathologie (ZPK10; bijv. moleculaire diagnostiek weefsel/cellen, pathologisch onderzoek van biopt)
- Overige laboratoriumverrichtingen regulier (ZPK11a; antidepressiva, alcohol, lood, toxicologisch onderzoek)
- Overige laboratoriumverrichtingen 1911-codes (ZPK11b; bijv. postnataal biochemisch onderzoek; moleculair onderzoek naar gendefecten)
- Trombosezorg (bijv. protrombinetijd bij orale antistolling, zelfmeting bloedstollingswaarden, advies-onderdeel van antistollingsbehandeling)
- Diagnostiek verloskunde (alleen globale analyses, naast MSZ ook o.b.v. andere databronnen)

3.1.2 Gegevens berekend voor MSZ OZP's

Analyses zijn apart uitgevoerd voor diagnostische zorgactiviteiten gedeclareerd als OZP en voor diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's, omdat de marktomstandigheden mogelijk anders zijn en omdat de in de declaratiegegevens beschikbare informatie niet volledig hetzelfde is. Van diagnostische OZP's zijn de volgende gegevens bepaald en berekend per diagnostische categorie in 2017:

- Typen aanbieders (aanbiederstype is gebaseerd op de eerste 2 cijfers van de AGB-code bijv. ziekenhuis (06), ZBC (22), laboratorium (50), trombosedienst (34)⁷⁷; bepaald o.b.v. de originele en de gecorrigeerde AGB-code).
- Het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten (o.b.v. het in Vektis geregistreerde aantal) en aandeel per type aanbieder.
- Het totale zvw-bedrag en aandeel per type aanbieder.
- De gemiddelde⁷⁸ reistijd en afstand van patiënten⁷⁹ naar de instelling per type aanbieder⁸⁰.

⁷⁶ Aantal en bedrag zijn gedeeld door het aantal categorieën laboratoriumdiagnostiek waarmee het tariefzorgproduct tegelijk gedeclareerd is (bijv. gedeeld door 2 bij 2 verschillende ZPK's ernaast).

⁷⁷ Dit komt overeen met de zorgsoort van de aanbieder.

⁷⁸ Berekend o.b.v. het aantal declaratieregels i.p.v. het in Vektis geregistreerde aantal.

⁷⁹ Herkomst van patiënten is o.b.v. hun viercijferige woonpostcode in 2017.

⁸⁰ Per instelling is één viercijferige postcode gebruikt. Hiervoor is eerst het AGB-register geraadpleegd. Bij meerdere, onbruikbare of onlogische postcodes is handmatig gekeken welke postcode het beste gebruikt kan worden (dan is bijv. die

- Het percentage⁸¹ met een huisarts (eerstelijns) en met een specialist/ziekenhuis (tweede-/derdelijns) als verwijzer per type aanbieder.
- Hoe vaak gedeclareerde zvw-bedragen een bepaald percentage zijn van het maximumtarief (zie tarieventabel NZa voor 2017⁸²).
- Het concentratieniveau weergegeven met de Herfindahl-Hirschman Index (HHI)⁸³ en CR4⁸⁴ (o.b.v. aantal en bedrag) en de omvang van de markt voor:
 - Heel Nederland.
 - Per veiligheidsregio; o.b.v. de herkomst van patiënten⁸⁵ zijn declaraties (per instelling) ingedeeld in 25 veiligheidsregio's. De ACM heeft voor deze geografische indeling gekozen, omdat de relevante geografische markten mogelijk verschillen tussen de verschillende vormen van diagnostiek (van lokaal/regionaal tot (ten minste) nationaal). Om praktische redenen heeft de ACM gekozen voor dit niveau naast landelijk. Deze indeling sluit ook aan bij het inkoopbeleid van VGZ om per GHOR-regio één aanbieder als regievoerder te contracteren (zie 2.2.3). Hoewel voor sommige vormen van diagnostiek mogelijk sprake kan zijn van nog kleinere relevante geografische gebieden (bijv. waarbij patiënten zelf naar de locatie toe moeten), ligt dit bij andere vormen van diagnostiek minder voor de hand en is de relevante geografische markt mogelijk juist groter dan veiligheidsregio's. In specifieke (concentratie)zaken zal per relevante productmarkt verder onderzocht moeten worden wat de relevante geografische markt is.

Concentratiepunten zijn berekend voor:

- Alle OZP's ongeacht de verwijzer.
- Alleen voor de OZP's met een huisarts als verwijzer.

3.1.3 MSZ zorgactiviteiten binnen dbc's

Binnen dbc's gedeclareerd in de MSZ is gekeken naar diagnostische zorgactiviteiten uitgevoerd in 2017.⁸⁶ Voor diagnostische zorgactiviteiten zijn grotendeels dezelfde gegevens bepaald en berekend als bij de diagnostische OZP's. Als instelling is de instellingscode die bij de dbc is ingevuld gebruikt.⁸⁷ Zorgactiviteiten zijn eveneens o.b.v. de ZPK-code ingedeeld in dezelfde categorieën als bij de OZP's. Beeldvormende diagnostiek (ZPK7) is net als bij de OZP's zonder inclusie van echodiagnostiek tijdens de zwangerschap (dit was voor ZPK4 niet nodig, omdat prenatale screening counseling niet binnen dbc's voorkwam). In 2017 kwamen er echter geen medische microbiologische (ZPK9) zorgactiviteiten en trombosezorg in dbc's voor. De categorieën klinische chemie & haematologie (ZPK8), pathologie (ZPK10) en overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11) kwamen wel voor, maar zeer weinig; daarom worden deze uitsluitend kort besproken.

Omdat er geen prijsinformatie beschikbaar is voor losse zorgactiviteiten binnen dbc's (zij vallen immers binnen het totale geïntegreerde dbc-tarief), is niet bekend wat de exacte kosten zijn geweest. Een deel

van de hoofdlocatie gebruikt). Voor de reistijd en afstand (minimaal, met de auto) is de matrix van Geodan uit 2016 gebruikt (www.geodan.nl).

⁸¹ Berekend o.b.v. het aantal declaratieregels i.p.v. het in Vektis geregistreerde aantal.

⁸² Nederlandse Zorgautoriteit (2016).

⁸³ HHI: marktaandeel (percentage van het totaal) van elke aanbieder in de betreffende regio in het kwadraat en vervolgens de som hiervan. Een HHI van < 1500 geeft aan dat de markt ongeconcentreerd is, een HHI tussen 1500 en 2500 geeft een gemiddelde concentratie aan en bij een HHI van > 2500 is er sprake van een hoge concentratie.

⁸⁴ CR4: de som van het marktaandeel (in dit onderzoek berekend met de proportie, dus de CR4 heeft een range van 0-1) van de 4 grootste aanbieders in de betreffende regio. Een CR4 dichtbij 0 geeft een lage concentratie aan en een CR4 in de buurt van 1 (> 0,8) een hoge concentratie.

⁸⁵ Herkomst van patiënten is o.b.v. hun viercijferige woonpostcode in 2017.

⁸⁶ Zorgactiviteiten zijn per kalenderjaar geselecteerd o.b.v. hun eigen uitvoerdatum. Deze kunnen onderdeel zijn van een dbc die in het vorige kalenderjaar is gestart.

⁸⁷ Zelden is er een instelling bij de losse zorgactiviteiten binnen de dbc ingevuld; als dit het geval is, is het deels ook dezelfde instelling als die van de dbc. Tevens is de instelling ingevuld bij de dbc de instelling die het gehele bedrag van de dbc heeft gedeclareerd.

van de diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's is echter ook als OZP gedeclareerd in 2017. Waar mogelijk is voor elk van deze zorgactiviteiten de modus (i.e. het bedrag dat het vaakst gedeclareerd is bij de OZP's, ongeacht aanbieder of zorgverzekeraar) gebruikt als indicatie voor het bedrag binnen de dbc. Hierdoor kon voor ruim 81% van de zorgactiviteiten binnen dbc's toch een bedrag geschat worden. Voor zorgactiviteiten in dbc's die helemaal niet als OZP voorkwamen in 2017 kon op deze manier geen bedrag geschat worden. Om toch enige indicatie te krijgen van de kosten voor deze zorgactiviteiten heeft de ACM een globale schatting gemaakt o.b.v. de gemiddelde geschatte prijs van de andere zorgactiviteiten met dezelfde ZPK en (indien mogelijk) ook bij hetzelfde aanbiederstype.

Voor de bepaling van het aantal zorgactiviteiten binnen dbc's is gekeken naar het aantal declaratieregels i.p.v. het in de zorgactiviteitendata van Vektis per regel geregistreerde aantal. Voor de gehele dbc is immers een tarief betaald, ongeacht het aantal losse zorgactiviteiten binnen de dbc.

Daarnaast is het binnen dbc's minder relevant om te kijken naar de verwijzer die is ingevuld bij de gehele dbc. Losse zorgactiviteiten binnen dbc's worden doorgaans intern aangevraagd en uitgevoerd. Daarom worden zorgactiviteiten binnen dbc's als tweedelijnsdiagnostiek beschouwd.

Vergelijkbaar met de OZP's zijn voor de zorgactiviteiten binnen dbc's de gemiddelde reistijd en afstand berekend. Ook zijn de HHI en CR4 berekend (hier alleen o.b.v. aantal declaraties) op een vergelijkbare manier als bij de OZP's. Vanwege de kleine aantallen in enkele categorieën is dit alleen gedaan bij de categorieën diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7).

3.1.4 Correctie AGB-codes en type instelling

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat het voor onder meer de concentratiematen van belang is om de AGB-codes van declarerende instellingen in de Vektis-data en eventuele relaties tussen AGB-codes nader te bekijken. In sommige gevallen komt het namelijk voor dat één (overkoepelende) organisatie meerdere verschillende AGB-codes gebruikt die voor het berekenen van het marktaandeel van de hele organisatie (waarmee de concentratiematen berekend worden) samengenomen moeten worden. Een voorbeeld is een fusie tussen meerdere partijen die hun oorspronkelijke AGB-codes nog blijven gebruiken. Ook gebruiken laboratoria soms aparte codes voor hun laboratoriumgedeelte en voor hun trombosedienst. Ditzelfde is soms ook het geval bij laboratoria en/of trombosediensten die onderdeel zijn van een ziekenhuis.

In dit eerste onderzoek zijn AGB-codes gecorrigeerd voor fusies/overnames, is er naar de naam gekeken die bij de AGB-code geregistreerd is in het AGB-register (bij ZBC's komt het soms voor dat verschillende locaties een eigen AGB-code hebben, maar wel met een overeenkomende naam) en is er op basis van openbare websites verder gekeken naar een aantal instellingen en hun mogelijke relaties met andere instellingen. AGB-codes zijn samengevoegd als vrijwel zeker is dat ze volledig bij elkaar hoorden in 2017 (bijv. onderdelen van één overkoepelende groep, bij 100% zeggenschap/kapitaalbelang van moeder over dochter). Voor de gevallen waarbij sprake was van een verandering in/rondom 2017 is de situatie zowel voor als na de verandering bekeken. De voor de concentratiematen uiteindelijk samengevoegde AGB-codes zijn te zien in appendix tabel 1A.⁸⁸

Voor de berekening van het aandeel per type aanbieder is gekeken naar zowel de originele AGB-code als de gecorrigeerde AGB-code; deze is alleen gecorrigeerd als er een type binnen de organisatie duidelijk

⁸⁸ Binnen de reikwijdte van dit verkennende onderzoek was het niet mogelijk om voor alle gebruikte AGB-codes in heel Nederland met een grote mate van zekerheid te achterhalen of er in 2017 een relatie was met andere AGB-codes. Mogelijk zijn er nog meer AGB-codes die bij elkaar horen dan in de bijlage aangegeven; in dit geval zijn de gerapporteerde concentratiematen mogelijk een onderschatting.

groter was (meestal bij dochterondernemingen van ziekenhuizen, zie eveneens appendix tabel 1A). Voor het berekenen van de reistijd en afstand zijn wel de oorspronkelijke AGB-codes (en bijbehorende postcode) gebruikt.

3.2 Andere categorieën zorg

Voor de andere categorieën zorg waarin medische diagnostiek voorkomt geeft de ACM alleen een globale omschrijving, zoals de omvang (aantal declaraties en omzet) en het type aanbieders. Grotendeels zijn deze resultaten afkomstig uit andere declaratiebestanden van Vektis dan die van de MSZ, te weten huisartsenzorg, verloskunde (deels ook MSZ) en de GGZ.

3.2.1 Huisartsenzorg

Hiervoor heeft de ACM prestaties uit de prestatiecodelijst huisartsenhulp⁸⁹ geselecteerd die op basis van hun omschrijving diagnostisch lijken te zijn (i.e. 39 prestaties; enkele voorbeelden: laboratoriumkosten, algemene termijnen echo, prenatale screening, uitstrijkje, ECG-diagnostiek). Vergelijkbaar met de MSZ data zijn de data hier ook eerst geschoond. Daarna zijn zowel de som van het aantal declaraties als van de omzet van de diagnostiek berekend. Tevens heeft de ACM gekeken welke prestaties het vaakst voorkwamen en welke prestaties het grootste aandeel hadden in de totale kosten. Prestaties die door de huisarts zijn uitgevoerd i.v.m. verloskundige zorg worden niet bij de huisartsendiagnostiek meegenomen; deze worden samen met de verloskundeprestaties besproken.

3.2.2 Verloskunde

Binnen verloskunde vindt reguliere zwangerschapsdiagnostiek plaats. Op basis van de omschrijving in de prestatiecodelijst verloskundige hulp⁹⁰ heeft de ACM 18 prestatiecodes als diagnostisch getypeerd (waaronder algemene termijnen echo, prenatale screening: structureel echoscopisch onderzoek, specifieke diagnose echo). Op 1 code na zijn dit prestaties die echodiagnostiek bevatten en dus beeldvormende diagnostiek zijn. De overgebleven prestatie is 'prenatale screening: counseling'; bij MSZ is de hiermee vergelijkbare prestatie bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) ingedeeld. Daarom heeft de ACM deze ook bij de verloskundeanalyses als diagnostisch beschouwd. Na het schonen van de data worden ook bij verloskunde het totale aantal declaraties en de totale zvw-omzet berekend (o.b.v. declaraties met een zvw-bedrag > 0). Tevens heeft de ACM globaal gekeken bij welk type aanbieder deze diagnostiek vooral is uitgevoerd. Aantal, omzet en typen aanbieders van de hiermee vergelijkbare zwangerschapsdiagnostiek in de MSZ en bij de huisarts worden hier eveneens globaal gepresenteerd.

3.2.3 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Ook in de GGZ kan diagnostiek uitgevoerd worden. Declaraties hebben hier dezelfde codering als in de MSZ, dus diagnostische declaraties (OZP's) worden met dezelfde ZPK-indeling geselecteerd. Verdere stappen worden op een vergelijkbare manier gevolgd (bijv. de indeling van de tariefcodes). Er is geen aparte trombosezorgcategorie, omdat dit zeer weinig voorkomt in de GGZ (de - weinig voorkomende - 70706 codes worden meegenomen bij ZPK8). Voor diagnostiek binnen de GGZ heeft de ACM het aantal declaratieregels, de zvw-omzet en het meest voorkomende type aanbieder globaal beschreven.

⁸⁹ Vektis (2018).

⁹⁰ Vektis (2019).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk bespreekt de ACM de resultaten van haar verkennend onderzoek. Na een beknopt totaaloverzicht van diagnostiek in de verschillende databronnen komen de resultaten voor diagnostiek in de MSZ uitgebreid aan bod, opgesplitst in OZP's en diagnostische zorgactiviteiten gedeclareerd binnen dbc's (zie ook hoofdstuk 3). De ACM sluit het hoofdstuk af met een beknopte beschrijving van medische diagnostiek in andere categorieën zorg (grotendeels gedeclareerd buiten de MSZ).

4.1 Totaaloverzicht van diagnostiek in de verschillende databronnen

Er zijn in 2017 in totaal ongeveer 144 miljoen medisch diagnostische zorgactiviteiten/prestaties gedeclareerd. De verhouding per categorie zorg/databron wordt grafisch weergegeven in figuur 1. Van het totale aantal waren verreweg de meeste (≈ 97%) in de MSZ gedeclareerd. De totale (deels geschatte) zvw-omzet bedraagt € 3,3 miljard. Dit bedrag sluit in grote lijnen aan op het totaalbedrag van circa € 3,5 miljard o.b.v. bronnen die evenwel betrekking hebben op andere jaren⁹¹, zoals besproken in hoofdstuk 2.⁹² Ook wat omzet betreft is het aandeel van diagnostiek in de MSZ verreweg het grootst (≈ 96%, zie figuur 1). Om deze reden wordt in dit hoofdstuk uitgebreider ingegaan op diagnostiek in de MSZ.

Figuur 1. Verhouding diagnostiek in de verschillende categorieën zorg o.b.v. aantal prestaties en omzet.



Figuur 1. Verhouding diagnostiek in categorieën zorg

4.2 MSZ overige zorgproducten (OZP's)

4.2.1 Aantal declaraties, omzet per categorie diagnostiek en aantal aanbieders

In 2017 is het aantal in Vektis geregistreerde diagnostische OZP declaraties 118,9 miljoen.⁹³ In totaal is het gedeclareerde zvw-bedrag ruim € 947 miljoen. Dit bedrag is in de grote lijn vergelijkbaar met het totaal vermeld in het rapport van Zorginstituut Nederland.⁹⁴ De verhouding van diagnostiek in de verschillende OZP-categorieën op basis van het aantal prestaties en de totale zvw-omzet staat in figuur 2.

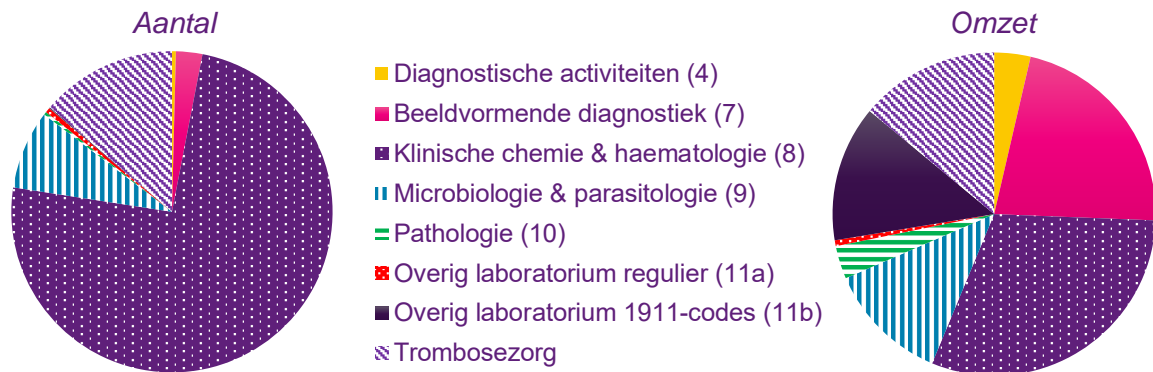
⁹¹ Plexus (2010); Zorginstituut Nederland (2020, 2021).

⁹² De data en methoden in dit onderzoek zijn niet identiek aan de data en methoden in de aangehaalde studies. Dezelfde soort data en methoden gedurende de hele periode zijn nodig voor een goede vergelijking en om iets te kunnen zeggen over ontwikkelingen over de tijd.

⁹³ Exclusief zwangerschapsdiagnostische OZP's en na de schoning en selectie (zie hoofdstuk 3).

⁹⁴ Zorginstituut Nederland (2021). Per categorie diagnostiek verschilt de omzet in dit onderzoek soms wel meer van de omzet in het rapport van Zorginstituut Nederland, vermoedelijk (vooral) doordat de ACM in dit onderzoek in een aantal gevallen is afgeweken van de oorspronkelijke ZPK-indeling, waardoor inclusie en indeling niet identiek zijn.

Figuur 2. Verhouding diagnostiek in de verschillende OZP-categorieën o.b.v. aantal prestaties (totaal = 118,9 miljoen) en omzet (totaal = € 947,1 miljoen).



Figuur 2. Verhouding diagnostiek in OZP-categorieën

Gedetailleerdere informatie over het aantal OZP's, het gedeclareerde zvw-bedrag en het totale aantal AGB-codes (aanbieders) met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek in 2017 staat weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Aantal gedeclareerde overige zorgproducten, het gedeclareerde zvw-bedrag, de gemiddelde prijs per prestatie en het totale aantal AGB-codes (aanbieders) met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek in 2017.

Categorie (ZPK)	Aantal (miljoen)	€ (miljoen)	Gemiddelde prijs per prestatie (€)	Aantal AGB-codes met ≥ 5 declaraties
Klinische chemie & haematologie (8)	88,47	290,31	3,28	139 (-10)
Beeldvormende diagnostiek (7)	3,16	208,30	65,93	131 (-17)
Trombosezorg	16,32	132,52	8,12	91 (-8)
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,14	128,85	927,97	11
Microbiologie & parasitologie (9)	9,43	115,90	12,29	130 (-8)
Diagnostische activiteiten (4)	0,47	34,36	73,16	127 (-11)
Pathologie (10)	0,35	31,30	88,75	82 (-5)
Overig laboratorium regulier (11a)	0,59	5,58	9,42	122 (-9)
Totaal	118,93	947,12	7,96	222 (-32)

Weergegeven aantallen zijn o.b.v. de originele AGB-codes. Tussen haakjes staat het verschil wanneer AGB-codes van eenzelfde organisatie samengenomen zijn (zie appendix tabel 1A).

Uit tabel 1 blijkt dat de meeste van de 118,9 miljoen diagnostische OZP's in de categorie klinische chemie & haematologie (ZPK8) vallen (ruim 88 miljoen gedeclareerde OZP's, i.e. 74% van het totale aantal diagnostische OZP declaraties). Dit komt doordat er bij ZPK8 vaak meerdere verschillende (relatief goedkopere) OZP's naast elkaar worden gedeclareerd (bijv. een sample wordt getest op verschillende apart gedeclareerde stoffen, vaak ook samen gedeclareerd met ordertarief- en/of huisbezoekzorgproduct(en)). Op de tweede plek staat trombosezorg met een aantal van ruim 16 miljoen (14% van het totaal). Vergelijkbaar met ZPK8 komt dit grote aantal deels door meerdere naast elkaar gedeclareerde relatief goedkopere OZP's. Daarnaast is dit een vorm van diagnostiek die vaak meerdere malen per jaar herhaald wordt om de antistolling te blijven monitoren. Op de derde plek staat microbiologie & parasitologie (ZPK9) met ruim 9 miljoen declaraties (8%). De overige 4% van het totale aantal is verdeeld over de andere 5 categorieën diagnostiek.

Uit tabel 1 blijkt dat net als bij de aantallen declaraties de omzet het hoogst is bij klinische chemie & haematologie (ZPK8). Het gaat hierbij om een totaal van € 290 miljoen (31% van de totale omzet, een beduidend kleiner aandeel dan bij aantal, zie ook figuur 2). Beeldvormende diagnostiek (ZPK7) is met € 208 miljoen (22% van het totaal) de tweede categorie wat omzet betreft, ondanks het relatief kleine aantal declaraties. OZP's in deze categorie zijn per apart gedeclareerde prestatie beduidend duurder met een gemiddeld bedrag van € 65,93 dan individuele ZPK8 declaraties met een gemiddeld bedrag van € 3,28 (zie tabel 1). Op de derde plaats staat trombosezorg met een omzet van € 133 miljoen⁹⁵ (14% van het totaal). Trombosedecaratiies zijn gemiddeld ook relatief goedkoop (€ 8,12). Hierna volgt de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b), die met een bedrag van € 129 miljoen ook een relatief groot aandeel (14%) in de totale omzet heeft. Deze prestaties zijn individueel gemiddeld verreweg het duurst (het bedrag is gemiddeld € 927,97 per prestatie). De omzet van de andere 4 categorieën diagnostiek vormt gezamenlijk de overige 20% van het totaal, waarbij pathologie (ZPK10) en diagnostische activiteiten (ZPK4) gemiddeld relatief duurdere declaraties hebben.

In tabel 1 wordt eveneens het aantal unieke AGB-codes met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek weergegeven, zowel het aantal o.b.v. de originele AGB-codes als de verandering in aantal (tussen haakjes) na het samenvoegen van AGB-codes die bij elkaar horen in 2017 (zie appendix tabel A1). Bij 5 categorieën diagnostiek (i.e. diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), klinische chemie & haematologie (ZPK8), microbiologie & parasitologie (ZPK9) en reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a)) is het aantal verschillende aanbieders landelijk groter dan 100, ook na de AGB-correctie. Bij 2 categorieën (pathologie (ZPK10) en trombose) zijn dit er iets minder dan 100. Overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) worden daarentegen maar in weinig verschillende instellingen uitgevoerd.

4.2.2 Type aanbieders

Diagnostische OZP's worden voornamelijk uitgevoerd door ziekenhuizen, laboratoria, trombosediensten en ZBC's (en enkele andere typen aanbieders, meestal met een zeer klein aandeel). In tabel 2 staat het aandeel van het totale aantal en bedrag per categorie diagnostiek (eerder weergegeven in tabel 1) per type aanbieder o.b.v. de oorspronkelijke AGB-code waarop gedeclareerd is. Tussen haakjes wordt het verschil in procenten aangegeven als de AGB-code/het aanbiederstype gecorrigeerd is omdat een instelling onderdeel is van een instelling uit een ander aanbiederstype.

⁹⁵ Dit bedrag is hoger dan het bedrag genoemd in het rapport van Zorginstituut Nederland (2021), mede doordat tariefzorgproducten meegerekend zijn met trombosezorg als deze tegelijk met een trombosezorgproduct van dezelfde persoon in dezelfde instelling zijn gedeclareerd.

Tabel 2: Het aandeel van het aantal gedeclareerde overige zorgproducten en gedeclareerde zvw-bedrag (€) per type aanbieder (met de eerste twee cijfers van de AGB-code) per categorie diagnostiek.

	Ziekenhuis (06)		Laboratorium (50)		Trombosedienst (34)		ZBC (22)	
	Aantal	€	Aantal	€	Aantal	€	Aantal	€
Diagnostische activiteiten (4)	63% (+2%)	67% (+2%)	23% (-2%)	21% (-2%)			14%	11%
Beeldvormende diagnostiek (7)	83% (+3%)	81% (+3%)	8% (-2%)	8% (-2%)			9%	10%
Klinische chemie & haematologie (8)	46% (+4%)	45% (+4%)	50% (-4%)	51% (-4%)			4%	3%
Microbiologie & parasitologie (9)	41% (+2%)	40% (+1%)	55% (-2%)	57% (-1%)			3%	3%
Pathologie (10)	64% (+1%)	66% (+1%)	32% (-1%)	31% (-1%)			3%	3%
Overig laboratorium regulier (11a)	56% (+2%)	58% (+3%)	43% (-2%)	40% (-2%)			1%	2%
Overig laboratorium 1911-codes (11b)*	100%	100%						
Trombosezorg*	32% (+20%)	36% (+16%)			68% (-20%)	64% (-16%)	[0-5%]	[0-5%]

Weergegeven percentages (afgerond in hele procenten) zijn o.b.v. de originele AGB-codes. Tussen haakjes staat het verschil wanneer AGB-codes samengenomen zijn en er sprake is van een kleinere (dochter)onderneming behorende tot een organisatie met een ander aanbiederstype (zie appendix tabel 1A).

Als er geen percentage is weergegeven, dan komt de categorie diagnostiek (vrijwel) niet voor bij dat type aanbieder. Soms is ook nog een klein deel ($\leq 1\%$) uitgevoerd door andere typen aanbieders dan de weergegeven typen; vanwege hun kleine gezamenlijke aandeel is dit in deze tabel buiten beschouwing gelaten.

* Bij ZPK11b is alleen het aandeel na de AGB-correctie weergegeven, omdat het aandeel buiten ziekenhuizen hoofdzakelijk bij één AGB-code plaatsvond (klinisch genetisch centrum, 51). Bij trombose is in deze tabel het aandeel van laboratoria omwille van betrouwbaarheid bij het aandeel van trombosediensten gevoegd en bij ZBC's de bandbreedte weergegeven; de andere aandelen zijn hier berekend o.b.v. het totaal exclusief het aandeel van ZBC's.

Uit tabel 2 blijkt dat ziekenhuizen belangrijke aanbieders zijn van elke categorie diagnostiek. Het aandeel van ziekenhuizen gezamenlijk is bij meer dan de helft van de categorieën diagnostiek het grootst van alle typen aanbieders, met minimaal 32% tot 50%. Hun aandeel is groot met name bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7) en de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b; hierbij is het vaak een universitair medisch centrum), zeker na correctie van de AGB-codes.⁹⁶ Ook bij verschillende andere categorieën diagnostiek is het aandeel van ziekenhuizen meer dan de helft van het aantal en bedrag, zeker als declaraties van ondernemingen met een andere AGB-code maar behorende bij een ziekenhuis ook bij de ziekenhuizen meegeteld worden (zie de toename tussen haakjes). De resultaten laten ook zien dat ziekenhuizen duidelijk het grootste aandeel hebben bij de categorieën diagnostiek waarbij patiënten vaak zelf op de onderzoekslocatie aanwezig moeten zijn (zoals beeldvormende diagnostiek (ZPK7), diagnostische activiteiten (ZPK4)).

Laboratoria voeren ook veel categorieën diagnostiek uit, alleen de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) niet. Hun aandeel is, ongeacht organisatie- of groepsniveau⁹⁷, het grootst (minimaal 53%) bij microbiologie & parasitologie (ZPK9) en, bekeken vanuit organisatieniveau, (met ongeveer 50%) ook bij klinische chemie & haematologie (ZPK8). Laboratoria

⁹⁶ Voor correctie is aanbiederstype *anders* hoofdzakelijk klinisch genetisch centrum bij ZPK11b.

⁹⁷ Organisatieniveau is het aanbiederstype van de originele AGB-codes. Groepsniveau is het aanbiederstype nadat het type van een dochteronderneming is gecorrigeerd (zie appendix 1A).

hebben gezamenlijk ook een relatief groot marktaandeel (van minimaal 30%) bij overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en pathologie (ZPK10). Hun aandeel is bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) ook noemenswaardig. Bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7) en trombosezorg spelen ze een bescheiden rol.

Trombosediensten voeren (voor de aanbiederstypecorrectie) de meerderheid uit van de trombosezorg. Hierbij is het relevant om te noemen dat soms ook een laboratoriumcode (AGB-code startend met 50) van een aanbieder gebruikt wordt voor de trombosedienst, terwijl in een dergelijk geval meestal 2 aparte codes gebruikt worden voor het laboratoriumdeel (50) en voor het trombosedeel (34). Het percentage bij trombosezorg in een laboratorium zou hier dus ook (grotendeels) beschouwd kunnen worden als onderdeel van wat bij trombosediensten heeft plaatsgevonden (dit is samengevoegd weergegeven in tabel 2). Na de AGB-codecorrectie vindt er bij deze categorie een verschuiving naar ziekenhuizen plaats, omdat meerdere trombosediensten onderdeel zijn van een ziekenhuis.

Hoewel ZBC's bijna elke categorie diagnostiek wel uitvoeren, is hun aandeel meestal klein vergeleken met de andere typen aanbieders. Alleen bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) komt hun aandeel boven de 10% van het totale aantal en bedrag.

4.2.3 Reistijd en afstand

In tabel 3 wordt de gemiddelde reistijd in minuten en afstand in kilometer (km) tussen patiënt en aanbieder weergegeven per categorie diagnostiek en per type aanbieder.

Tabel 3: Gemiddelde reistijd in minuten en afstand in kilometers tussen aanbieder en patiënt per categorie diagnostiek en type aanbieder (met de eerste twee cijfers van de AGB-code) in 2017.

	Ziekenhuis (06)	Laboratorium (50)	Trombose- dienst (34)	ZBC (22)	Klinisch genetisch centrum (51)
Reistijd					
Diagnostische activiteiten (4)	14,3	18,8		41,3	
Beeldvormende diagnostiek (7)	14,3	18,5		16,6	
Klinische chemie & haematologie (8)	18,2	23,4		16,1	
Microbiologie & parasitologie (9)	18,5	22,8		16,5	
Pathologie (10)	21,3	26,2		16,3	
Overig laboratorium regulier (11a)	18,5	23,7		15,5	
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	44,2				56,8
Trombosezorg	14,6	16,3	17,2	12,6	
Afstand					
Diagnostische activiteiten (4)	13,3	20,9		57,9	
Beeldvormende diagnostiek (7)	13,3	20,0		17,3	
Klinische chemie & haematologie (8)	19,8	28,1		16,4	
Microbiologie & parasitologie (9)	19,6	26,9		17,3	
Pathologie (10)	24,4	31,9		16,5	
Overig laboratorium regulier (11a)	19,7	28,2		15,8	
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	62,2				76,2
Trombosezorg	14,6	15,9	16,6	11,0	

Gemiddelden zijn berekend o.b.v. de originele AGB-codes. Na AGB-codecorrectie blijven reistijd en afstand gemiddeld per type aanbieder meestal vergelijkbaar, met meestal < 1 minuut/kilometer verschil en maximaal 2,4 minuten/2,6 kilometer verschil (bij overig laboratorium 1911-codes).

Typen aanbieders met een zeer klein aandeel in een betreffende categorie diagnostiek zijn hier buiten beschouwing gelaten.

De gemiddelde reistijd/afstand tussen patiënt en ziekenhuis is voor de meeste categorieën diagnostiek meestal minder dan 20 minuten/20 km. Bij overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) is er sprake van een duidelijk grotere gemiddelde reistijd/afstand (bijna een uur en > 75 km); dit is diagnostiek die alleen bij een klein aantal specialistische aanbieders wordt uitgevoerd (universitaire medische centra).

De gemiddelde reistijd en afstand van de patiënt naar een laboratorium is iets langer dan voor ziekenhuizen, maar nog steeds bijna altijd < 30 minuten/30 km. De reistijd/afstand tussen patiënt en trombosedienst bedraagt gemiddeld 17 minuten/17 km. Bij de categorieën diagnostiek waar lichaamsmateriaal ook elders afgenomen kan worden is de werkelijke gemiddelde reistijd/afstand voor de patiënt vermoedelijk lager, omdat laboratoria en trombosediensten verschillende prikpunten in de regio hebben (bijv. bij huisartsen) naast de (hoofd)locatie die nu gebruikt is voor de reistijd/afstand.

Bij ZBC's is de reistijd/afstand gemiddeld voor de meeste categorieën diagnostiek minder dan 20 minuten/20 km). Alleen bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) is de reistijd/afstand gemiddeld beduidend groter, ook t.o.v. de andere typen aanbieders van deze categorie diagnostiek. Mogelijk komt dit (deels) doordat er in deze categorie ZBC's actief zijn met meerdere locaties verdeeld in het land, waardoor voor een deel van de patiënten de daadwerkelijk bezochte locatie een andere is dan de (hoofd)locatie waarvan de locatie is gebruikt voor de berekening van de reistijden/afstanden. Ook is niet altijd te achterhalen wat in 2017 de werkelijke bezoeklocatie was (vooral bij ZBC's die nu niet meer bestaan of met bijv. een Postbus in het AGB-register). Hierdoor is de berekende gemiddelde reistijd/afstand vermoedelijk groter dan in werkelijkheid het geval was.

De gevonden gemiddelde reistijden en afstanden voor diagnostiek zijn gemiddeld genomen betrekkelijk kort. Zo bedraagt de gemiddelde reistijd/afstand tussen alle combinaties van viercijferige postcodegebieden in Nederland⁹⁸ 94 minuten/145 km. Vergeleken met de andere categorieën diagnostiek reizen patiënten gemiddeld alleen beduidend langer/verder (bijna een uur en > 75 km) voor de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b), die door slechts een beperkt aantal gespecialiseerde aanbieders wordt uitgevoerd.

Uit bovenstaande blijkt dat voor de meeste categorieën diagnostische OZP's geldt dat deze over het algemeen lokaal, op minder dan 20/30 minuten/kilometer bij de patiënt, worden uitgevoerd. Dit geldt ook voor diagnostiek waarbij lichaamsmateriaal bij lokale prikpunten afgenomen wordt en de analyse op een centrale onderzoekslocatie plaatsvindt (zoals ZPK8, ZPK9, ZPK11a, trombose).⁹⁹ De in dit onderzoek gevonden reistijd/afstand verschilt nauwelijks (meestal minder dan 5 minuten/10 km) met de gevonden reistijd/afstand van categorieën diagnostiek die doorgaans wel bij de patiënt op de onderzoekslocatie zelf uitgevoerd moeten worden (zoals ZPK4, ZPK7).

Dat de gemiddeld gemeten reistijd/afstand naar deze onderzoekslocaties eveneens relatief kort is, is opvallend, omdat de analyse bij diagnostiek met prikpunten vanuit een technisch oogpunt ook op grotere afstand van de patiënt zou kunnen plaatsvinden. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de keuze van een patiënt/verwijzer voor een lokale aanbieder afhankelijk is van de locatie van de prikpunten (die vaak toch verspreid rondom de onderzoekslocatie liggen). Als er vaak gebruik gemaakt zou worden van prikpunten op grote afstand van een centrale onderzoekslocatie, dan zou de gemiddelde berekende reistijd/afstand tussen patiënt en onderzoekslocatie immers aanzienlijk langer zijn dan de nu berekende gemiddelde reistijd/afstand. Ook is het mogelijk dat eerstelijnsverwijzers diagnostiek met prikpunten bij

⁹⁸ O.b.v. de matrix van Geodan voor 2016.

⁹⁹ In dit onderzoek is alleen gekeken naar de reistijd/afstand tussen patiënt en onderzoekslocatie/hoofdlocatie. De reistijd/afstand voor een patiënt naar een lokaal prikpunt is vermoedelijk nog korter dan naar een centrale onderzoekslocatie.

dezelfde diagnostiekaanbieder aanvragen, bijvoorbeeld doordat deze diagnostiekaanbieder een prikpunt heeft bij de praktijk van de eerstelijnsverwijzer. Verder kan de naamsbekendheid van een lokale aanbieder een rol spelen bij de keuze van de verwijzer/patiënt. Dat ziekenhuizen (met doorgaans een kleiner adherentiegebied dan de veiligheidsregio's) ook bij deze vormen van diagnostiek nog een belangrijke rol spelen (zie 4.2.2) kan ook mede verklaren waarom de berekende reistijd/afstand voor deze categorieën diagnostiek gemiddeld betrekkelijk kort is.

4.2.4 Verwijzer

Bij eerstelijnsdiagnostiek in de MSZ is een huisarts vaak de verwijzer/aanvrager. Daarom heeft de ACM in dit onderzoek specifiek gekeken naar het aandeel diagnostische OZP's met een huisarts(enpraktijk) als verwijzer. In tabel 4 staan de percentages met een huisarts als verwijzer opgesplitst per categorie diagnostiek en type aanbieder. In bijna alle gevallen is er een verwijzer ingevuld (bij 98,6% van de declaratieregels).

Tabel 4: Percentage declaraties met een huisarts en met een medisch specialist/ziekenhuis als verwijzer per categorie diagnostiek en type aanbieder (met de eerste twee cijfers van de AGB-code) in 2017.

Categorie	Ziekenhuis (06)		Laboratorium (50)		Trombosedienst (34)		ZBC (22)		Klinisch genetisch centrum (51)	
	Huisarts	Specialist/ziekenhuis	Huisarts	Specialist/ziekenhuis	Huisarts	Specialist/ziekenhuis	Huisarts	Specialist/ziekenhuis	Huisarts	Specialist/ziekenhuis
Diagnostische activiteiten (4)	76%	17%	99%	1%			83%	4%		
Beeldvormende diagnostiek (7)	97%	1%	100%	0%			100%	0%		
Klinische chemie & haematologie (8)	96%	2%	98%	1%			99%	0%		
Microbiologie & parasitologie (9)	97%	0%	98%	0%			100%	0%		
Pathologie (10)	91%	1%	100%	0%			100%	0%		
Overig laboratorium regulier (11a)	45%	51%	48%	48%			93%	1%		
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	1%	98%							0%	99%
Trombosezorg	47%	37%	4%	0%	41%	20%	100%	0%		

Percentages zijn berekend o.b.v. de originele AGB-codes. Na AGB-codecorrectie blijven percentages meestal vergelijkbaar ($\leq 1,5\%$ verschil), alleen bij trombosezorg is het verschil iets groter bij ziekenhuizen en trombosediensten (het verschil tussen % huisarts en % specialist/ziekenhuis wordt na de correctie groter bij trombosediensten en iets kleiner bij ziekenhuizen).

Percentages tellen niet altijd op tot 100%, omdat er ook andere typen verwijzers kunnen zijn. Bij diagnostische activiteiten (ZPK4) komt bijvoorbeeld 'optometrist' (AGB-code startend met 44) nog wat vaker voor als verwijzer. Bij trombosezorg is er vaak een 'overige arts' (AGB-code startend met 84) als verwijzer genoemd als het geen huisarts of specialist/ziekenhuis is.

Vooraf bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7), klinische chemie & haematologie (ZPK8), microbiologie & parasitologie (ZPK9) en pathologie (ZPK10) is het aandeel met een huisarts als verwijzer hoog ($\geq 91\%$ van de OZP's waarbij de verwijzer bekend is). Dit geldt ongeacht het type aanbieder. In deze categorieën is het aandeel met een medisch specialist/ziekenhuis als verwijzer erg laag ($\leq 2\%$, zie tabel 4). Diagnostiek na verwijzing/op verzoek van een medisch specialist wordt in deze categorieën dus zeer weinig als OZP gedeclareerd en zal naar verwachting vaak onderdeel zijn van een dbc.

Bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) is het aandeel met een huisarts als verwijzer iets lager als de aanbieder een ziekenhuis of een ZBC is, maar ook hier is een ruime meerderheid (minimaal 76%) door de huisarts doorverwezen. In laboratoria is de verwijzer wel vrijwel altijd een huisarts bij deze categorie diagnostiek. Het aandeel met een specialist/ziekenhuis als verwijzer is 17% in ziekenhuizen en $< 5\%$ bij laboratoria en ZBC's.

Bij de categorie reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) is het iets gelijk verdeeld als deze uitgevoerd zijn in een ziekenhuis of een laboratorium: ongeveer de helft is na een verwijzing van een huisarts en ongeveer de helft is na een verwijzing van een specialist/ziekenhuis. In een ZBC zijn declaraties in deze categorie wel weer zeer vaak na een huisartsverwijzing.

Bij trombosezorg is de huisarts ook het meest vertegenwoordigd als verwijzer bij elk type aanbieder, al is het aandeel met een huisarts als verwijzer wel lager ($< 50\%$ als het door een ziekenhuis, laboratorium of trombosedienst uitgevoerd is). Dit komt mede doordat een deel is doorverwezen door een specialist/ziekenhuis (bij ziekenhuis en trombosedienst), maar ook doordat er betrekkelijk vaak nog een ander type verwijzer bij deze categorie is (i.e. AGB-code startend met 84, 'Overige artsen').

Bij de 1911-codes in de categorie overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11b) is het beeld andersom. Vrijwel alle declaraties zijn na een verwijzing van een specialist/ziekenhuis.

Uit bovenstaande blijkt dat verschillende categorieën diagnostische OZP's voor meer dan 90% uitgevoerd na verwijzing van een huisarts. Deze OZP's beschouwt de ACM als eerstelijnsdiagnostiek. Het percentage OZP's met een specialist/ziekenhuis als verwijzer is in sommige categorieën diagnostiek bij bepaalde typen aanbieders (met name ziekenhuis en klinisch genetisch centrum, maar soms ook laboratorium en trombosedienst) echter ook noemenswaardig ($\geq 17\%$) of hoog (bijna allemaal). Deze OZP's beschouwt de ACM niet als eerstelijnsdiagnostiek volgens de eerder genoemde definitie, maar als tweede-/derdelijnsdiagnostiek. Dit geldt ook voor diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's, omdat de aan de dbc gekoppelde zorg plaatsvindt in de tweede/derde lijn.

Als de verwijzerverhoudingen gerelateerd worden aan de totale omzet per categorie diagnostiek (zie tabel 1), dan blijkt dat de totale gemaakte kosten voor diagnostiek op verzoek van een huisarts het hoogst zijn voor klinische chemie & haematologie (ZPK8) (geschat circa € 281 miljoen). Deze diagnostiek komt zeer vaak voor, heeft een hoge totale omzet en is zeer vaak op verzoek van een huisarts (zie tabel 4). Ook bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7) zijn de kosten na verwijzing van een huisarts hoog (geschat op circa € 202 miljoen). De kosten voor diagnostische OZP's op aanvraag van een medisch specialist/ziekenhuis zijn meestal laag (geschat op $< € 5$ miljoen), behalve bij de categorieën overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) en trombosezorg (geschat op respectievelijk circa € 126 miljoen en € 32 miljoen).

4.2.5 Gedeclareerde bedragen t.o.v. maximumtarieven

De prijzen van diagnostische OZP's werden in 2017 nog gereguleerd door de NZa door middel van maximumprijzen per prestatie. Dit is het maximumbedrag dat in rekening gebracht mag worden voor de

vergoeding van de integrale kosten. Een aanvullend maximum (110% van het maximum) is mogelijk onder voorwaarde dat dit schriftelijk overeengekomen is met een zorgverzekeraar.¹⁰⁰ In figuur 3 is per categorie diagnostiek aangegeven hoe de gedeclareerde bedragen van de OZP's zich verhouden t.o.v. de destijds geldende maximumtarieven van de NZa. Dit is voor alle categorieën weergegeven in blokken van 10%.¹⁰¹ Alleen de categorie 90 t/m 100% is opgesplitst in twee categorieën 90 tot 100% en 100%, waarbij het blok 100% het aandeel OZP's weergeeft met een gedeclareerd bedrag dat exact overeenkomt met het maximumtarief. Verder is bij enkele categorieën waar relatief veel OZP's een bedrag dicht bij het maximumtarief hebben in figuur 4 ingezoomd op het deel tussen 80 en 100% (in blokken van 2%). Het percentage van de OZP's per blok is voor het totaal weergegeven (ongeacht het type aanbieder) en opgesplitst voor ziekenhuizen, laboratoria, ZBC's en trombosediensten (waar deze typen aanbieders een noemenswaardig aandeel hebben; type aanbieder is hier het aangepaste type na AGB-correctie, zie appendix tabel A1). Hiervoor zijn alleen OZP's meegenomen waarvan het in Vektis geregistreerde aantal 1 was en waarvan uitsluitend een zvw-bedrag gedeclareerd was (en geen av-bedrag ernaast).¹⁰² Tariefzorgproducten zijn meegenomen bij hun uiteindelijke categorie en uitsluitend als deze slechts met één categorie tegelijk zijn gedeclareerd (anders is hun bedrag opgesplitst¹⁰³ en dus in ieder geval lager).

4.2.5.1 Verdeling ongeacht het type aanbieder (Totaal)

De verdeling van de gedeclareerde bedragen t.o.v. het maximumtarief voor alle OZP's ongeacht het type aanbieder (Totaal) varieert tussen de verschillende categorieën diagnostiek, zie figuur 3. Zo is bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), pathologie (ZPK10) en de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) sprake van relatief weinig spreiding van de gedeclareerde bedragen t.o.v. het maximum: vaak is een bedrag gedeclareerd dat het maximum is of er dichtbij zit (> 66% in de categorie 90 tot 100% of 100% van het maximum). Verder inzoomend op de verdeling tussen 80 en 100% van het maximum laat zien dat het gedeclareerde bedrag bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) in 52% van de gevallen exact overeenkomt met het maximumtarief (= 100%) en bij 63% van de gevallen is het > 94 tot en met 100% (zie figuur 3a en 4a). Bij beeldvormende diagnostiek (ZPK7) is dit zelfs respectievelijk 59% (100%) en 81% (> 94 t/m 100%) (zie figuur 3b en 4b). Bij pathologie (ZPK10) is 43% van de OZP's precies op het maximum en 77% heeft een bedrag > 94 t/m 100% van het maximum (zie figuur 3e en 4c). Bij de categorie overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) komt 79% exact overeen met het maximumtarief en heeft 82% een bedrag > 94 t/m 100% van het maximum (zie figuur 3g en 4d).

Bij de andere categorieën diagnostiek (klinische chemie & haematologie (ZPK8), microbiologie & parasitologie (ZPK9), reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en trombosezorg) zijn de gedeclareerde bedragen meer gespreid: bedragen verder onder het maximumtarief komen vaker voor, met > 48% in de categorieën tot 90% van het maximum (zie figuur 3c, 3d, 3f en 3h). Bij klinische chemie & haematologie (ZPK8) heeft 67% van de declaraties een gedeclareerd bedrag dat < 90% van het maximum is, waarvan 62% tussen de > 70 t/m 90% van het maximum valt. Bij microbiologie & parasitologie (ZPK9) is 49% < 90% van het maximum, waarvan 42% tussen > 70 t/m 90%. Bij de categorie reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) is 62% < 90% van het maximum en 37% heeft een bedrag dat > 70 en ≤ 90% van het maximum is. Bij trombose heeft 80% van de declaraties een gedeclareerd bedrag < 90% van het maximum, waarvan 35% tussen > 70 t/m 90% valt. Vooral bij

¹⁰⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (2016).

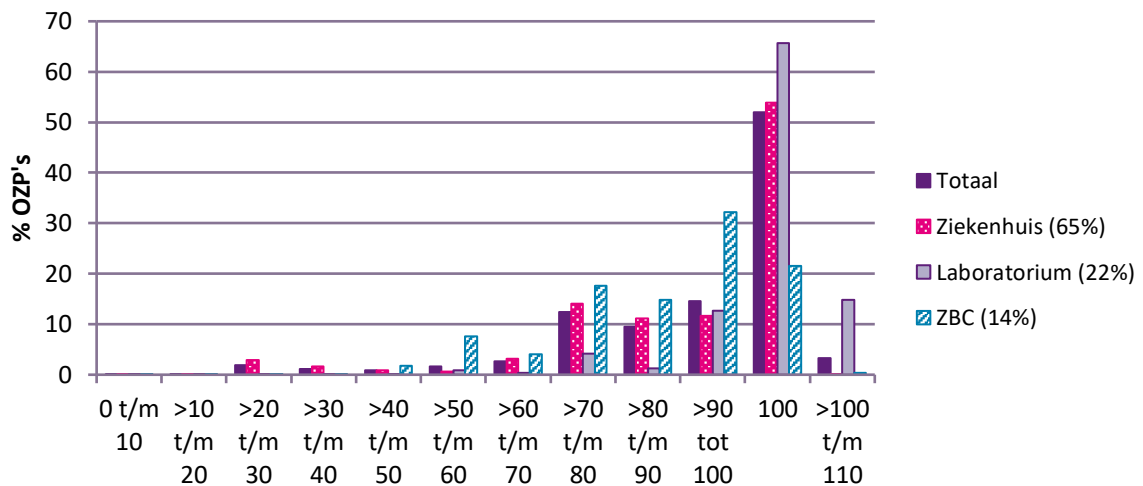
¹⁰¹ Bij het blok > 100 t/m 110% is het aandeel weergegeven van OZP's met een gedeclareerd bedrag dat afgerond op hele procenten in dit blok valt. Zeer incidenteel (bij < 0,01% van de OZP's in de verschillende categorieën diagnostiek) komt het nog voor dat het bedrag afgerond > 110% van het maximum is; deze gevallen zijn buiten beschouwing gelaten in figuur 3.

¹⁰² Bij een groter aantal geregistreerd in Vektis is het bedrag daardoor mogelijk hoger en daardoor afwijkend van het maximum; als er tevens een av-bedrag is gedeclareerd is het zvw-bedrag hierdoor mogelijk lager, omdat niet het gehele bedrag van de OZP vanuit de zvw betaald is. Door deze twee selectiecriteria viel in totaal minder dan 1% van het aantal declaratieregels uit.

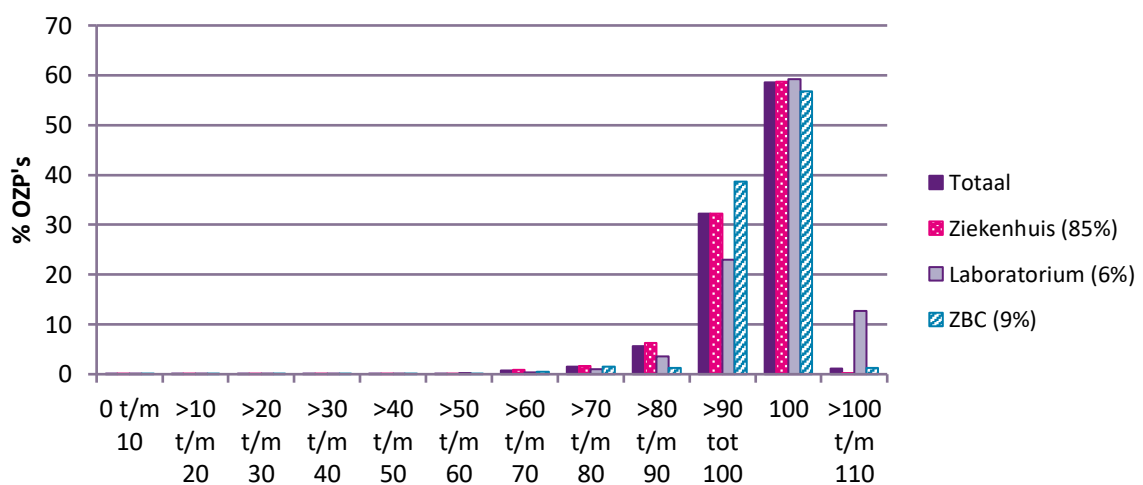
¹⁰³ 5% van de 25 miljoen tariefzorgproducten kwam tegelijk voor naast OZP's uit meerdere categorieën diagnostiek.

trombose komen er dus relatief vaak bedragen voor die verder onder het maximumtarief zitten, met 45% van de gevallen met een bedrag < 70% van het maximum.

Figuur 3: Het percentage (%) van overige zorgproducten (OZP's) waarvan het gedeclareerde zww-bedrag in een bepaalde categorie t.o.v. het maximumtarief van de NZa valt, per categorie diagnostiek.¹⁰⁴

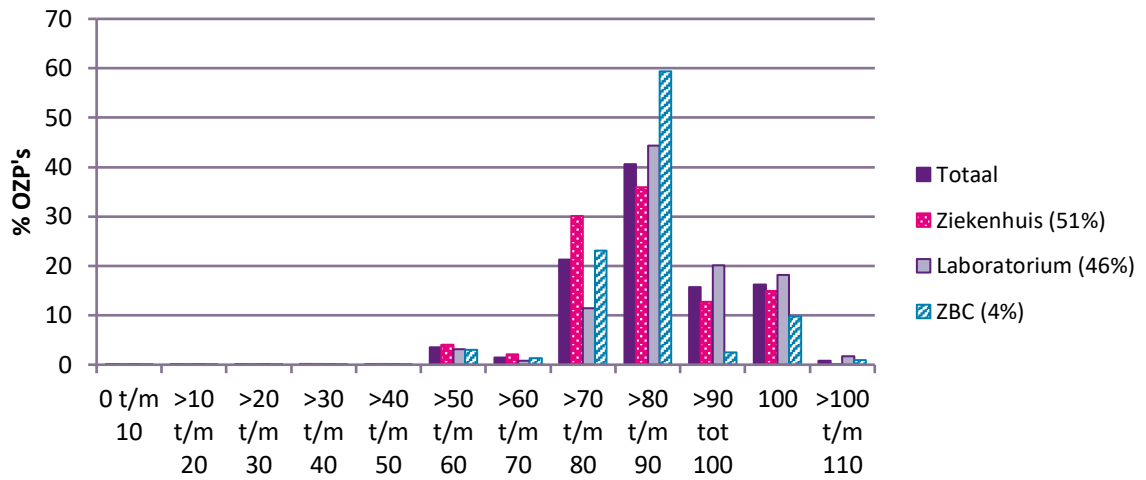


Figuur 3a. Diagnostische activiteiten (ZPK4)

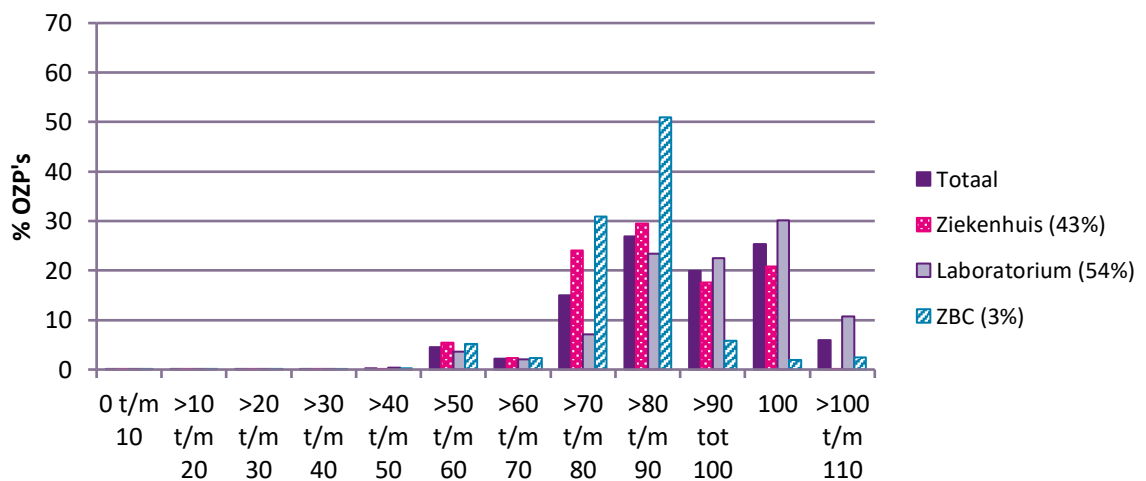


Figuur 3b. Beeldvormende diagnostiek (ZPK7)

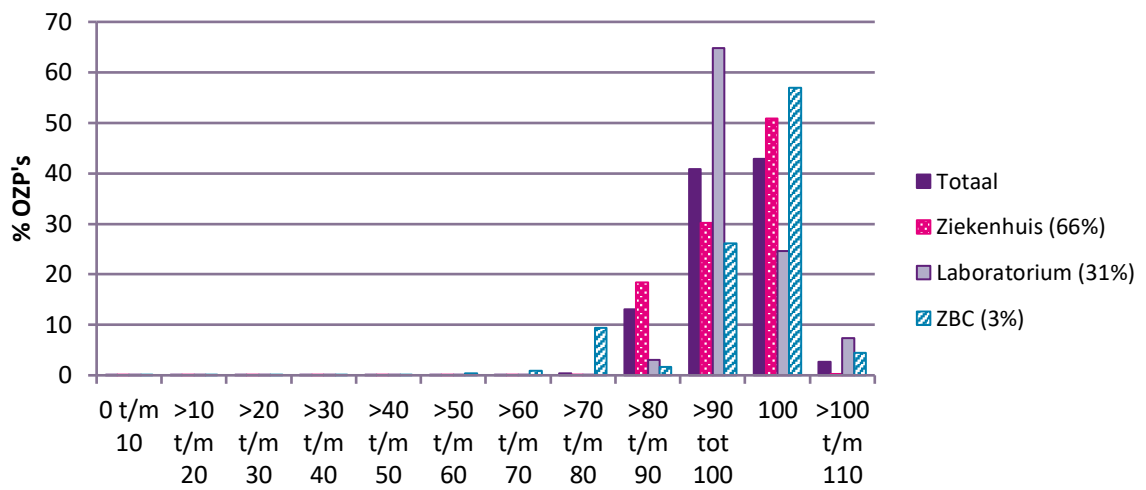
¹⁰⁴ Percentages zijn weergegeven voor alle typen aanbieders samen (Totaal) en voor de meest voorkomende typen aanbieders o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes. In de legenda staat het aandeel (%) vermeld van elk van de typen aanbieders van het totale aantal OZP's in de betreffende per categorie diagnostiek. Omwille van vertrouwelijkheid is in figuur 1h de categorie Laboratorium samengevoegd met de categorie Trombosedienst en de verdeling van ZBC's niet weergegeven (het aandeel van de andere typen is exclusief het aandeel van ZBC's, zie tevens noot bij tabel 2).



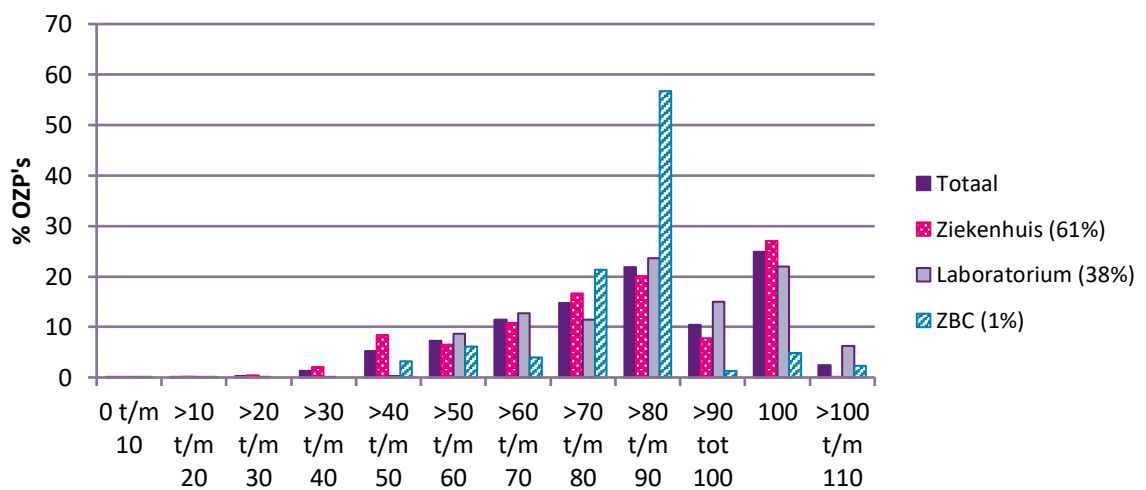
Figuur 3c. Klinische chemie & haematologie (ZPK8)



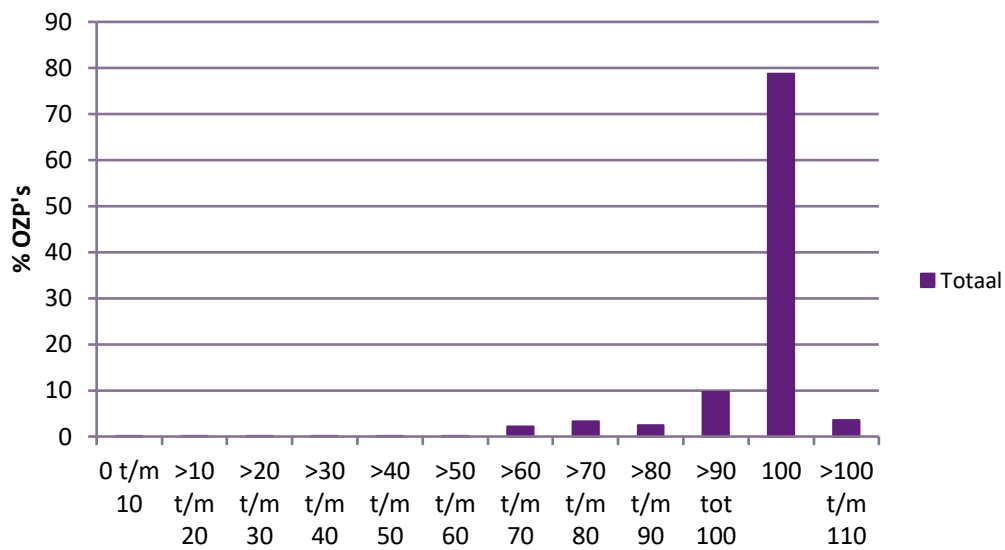
Figuur 3d. Microbiologie & parasitologie (ZPK9)



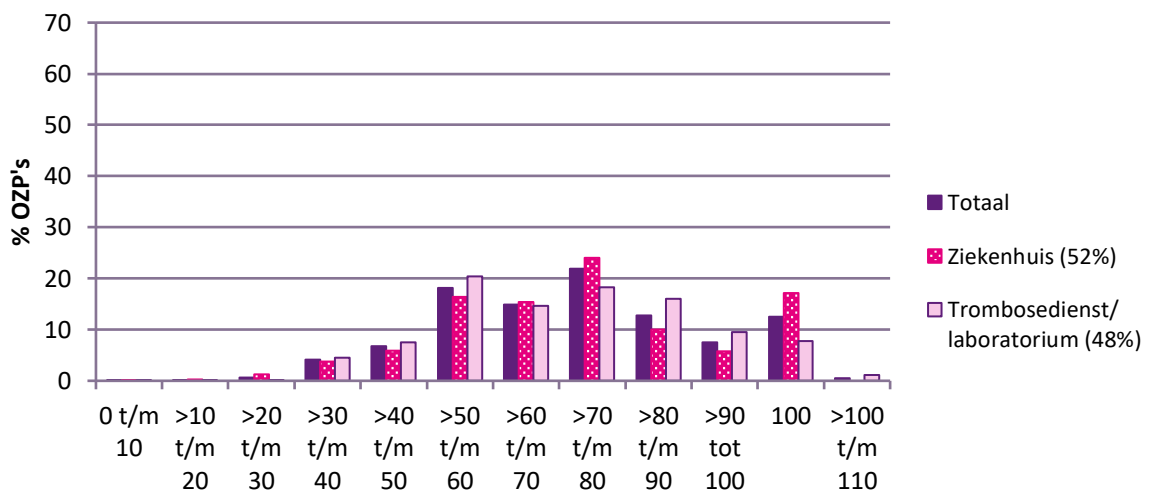
Figuur 3e. Pathologie (ZPK10)



Figuur 3f. Overige laboratoriumverrichtingen regulier (ZPK1 1a)

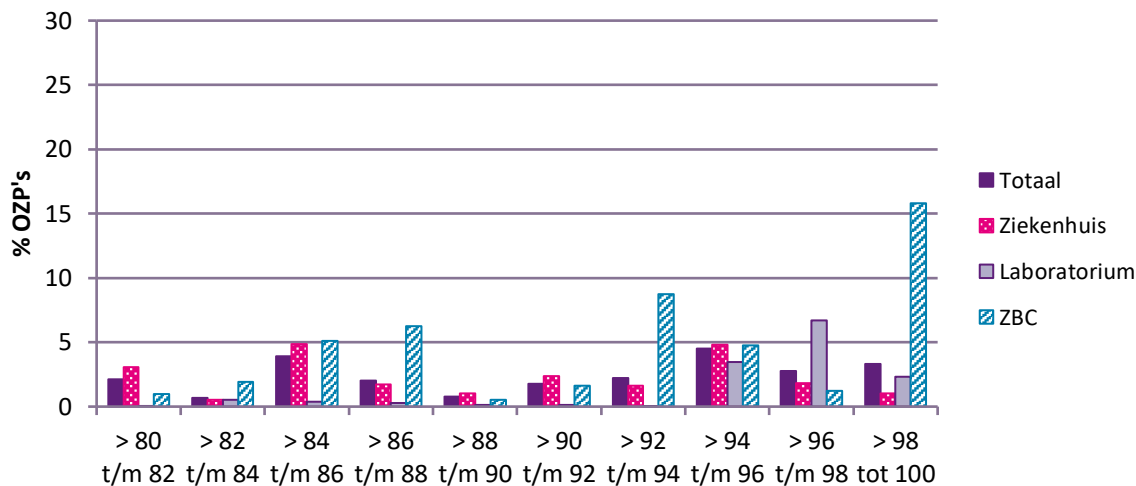


Figuur 3g. Overige laboratoriumverrichtingen 1911-codes (ZPK11b)

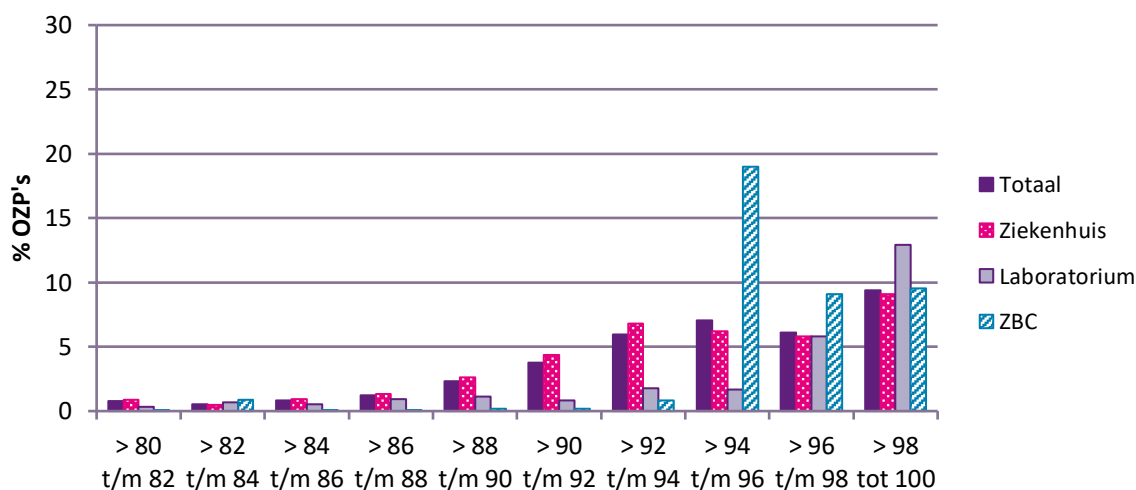


Figuur 3h. Trombosezorg

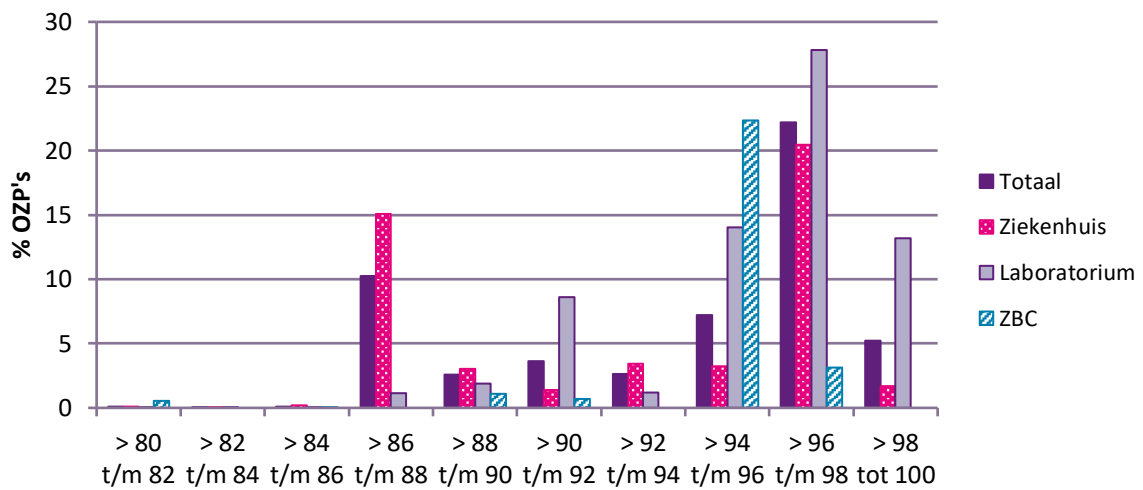
Figuur 4: Het percentage (%) van overige zorgproducten (OZP's) waarvan het gedeclareerde zvw-bedrag tussen > 80 en 100% van het maximumtarief zit (ingezoomd voor de categorieën diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), pathologie (ZPK10) en overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b)).



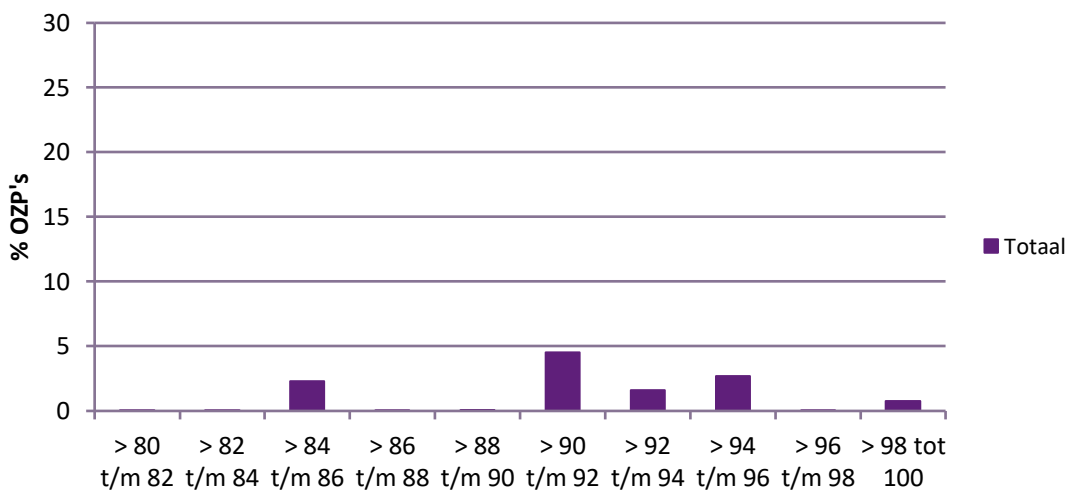
Figuur 4a. Diagnostische activiteiten (ZPK4)



Figuur 4b. Beeldvormende diagnostiek (ZPK7)



Figuur 4c. Pathologie (ZPK10)



Figuur 4d. Overige laboratoriumverrichtingen 1911-codes (ZPK11b)

De vier categorieën die relatief vaker op of net onder het maximumtarief zitten (diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), pathologie (ZPK10) en overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b)) zijn eveneens de categorieën diagnostiek met een hoger gemiddeld gedeclareerd bedrag per prestatie (range € 65,93 tot € 927,97; zie tabel 1). Hierdoor is ook een klein percentage afwijking (bijv. een prijsverschil van 1%) al eerder betekenisvol in termen van kosten per prestatie dan een klein percentage van de gemiddeld goedkopere prestaties in de andere vier categorieën diagnostiek (ZPK8, ZPK9, ZPK11a en trombose; range € 3,28 tot € 12,29; zie tabel 1). Wat betreft de verandering in de totale kosten per categorie diagnostiek bij een bepaald prijsverschil is ook het totale aantal prestaties van belang. Op basis van het aantal declaraties en de gemiddelde gedeclareerde prijs per prestatie (tabel 1) zou bij een prijsverlaging van bijv. 1% in totaal het meest bespaard worden bij klinische chemie & haematologie (ZPK8; bijna € 3 miljoen), gevolgd door beeldvormende diagnostiek (ZPK7; ongeveer € 2 miljoen), trombose en overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) (allebei ongeveer € 1,3 miljoen). Deels zijn dit categorieën diagnostiek waar in verhouding al veel prestaties op/net onder het maximum zitten, en deels categorieën waar wel meer spreiding is t.o.v. het maximumtarief.

4.2.5.2 Verdeling per type aanbieder

Opgesplitst per type aanbieder laat figuur 3 zien dat voor verschillende categorieën diagnostiek de prijzen van OZP's uitgevoerd door laboratoria in verhouding vaker in de hogere tariefblokken (ook > 100% van het maximum) vallen dan OZP's uitgevoerd door ziekenhuizen en ZBC's. Bij pathologie (ZPK10) is dit iets minder het geval, waar ziekenhuizen en ZBC's relatief vaker het maximumtarief hebben gedeclareerd dan laboratoria; wel vallen veel declaraties van laboratoria alsnog in de categorie 90 tot 100% (met 55% tussen > 94 tot 100%, zie figuur 4c) en hebben zij een groter percentage declaraties boven het maximum, terwijl ziekenhuizen en ZBC's relatief vaker verder onder ($\leq 90\%$) het maximum hebben gedeclareerd dan laboratoria. De bedragen die laboratoria hebben gedeclareerd voor diagnostiek liggen overall dus relatief vaker dichterbij of boven het maximumtarief dan de bedragen gedeclareerd door ziekenhuizen of ZBC's. Bij trombose hebben trombosediensten niet duidelijk vaker op/rondom het maximum gedeclareerd dan bijvoorbeeld ziekenhuizen.

4.2.6 Concentratie maten

De ACM heeft in dit onderzoek de concentratiematen HHI en CR4 (zie paragraaf 3.1.2) per categorie diagnostiek berekend, allereerst voor alle OZP's ongeacht de verwijzer, o.b.v. het aantal declaraties en de omzet. Tevens zijn de analyses herhaald met alleen de OZP's waarbij een huisarts(enpraktijk) als verwijzer geregistreerd was; eventuele verschillen t.o.v. de gehele sample worden kort besproken. De resultaten voor heel Nederland staan in tabel 5 en samenvattende statistieken over alle veiligheidsregio's staan in tabel 6 t/m 8. Tevens worden als voorbeeld in tabel 9 de volledige resultaten in twee veiligheidsregio's weergegeven (volledige resultaten voor alle veiligheidsregio's o.b.v. AGB-codes na de eerste correctie staan in appendix tabel A2). De resultaten o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes (zonder de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017) geven de situatie in 2017 het beste weer. De resultaten o.b.v. de originele AGB-codes voor de correctie zijn voor de volledigheid ook weergegeven in de tabellen.

4.2.6.1 Landelijk

De ACM heeft eerst naar de mate van concentratie op landelijk niveau gekeken.¹⁰⁵ De HHI en CR4 per categorie diagnostiek in heel Nederland worden weergegeven in tabel 5. De HHI is voor heel Nederland zowel o.b.v. aantal als bedrag laag bij de meeste categorieën diagnostiek (HHI < 400). De CR4 is bij de meeste categorieën < 0,30. Alleen bij overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) is er landelijk iets meer sprake van concentratie (HHI \approx 1300; CR4 = 0,59 en 0,58). Dit komt mede door het relatief kleine aantal aanbieders van deze categorie diagnostiek (zie tabel 1). Zoals verwacht is er door de correctie van AGB-codes die bij elkaar horen een toename zichtbaar in de HHI en de CR4 t.o.v. de HHI en CR4 o.b.v. de originele AGB-codes (behalve bij overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b)).

Als de concentratiematen alleen gebaseerd zijn op OZP's met een huisarts(enpraktijk) als verwijzer, dan nemen de HHI en CR4 bij de meeste categorieën diagnostiek iets toe (alleen bij pathologie (ZPK10) nemen ze iets af). Ze blijven landelijk nog steeds laag (HHI \leq 603; CR4 \leq 0,371) bij bijna alle categorieën.¹⁰⁶

¹⁰⁵ In eerdere concentratiezaken heeft de ACM de relevante markten voor klinische chemie (eerstelijns/care-sector en tweedelijns) en medische microbiologie (eerstelijns) geografisch afgebakend als (ten minste) nationaal (Autoriteit Consument en Markt, 2013, 2017b).

¹⁰⁶ Alleen bij categorie ZPK11b is er een grote toename (range Δ = 2205-2670); dit komt doordat er maar bij 1% een huisarts als verwijzer is geregistreerd en dit kleine aantal ook door een klein aantal aanbieders uitgevoerd is.

Tabel 5: Concentratie maten (HHI en CR4) per categorie diagnostiek bij de OZP's in 2017 in heel Nederland, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	HHI aantal	HHI bedrag	CR4 aantal	CR4 bedrag
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	176	168	0,165	0,151
Beeldvormende diagnostiek (7)	159	152	0,111	0,104
Klinische chemie & haematologie (8)	331	335	0,266	0,265
Microbiologie & parasitologie (9)	350	360	0,267	0,278
Pathologie (10)	372	337	0,270	0,256
Overig laboratorium regulier (11a)	412	294	0,322	0,238
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	1292	1281	0,592	0,581
Trombosezorg	319	286	0,235	0,212
<i>Originele AGB</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	166	160	0,156	0,151
Beeldvormende diagnostiek (7)	146	137	0,097	0,089
Klinische chemie & haematologie (8)	310	313	0,249	0,248
Microbiologie & parasitologie (9)	330	340	0,257	0,263
Pathologie (10)	363	327	0,261	0,246
Overig laboratorium regulier (11a)	410	290	0,322	0,238
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	1292	1281	0,592	0,581
Trombosezorg	314	281	0,235	0,212

Na de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 (zie appendix tabel A1) nemen de HHI en CR4 bij een aantal categorieën diagnostiek nog wat verder toe dan na de eerste correctie van AGB-codes (zie 3.1.4) (ZPK9, ZPK11a, ZPK8, trombose en ZPK4; bij ZPK7, ZPK10 en ZPK11b verandert er (bijna) niets na de extra correctie).

4.2.6.2 Regionaal

Vanwege onder meer het inkoopbeleid van verzekeraars (zie 2.2.3) en de gevonden relatief korte gemiddelde reistijd/afstand tussen patiënt en zorgaanbieder (zie 4.2.3) heeft de ACM in dit onderzoek ook op regionaal niveau gekken naar de concentratiegraad. Mede vanwege de praktische uitvoerbaarheid heeft de ACM gekeken naar één niveau, namelijk de veiligheidsregio's (zie 3.1.2), wetende dat de relevante geografische dimensie voor sommige categorieën diagnostiek mogelijk groter of kleiner kan zijn.

Op regionaal niveau is het beeld van de markt voor diagnostiek duidelijk anders dan op nationaal niveau. Samenvattende statistieken voor alle 25 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek staan in tabel 6 t/m 8. Zowel het gemiddelde als de mediaan van de HHI o.b.v. aantal of bedrag zijn per categorie diagnostiek in alle gevallen > 2100 en meestal zelfs > 3000 (tabel 6). Het gemiddelde en de mediaan van de CR4 is nu bij alle categorieën > 0,8 en een aantal keer zelfs > 0,9 (tabel 7). Regionaal is er dus, in tegenstelling tot landelijk, wel vaak sprake van een hoge concentratie. Belangrijk om daarbij op te merken is dat er daarbij wel variatie tussen veiligheidsregio's is, onder meer zichtbaar in het minimum en maximum in tabel 6 en 7. Hoewel de concentratie bij de meeste categorieën diagnostiek in de meeste veiligheidsregio's (behoorlijk) hoog is, is de HHI soms wel < 2000, wat over het algemeen niet gezien wordt als een hoge concentratie. Ook bij de CR4 is er behoorlijk wat variatie tussen de veiligheidsregio's, met een aantal keer > 0,3 verschil tussen de veiligheidsregio met de laagste CR4 en de regio met de hoogste CR4 binnen dezelfde categorie diagnostiek. In tabel 8 worden per categorie diagnostiek de samenvattende beschrijvende statistieken over alle 25 veiligheidsregio's weergegeven van het aantal aanbieders met minimaal 5 OZP-declaraties per categorie diagnostiek. Hieruit blijkt dat er bij de meeste categorieën diagnostiek gemiddeld en o.b.v. de mediaan > 20 verschillende aanbieders in de regio zijn, maar dat er wel een behoorlijke spreiding tussen de regio's is in het aantal aanbieders. Alleen bij overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) is het aantal lager en zijn er vrijwel geen regionale verschillen.

Tabel 6: Samenvattende beschrijvende statistieken voor de HHI (aantal en bedrag) over alle 25 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek bij de OZP's in 2017, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	Gemiddelde (SD) aantal	Mediaan aantal	Minimum aantal	Maximum aantal	Gemiddelde (SD) bedrag	Mediaan bedrag	Minimum bedrag	Maximum bedrag
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>								
Diagnostische activiteiten (4)	2469 (670)	2423	1385	4343	2567 (768)	2284	1512	4434
Beeldvormende diagnostiek (7)	3338 (1493)	2930	1466	8708	2826 (1228)	2532	1347	7314
Klinische chemie & haematologie (8)	3869 (1750)	3671	1978	8447	3897 (1764)	3717	1996	8411
Microbiologie & parasitologie (9)	4691 (2282)	4448	1937	9302	4662 (2240)	4409	2002	9252
Pathologie (10)	4441 (2171)	3529	1319	8522	4085 (1943)	3320	1244	8266
Overig laboratorium regulier (11a)	3283 (1298)	3262	1445	6931	3076 (1151)	3158	1524	6404
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	3618 (993)	3366	2275	5598	3594 (1004)	3428	2211	5590
Trombosezorg	5497 (2087)	5026	2003	9683	4878 (1908)	4358	1647	9236
<i>Originele AGB-codes</i>								
Diagnostische activiteiten (4)	2337 (673)	2113	1385	4343	2432 (774)	2136	1512	4434
Beeldvormende diagnostiek (7)	3214 (1522)	2891	1420	8708	2716 (1266)	2296	1238	7314
Klinische chemie & haematologie (8)	3789 (1772)	3034	1978	8447	3811 (1783)	3084	1996	8411
Microbiologie & parasitologie (9)	4537 (2337)	4331	1936	9302	4542 (2295)	4126	1887	9252
Pathologie (10)	4400 (2204)	3529	1319	8522	4038 (1978)	3320	1244	8266
Overig laboratorium regulier (11a)	3195 (1338)	3209	1436	6931	2976 (1205)	2714	1474	6404
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	3618 (994)	3365	2275	5598	3594 (1004)	3428	2211	5590
Trombosezorg	5369 (2134)	4885	1730	9683	4777 (1952)	4239	1415	9236

SD = standaarddeviatie.

Na de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 (zie appendix tabel A1) neemt de HHI bij een aantal categorieën diagnostiek (ZPK11a, ZPK9, ZPK8 en trombose) nog wat verder toe dan na de eerste correctie van AGB-codes (zie 3.1.4).

Tabel 7: Samenvattende beschrijvende statistieken voor de CR4 (aantal en bedrag) over alle 25 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek bij de OZP's in 2017, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	Gemiddelde (SD) aantal	Mediaan aantal	Minimum aantal	Maximum aantal	Gemiddelde (SD) bedrag	Mediaan bedrag	Minimum bedrag	Maximum bedrag
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>								
Diagnostische activiteiten (4)	0,821 (0,079)	0,834	0,624	0,937	0,834 (0,079)	0,855	0,640	0,946
Beeldvormende diagnostiek (7)	0,888 (0,081)	0,896	0,609	0,973	0,845 (0,085)	0,849	0,608	0,957
Klinische chemie & haematologie (8)	0,920 (0,054)	0,937	0,822	0,985	0,920 (0,054)	0,933	0,810	0,983
Microbiologie & parasitologie (9)	0,913 (0,068)	0,947	0,782	0,988	0,909 (0,063)	0,929	0,797	0,986
Pathologie (10)	0,896 (0,077)	0,914	0,643	0,983	0,871 (0,082)	0,893	0,625	0,984
Overig laboratorium regulier (11a)	0,852 (0,080)	0,849	0,691	0,969	0,852 (0,072)	0,855	0,694	0,970
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,870 (0,033)	0,861	0,808	0,939	0,871 (0,033)	0,866	0,812	0,945
Trombosezorg	0,978 (0,030)	0,989	0,878	0,997	0,952 (0,054)	0,971	0,735	0,996
<i>Originele AGB-codes</i>								
Diagnostische activiteiten (4)	0,806 (0,078)	0,806	0,624	0,937	0,820 (0,077)	0,818	0,640	0,946
Beeldvormende diagnostiek (7)	0,879 (0,080)	0,884	0,609	0,972	0,827 (0,092)	0,845	0,569	0,957
Klinische chemie & haematologie (8)	0,914 (0,054)	0,923	0,822	0,984	0,914 (0,055)	0,924	0,810	0,983
Microbiologie & parasitologie (9)	0,907 (0,070)	0,927	0,782	0,988	0,903 (0,068)	0,929	0,775	0,985
Pathologie (10)	0,891 (0,076)	0,909	0,643	0,983	0,867 (0,080)	0,876	0,625	0,984
Overig laboratorium regulier (11a)	0,844 (0,088)	0,830	0,676	0,969	0,839 (0,083)	0,846	0,663	0,970
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,870 (0,033)	0,861	0,808	0,939	0,871 (0,033)	0,866	0,812	0,945
Trombosezorg	0,975 (0,042)	0,989	0,801	0,996	0,949 (0,066)	0,971	0,666	0,994

SD = standaarddeviatie.

Na de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 (zie appendix tabel A1) is de toename van de CR4 meestal klein (alleen bij ZPK11a is de toename in gemiddelde en mediaan iets meer met $\Delta \approx 0,01$).

Tabel 8: Samenvattende beschrijvende statistieken voor het aantal aanbieders met minimaal 5 declaraties over alle 25 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek bij de OZP's in 2017, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	Gemiddelde (SD)	Mediaan	Minimum	Maximum
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	26,6 (7,6)	28	15	46
Beeldvormende diagnostiek (7)	65,7 (13,4)	66	45	92
Klinische chemie & haematologie (8)	87,3 (6,8)	88	74	102
Microbiologie & parasitologie (9)	64,7 (8,3)	65	50	83
Pathologie (10)	21,6 (7,6)	21	9	39
Overig laboratorium regulier (11a)	27,4 (8,1)	29	14	48
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	9,0 (0,2)	9	9	10
Trombosezorg	38,1 (6,8)	38	27	50
<i>Originele AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	27,3 (7,7)	29	15	46
Beeldvormende diagnostiek (7)	71,0 (15,9)	72	47	103
Klinische chemie & haematologie (8)	91,9 (7,4)	92	77	106
Microbiologie & parasitologie (9)	67,9 (8,8)	68	53	87
Pathologie (10)	22,0 (7,9)	21	9	39
Overig laboratorium regulier (11a)	28,1 (8,4)	30	14	49
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	9,0 (0,2)	9	9	10
Trombosezorg	39,3 (7,4)	41	27	51

SD = standaarddeviatie.

Na de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 (zie appendix tabel A1) neemt het aantal aanbieders gemiddeld nog iets verder af bij een aantal categorieën diagnostiek.

Als alleen gekeken wordt naar OZP's met een huisarts als verwijzer, dan zijn het gemiddelde en de mediaan van de HHI o.b.v. aantal en bedrag nog (iets) hoger dan in de totale sample OZP's (zonder overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b)¹⁰⁷, range $\Delta = 10-1150$). Bij de HHI o.b.v. aantal is de toename wat prominenter bij de categorie reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en trombose (naast ZPK11b); bij de HHI o.b.v. bedrag is de toename ook wat sterker bij pathologie (ZPK10) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7) naast de eerder genoemde categorieën. Bij de CR4 is er ook meestal een (kleine) toename. Deze is (na ZPK11b) het meest prominent bij ZPK11a ($\Delta = 0,07-0,09$). Bij trombose neemt de CR4 vergeleken met de HHI minder toe en o.b.v. aantal is er zelfs een afname.¹⁰⁸ In de hele sample is er regionaal dus al sprake van een (sterke) mate van concentratie en dit neemt vaak nog iets toe wanneer alleen OZP's met een huisarts als verwijzer zijn meegenomen. Mogelijk wordt bij eerstelijnsdiagnostiek door een huisarts (nog) vaker voor een aanbieder in de eigen regio gekozen dan wanneer de verwijzer een andere zorgverlener is.

Ter illustratie van hoe de resultaten van een individuele regio eruit zien, zijn de uitgebreide resultaten – o.b.v. de gehele sample en ongeacht de verwijzer – voor twee verschillende veiligheidsregio's gepresenteerd in tabel 9. Hierbij is gekozen voor een stedelijke veiligheidsregio (Amsterdam-Amstelland) en een landelijke veiligheidsregio (IJsselland) (zie tabel A2 in de appendix met uitgebreide resultaten voor alle veiligheidsregio's).

¹⁰⁷ Omdat er bij ZPK11b een relatief klein aantal aanbieders is, vallen de concentratiematen soms iets hoger uit. De marktaandeelen zijn regionaal wel redelijk verdeeld over de aanbieders.

¹⁰⁸ Bij trombose verschilt het aandeel met een huisarts als verwijzer behoorlijk per regio. Zo is dit in IJsselland ongeveer 33% bij aantal/bedrag, voor Amsterdam-Amstelland minder dan 5%.

Tabel 9: Volledige resultaten van de concentratiematen en het aantal AGB-codes met minimaal 5 declaraties in 2 veiligheidsregio's (Amsterdam-Amstelland en IJsselland) per categorie diagnostiek bij de OZP's in 2017 o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes.

	Aantal totaal (x100.000)	Bedrag totaal (x1.000.000)	HHI aantal	HHI bedrag	CR4 aantal	CR4 bedrag	Aantal AGB- codes met ≥ 5 declaraties
<i>Amsterdam-Amstelland</i>							
Diagnostische activiteiten (4)	0,22	1,58	1687	1787	0,624	0,640	36
Beeldvormende diagnostiek (7)	1,66	12,09	2087	1713	0,749	0,690	92
Klinische chemie & haematologie (8)	46,99	15,31	2063	2053	0,830	0,823	102
Microbiologie & parasitologie (9)	5,61	8,46	2271	2597	0,818	0,831	83
Pathologie (10)	0,21	1,76	1319	1244	0,643	0,625	37
Overig laboratorium regulier (11a)	0,32	0,31	4842	2714	0,856	0,768	45
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,08	7,62	2919	3003	0,856	0,862	9
Trombosezorg	6,04	5,49	8303	7411	0,982	0,981	49
<i>IJsselland</i>							
Diagnostische activiteiten (4)	0,15	1,00	3018	3009	0,926	0,916	22
Beeldvormende diagnostiek (7)	0,87	5,81	3889	3259	0,966	0,957	58
Klinische chemie & haematologie (8)	23,60	7,44	4060	3898	0,972	0,971	79
Microbiologie & parasitologie (9)	3,18	3,28	4622	4409	0,970	0,961	58
Pathologie (10)	0,11	1,05	4186	4170	0,943	0,937	19
Overig laboratorium regulier (11a)	0,17	0,23	3493	3733	0,969	0,971	22
Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	4,17	2415	2474	0,827	0,834	9
Trombosezorg	5,15	5,50	5668	5164	0,992	0,980	34

In regio IJsselland is de HHI bijna altijd > 3000 en de CR4 bijna altijd > 0,9 (alleen niet bij overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b); hierbij zijn de HHI en CR4 respectievelijk alsnog > 2400 en > 0,8). Dit duidt op een hoge mate van concentratie in deze regio. In regio Amsterdam-Amstelland zijn de HHI en CR4 bij sommige categorieën diagnostiek lager, met HHI < 2000 en CR4 < 0,8, maar in enkele andere categorieën is de HHI en/of CR4 wel hoog, soms zelfs > 3000 en/of > 0,9 (bij trombose en soms bij de categorie reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a) en ZPK11b¹⁰⁹). In deze regio verschilt het dus per categorie diagnostiek of er sprake is van hoge concentratie.

Bij een aantal categorieën diagnostiek is er sprake van meer concentratie in IJsselland dan in Amsterdam-Amstelland (diagnostische activiteiten (ZPK4), beeldvormende diagnostiek (ZPK7), klinische chemie & haematologie (ZPK8), microbiologie & parasitologie (ZPK9), pathologie (ZPK10) en reguliere overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a; bij 3 van de 4 concentratiematen)). Bij de 2 andere categorieën (overige laboratoriumverrichtingen met een 1911-code (ZPK11b) en trombose) is het omgekeerd, wel met de kanttekening dat de HHI en CR4 niet altijd een zelfde beeld laten zien. Zo is de HHI bij trombosezorg in Amsterdam-Amstelland beduidend hoger dan de HHI bij trombosezorg in IJsselland, terwijl de CR4 nauwelijks verschilt in beide regio's. Dit komt doordat er in Amsterdam-Amstelland duidelijk één grootste aanbieder van trombosezorg is, terwijl in IJsselland een groot deel van de trombosezorg door enkele aanbieders gedeeld wordt. Beide regio's verschillen ook in het aantal aanbieders met minimaal 5 declaraties. Bij 7 van de 8 categorieën diagnostiek is het aantal aanbieders groter in Amsterdam-Amstelland dan in IJsselland.

Deze twee voorbeelden laten zien dat er aanzienlijke verschillen kunnen zijn in de mate van concentratie en het aantal unieke aanbieders (met een noemenswaardig aandeel in de betreffende regio). In de ene regio kunnen er na verdere concentratie en zonder nieuwe toetreders nog voldoende keuzemogelijkheden overblijven, terwijl in een andere regio het wegvallen van één concurrent (bijv. doordat 2 regionale aanbieders fuseren) de keuzemogelijkheden al aanzienlijk kan belemmeren.

Gezien de in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkelingen in onder meer de bekostiging en tarieven¹¹⁰ is naast de concentratiegraad ook het aantal verschillende aanbieders relevant voor het toezicht van de ACM. Zo verwachtte adviesbureau Boer & Croon dat er uiteindelijk nog maar enkele grotere medische laboratoriumketens zouden overblijven.¹¹¹ Hoewel een (zeer) hoge mate van concentratie een indicatie kan zijn voor een mogelijk kleiner aantal aanbieders, is het ook bij een hoge(re) mate van regionale concentratie mogelijk dat er naast een/enkele aanbieder(s) met een groot aandeel nog voldoende andere aanbieders actief zijn met elk een klein aandeel. Dat de mate van concentratie op landelijk niveau beperkt is, is een indicatie dat er in 2017 (nog) geen grote nationale aanbieders zijn. Kijkend naar de aantallen unieke aanbieders per categorie diagnostiek (vaak minstens 20 per veiligheidsregio en in een aantal gevallen zelfs beduidend meer¹¹²) lijken er in 2017 nog voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten en verwijzers te zijn (voor de nu gehanteerde categorieën¹¹³).

¹⁰⁹ Omdat er bij ZPK11b een relatief klein aantal aanbieders is, vallen de concentratiematen soms iets hoger uit. De marktaandelen zijn regionaal wel redelijk verdeeld over de aanbieders.

¹¹⁰ wetten.overheid.nl (2013); wetten.overheid.nl (2019).

¹¹¹ Boer & Croon (2013).

¹¹² Er zijn wel minder unieke aanbieders actief bij ZPK11b na de opsplitsing van ZPK11.

¹¹³ Het is de vraag in hoeverre dit ook nog het geval is bij een andere productmarktafbakening. Als bijvoorbeeld in een zaak blijkt dat een categorie diagnostiek toch nog verder opgesplitst moet worden, dan kan het aantal unieke aanbieders mogelijk afnemen (als de betreffende diagnostiek vooral/alleen wordt uitgevoerd door specialistische aanbieders).

4.3 MSZ zorgactiviteiten in dbc's

4.3.1 Aantal en omzet

Binnen dbc's komen er ruim 20 miljoen apart gedeclareerde diagnostische zorgactiviteiten voor (zie tabel 10). Deze zorgactiviteiten zijn vrijwel uitsluitend in de categorieën beeldvormende diagnostiek (ZPK7; ≈ 52% van het totaal) en diagnostische activiteiten (ZPK4; ≈ 48%). Medische microbiologie (ZPK9) en trombosezorg komen helemaal niet voor in dbc's in 2017. De categorieën klinische chemie & haematologie (ZPK8), pathologie (ZPK10), overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11a en ZPK11b) komen wel voor binnen dbc's in 2017, maar zeer weinig (gezamenlijk 24.698 declaraties in deze 4 categorieën). Om deze reden worden verder alleen de resultaten voor de categorieën diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7) besproken.

Tabel 10: Het totale aantal declaratieregels van zorgactiviteiten binnen dbc's, het totale geschatte bedrag na de eerste schatting (o.b.v. OZP prijs), het percentage (%) dat zo geschat kon worden, het totale geschatte bedrag na de extra schatting en het totale aantal AGB-codes met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek in 2017.

Categorie (ZPK)	Aantal (miljoen)	€ (miljoen) na eerste schatting	% geschat na eerste schatting	€ (miljoen) na extra schatting	Aantal AGB-codes met ≥ 5 declaraties
Diagnostische activiteiten (4)	9,83	650,66	66%	985,89	303 (-44)
Beeldvormende diagnostiek (7)	10,67	1.174,09	95%	1.233,22	223 (-27)

Weergegeven aantallen AGB-codes zijn o.b.v. de originele AGB-codes. Tussen haakjes staat het verschil wanneer AGB-codes van eenzelfde organisatie samengenomen zijn (zie appendix tabel 1A).

Bedragen van individuele zorgactiviteiten binnen dbc's zijn niet beschikbaar. Om toch een indicatie te krijgen van de kosten is eerst een schatting gemaakt o.b.v. de meest gehanteerde prijs bij de OZP's met dezelfde zorgactiviteitcode. Op deze manier kan bij de meeste (95%, zie tabel 10) beeldvormende diagnostiek (ZPK7) zorgactiviteiten een bedrag geschat worden. Hoewel ook bij ZPK4 de meerderheid wel geschat kon worden (66% in totaal), is het aandeel dat niet geschat kon worden hier beduidend groter dan bij ZPK7; de verwachting is dat deze eerste schatting dus een onderschatting is van de totale werkelijke gemaakte kosten. Wel valt op dat zelfs zonder volledig ingevulde geschatte kosten de totaalbedragen in de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7) hoog zijn met respectievelijk € 651 en € 1.174 miljoen.

Voor de zorgactiviteiten zonder bedrag na de eerste schatting is nog een extra schatting uitgevoerd (zie paragraaf 3.1.3). Hieruit volgt een totale geschatte marktomvang voor diagnostische zorgactiviteiten gedeclareerd binnen dbc's ongeveer € 2,2 miljard (ZPK4 € 986 miljoen en ZPK7 € 1.233 miljoen, zie tabel 10)¹¹⁴. Deze geschatte totale omzet is dus ruim twee keer zo groot als de totale omzet van de diagnostische OZP's. Het is daarbij wel de vraag in hoeverre de schatting representatief is voor de werkelijke kosten van een zorgactiviteit binnen een dbc bij de verschillende zorgaanbieders. Mogelijk is de meest voorkomende OZP-prijs per zorgactiviteitcode niet altijd even representatief. Daarnaast is onduidelijk of de gemiddelde geschatte prijs per zorgactiviteit in de betreffende ZPK representatief is voor de gemiddelde prijs van zorgactiviteiten waarbij geen prijs geschat kon worden.

In tabel 10 staat ten slotte ook het aantal verschillende AGB-codes met minimaal 5 declaraties. Wanneer rekening gehouden wordt met AGB-codes die onderdeel zijn van een grotere organisatie (zie appendix tabel A1) zijn er 259 verschillende diagnostiekaanbieders bij de categorie diagnostische activiteiten

¹¹⁴ Het totaal blijft ook na toevoeging van het geschatte bedrag bij de 4 weinig voorkomende categorieën (ZPK8, ZPK10, ZPK11a en ZPK11b) afgerond € 2,2 miljard.

(ZPK4) en 196 bij beeldvormende diagnostiek. Op basis van de originele AGB-codes zijn deze aantallen respectievelijk 303 en 223. Dit aantal is hoog, mede doordat er op deze vormen van diagnostiek veel verschillende ZBC's actief zijn met elk afzonderlijk een relatief klein aantal diagnostische declaraties in beide categorieën per ZBC.

4.3.2 Typen aanbieders

In tabel 11 staat het aandeel van het totale aantal zorgactiviteiten per type aanbieder voor de twee meest voorkomende categorieën diagnostiek. De grote meerderheid van diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's wordt uitgevoerd in een ziekenhuis (> 90%). Daarnaast voeren ZBC's bij een aantal categorieën nog een deel uit. Bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) vindt ook nog 3% van de zorgactiviteiten plaats in een audiologisch centrum. Laboratoria hebben geen diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's.

Ziekenhuizen hebben ook het grootste aandeel in de totale geschatte omzet, zowel voor als na de extra schatting. Wel valt op in tabel 11 dat het percentage zorgactiviteiten waarbij een bedrag geschat kon worden o.b.v. de modus van corresponderende OZP's nogal verschilt tussen de typen aanbieders. Zo kon bij audiologische centra 0% geschat worden van de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4), terwijl bij ziekenhuizen 69% op deze manier een geschatte prijs had. Hierdoor is de verhouding tussen de verschillende typen aanbieders bij de omzet na de extra schatting bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) iets verschoven.

Tabel 11: Per type aanbieder (met de eerste twee cijfers van de AGB-code) het aandeel van het aantal en geschatte bedrag (o.b.v. het bedrag na de eerste schatting en tussen haakjes o.b.v. het bedrag na de extra schatting) en het percentage van het aantal zorgactiviteiten waarvoor een bedrag geschat kon worden o.b.v. de modus van de OZP's (eerste schatting).

Categorie (ZPK)	Ziekenhuis (06)			ZBC (22)			Audiologisch centrum (19)		
	Aantal	€ bedrag geschat	%	Aantal	€ bedrag geschat	%	Aantal	€ bedrag geschat	%
Diagnostische activiteiten (4)	91%	95% (90%)	69%	6%	5% (3%)	48%	3%	0% (7%)	0%
Beeldvormende diagnostiek (7)	97%	97% (97%)	95%	3%	3% (3%)	89%			

Weergegeven percentages (afgerond in hele procenten) zijn o.b.v. de originele AGB-codes. De percentages bleven afgerond ongewijzigd na de AGB-correctie. Er zijn nog enkele andere typen aanbieders, maar hun aandeel is in alle gevallen waar deze zorgactiviteiten voorkomen zeer beperkt (afgerond 0%). Daarom worden deze verder buiten beschouwing gelaten.

4.3.3 Reistijd en afstand

In tabel 12 worden de gemiddelde reistijd en afstand tussen patiënten en aanbieders per categorie diagnostiek en per type aanbieder weergegeven. Net als bij de OZP's is de reistijd en afstand tussen patiënt en ziekenhuis gemiddeld betrekkelijk kort bij beide categorieën diagnostiek (< 20 minuten/km). Bij de ZBC's is de reistijd/afstand wel wat groter, maar dit wordt vermoedelijk deels verklaard doordat ZBC's vaker meerdere locaties hebben, terwijl er in dit onderzoek maar één locatie per AGB-code geselecteerd is voor de reistijd/afstand (zie eerder bij de OZP's). Bij de categorie diagnostische activiteiten (ZPK4) zit de reistijd/afstand naar audiologische centra gemiddeld ongeveer tussen die van ziekenhuizen en ZBC's in. Omdat deze diagnostische zorgactiviteiten onderdeel van een dbc zijn, is het reizen naar verwachting niet alleen voor de diagnostiek, maar ook (en waarschijnlijk voornamelijk) voor de andere zorg binnen de dbc. Als er meer zorg nodig is na(ast) diagnostiek, wordt de keuze voor een bepaalde aanbieder

vermoedelijk (mede) door andere factoren bepaald dan wanneer de patiënt een keuze maakt voor uitsluitend diagnostiek.

Tabel 12: Gemiddelde reistijd in minuten en afstand in kilometer tussen aanbieder en patiënt per categorie diagnostiek en type aanbieder in 2017.

Categorie	Ziekenhuis (06)		ZBC (22)		Audiologisch centrum (19)	
	Reistijd	Afstand	Reistijd	Afstand	Reistijd	Afstand
Diagnostische activiteiten (4)	17,2	17,8	29,9	38,4	22,5	25,2
Beeldvormende diagnostiek (7)	17,5	18,2	32,2	42,0		

Gemiddelden zijn berekend o.b.v. de originele AGB-codes. Na AGB-codecorrectie is het verschil verwaarloosbaar.

4.3.4 Concentratie­maten

Voor de zorgactiviteiten binnen dbc's zijn concentratiematen alleen berekend o.b.v. aantallen; dit omdat gedeclareerde bedragen bij de individuele zorgactiviteiten ontbreken.

4.3.4.1 Landelijk

De resultaten voor heel Nederland staan in tabel 13. Landelijk zijn de HHI en CR4, vergelijkbaar met de HHI en CR4 bij de OZP's in dezelfde categorieën diagnostiek, ook hier laag bij diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7).

Tabel 13: Concentratie­maten (HHI en CR4 o.b.v. aantal) en het aantal AGB-codes met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek binnen dbc's in 2017 in heel Nederland, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	HHI aantal	CR4 aantal
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>		
Diagnostische activiteiten (4)	144	0,108
Beeldvormende diagnostiek (7)	163	0,118
<i>Originele AGB</i>		
Diagnostische activiteiten (4)	131	0,092
Beeldvormende diagnostiek (7)	150	0,106

Na de extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 (zie appendix tabel A1) blijven de resultaten vergelijkbaar.

4.3.4.2 Regionaal

Samenvattende statistieken voor de 25 veiligheidsregio's staan in tabel 14.¹¹⁵ Vergelijkbaar met de regionale concentratiematen bij de OZP's zijn de HHI en de CR4 regionaal gemiddeld beduidend hoger dan landelijk (gemiddelde HHI > 2400 en gemiddelde CR4 > 0,7 bij beide categorieën diagnostiek). Ook hier is er sprake van een behoorlijke variatie tussen de veiligheidsregio's in de mate van concentratie (zie o.a. minimum en maximum in tabel 14). De volledige concentratieresultaten per veiligheidsregio staan in de appendix tabel A3. Het aantal verschillende AGB-codes met minimaal 5 declaraties is groot in alle veiligheidsregio's bij beide categorieën diagnostiek (minimaal 93, zie tabel 14).

¹¹⁵ Aangezien de meeste diagnostische zorgactiviteiten plaatsvinden binnen ziekenhuis-dbc's is de veiligheidsregio naar verwachting een nog te ruime afbakening.

Tabel 14: Samenvattende beschrijvende statistieken voor de HHI, CR4 (o.b.v. aantal) en het aantal AGB-codes met minimaal 5 declaraties over alle 25 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek binnen dbc's in 2017, o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes en de originele AGB-codes.

	Gemiddelde (SD)	Mediaan	Minimum	Maximum
HHI				
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	2425 (796)	2234	1276	4074
Beeldvormende diagnostiek (7)	2803 (1077)	2510	1439	5246
<i>Originele AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	2290 (770)	2116	1111	4074
Beeldvormende diagnostiek (7)	2672 (1074)	2127	1276	5246
CR4				
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	0,785 (0,090)	0,788	0,619	0,938
Beeldvormende diagnostiek (7)	0,826 (0,081)	0,827	0,682	0,971
<i>Originele AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	0,776 (0,092)	0,787	0,569	0,938
Beeldvormende diagnostiek (7)	0,817 (0,081)	0,821	0,650	0,971
Aantal AGB-codes met ≥ 5 declaraties*				
<i>Gecorrigeerde AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	131,8 (18,7)	133	102	170
Beeldvormende diagnostiek (7)	111,5 (12,2)	112	93	138
<i>Originele AGB-codes</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	147,2 (23,0)	147	111	193
Beeldvormende diagnostiek (7)	122,4 (14,5)	122	101	152

SD = standaarddeviatie.

* Dit betreft het aantal AGB-codes waar inwoners uit een bepaalde veiligheidsregio zorg kregen (aanbieders kunnen ook buiten deze veiligheidsregio gevestigd zijn).

In tabel 15 zijn de resultaten van de concentratiematen in (dezelfde) twee veiligheidsregio's als voorbeeld volledig gepresenteerd. Bij beide categorieën diagnostiek is de mate van concentratie in IJsselland duidelijk hoger dan in Amsterdam-Amstelland (vergelijkbaar met de resultaten bij dezelfde twee categorieën diagnostiek bij de OZP's). Het aantal aanbieders met minimaal 5 declaraties is ook hoger in Amsterdam-Amstelland dan in IJsselland (eveneens vergelijkbaar met de OZP's).

Onder de veiligheidsregio's loopt het verschil tussen de berekende concentratiematen bij de zorgactiviteiten binnen dbc's en bij de OZP's in deze twee categorieën diagnostiek (o.b.v. aantal) soms behoorlijk uiteen. Bij een meerderheid van de regio's is de concentratie bij OZP's hoger (bij de 2 voorbeeldregio's 6 keer), maar omgekeerd komt ook voor (2 keer bij de voorbeeldregio's). Ook de grootte van het verschil varieert. Conclusies over de mate van concentratie bij zorgactiviteiten binnen dbc's zijn niet altijd even vergelijkbaar met die bij OZP's in dezelfde categorie diagnostiek en in dezelfde regio. In alle gevallen is het aantal verschillende aanbieders per veiligheidsregio hoger bij zorgactiviteiten binnen dbc's dan bij de OZP's in dezelfde categorie, maar ook hier kan de grootte van het verschil tussen regio's verschillen.

Tabel 15: Volledige resultaten van de concentratiematen o.b.v. aantal in 2 veiligheidsregio's per categorie diagnostiek binnen dbc's in 2017 o.b.v. de gecorrigeerde AGB-codes.

	Aantal totaal (x100.000)	HHI aantal	CR4 aantal	Aantal AGB- codes met ≥ 5 declaraties
<i>Amsterdam-Amstelland</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	5,18	1518	0,633	170
Beeldvormende diagnostiek (7)	5,63	1757	0,682	138
<i>IJsselland</i>				
Diagnostische activiteiten (4)	2,93	3163	0,882	118
Beeldvormende diagnostiek (7)	3,03	3768	0,907	106

4.4 Diagnostiek in andere zorgcategorieën en Vektis-databronnen

4.4.1 Huisartsenzorg (HAZ)

Door huisartsen wordt eveneens een deel van de eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd. In 2017 zijn dit bijna 3,5 miljoen declaraties met een gezamenlijke omzet van € 48,6 miljoen. De qua aantal meest voorkomende diagnostiek bij de huisarts is de prestatie 'materiaalkosten dipslides (urinegeweginfecties)' (20,2%), gevolgd door 'materiaalkosten teststrips bloedsuikerbepaling diabetespatiënten' (15,9%) en 'laboratoriumkosten' (13,2%). Kijkend naar de kosten, dan leveren enkele andere prestaties de grootste bijdrage aan de totale kosten: 'ECG-diagnostiek' met € 14,0 miljoen, 'longfunctiemeting' met 11,3 miljoen en '24-uursbloeddrukmeting' met € 6,7 miljoen.

4.4.2 Verloskunde en zwangerschapsdiagnostiek in MSZ en HAZ

In de verloskundedata zijn in 2017 bijna 590.000 diagnostische prestaties gedeclareerd, met een totale zvw-omzet van ongeveer € 36,5 miljoen. Voornamelijk is dit beeldvormende diagnostiek. Het grootste deel van de verloskundeprestaties wordt gedeclareerd door verloskundepraktijken/verloskundigen. Het aandeel dat uitgevoerd is door ziekenhuizen/medisch specialisten is klein in de verloskundedata.

In de MSZ komen bijna 86.000 OZP declaraties voor die (inhoudelijk) vergelijkbaar zijn met verloskundeprestaties. Gezamenlijk is de zvw-omzet € 9,5 miljoen. Ongeveer twee derde van deze OZP's is in ziekenhuizen uitgevoerd en ongeveer een derde in laboratoria. Binnen dbc's zijn dit ruim 430.000 zorgactiviteiten, met een geschat bedrag van € 35,5 miljoen. Deze prestaties worden meestal in ziekenhuizen uitgevoerd.

Binnen de huisartsenzorg komen wel met verloskundige diagnostiek vergelijkbare prestaties voor, maar deze worden maar weinig gedeclareerd. Dit waren nog geen 1.500 declaraties met een totale omzet van ongeveer € 60.000. Het huisartsen-aandeel is dus zeer klein vergeleken met de andere aanbieders van verloskundige diagnostische zorg.

4.4.3 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

In de GGZ komt relatief weinig diagnostiek voor: ongeveer 275.000 declaraties met een zvw-omzet van € 1,2 miljoen. De meeste declaraties en de meeste kosten zijn in de categorie klinische chemie & haematologie (ZPK8), gevolgd door overige laboratoriumverrichtingen (ZPK11). Deze declaraties worden voor het grootste deel (96,7%) ingediend door een psychiatrisch ziekenhuis (AGB-code startend met 0629).

5 Discussie en Vervolg

Op basis van Vektis-declaratiegegevens is in dit verkennende kwantitatieve onderzoek een eerste beeld geschetst van de verschillende deelsectoren van de medische diagnostiekmarkt. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relevantie van de resultaten voor het toezicht van de ACM. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf, waarin onder meer wordt ingegaan op de beperkingen van dit onderzoek.

5.1 Relevantie voor toezicht ACM

5.1.1 Omvang en verhouding

De resultaten in deze verkennende kwantitatieve studie zijn op een aantal punten relevant voor het toezicht van de ACM. Allereerst laten de resultaten in paragraaf 4.1 zien dat er sprake is van een aanzienlijke marktomvang in zowel aantallen prestaties (circa 144 miljoen) als totale omzet (circa € 3,3 miljard). Hiervan is meer dan 95% gedeclareerd in de MSZ. Aangezien de gemiddelde prijs per prestatie in de verschillende categorieën diagnostiek sterk verschilt, maakt het voor de bepaling van de omvang per categorie diagnostische OZP's in de totale MSZ sterk uit of deze wordt berekend op basis van aantallen prestaties of op basis van omzet (zie 4.2.1). Voor een goed beeld van de verhouding tussen marktpartijen die op een relevante markt verschillende categorieën diagnostiek aanbieden is het daarom van belang om vooral te kijken naar de gedeclareerde omzet en minder naar de aantallen prestaties.

Tevens is relevant voor toekomstige (concentratie)zaken dat binnen dbc's vrijwel alleen diagnostische activiteiten (ZPK4) en beeldvormende diagnostiek (ZPK7) voorkomen en dat deze diagnostiek beduidend vaker binnen dbc's voorkomt dan als OZP (zie 4.3.1). Als aanbieders in een zaak met name deze 2 categorieën diagnostiek aanbieden, is het van belang om hier bij de bepaling van hun marktposities rekening mee te houden door ook te kijken naar diagnostiek binnen dbc's. Bij de andere categorieën diagnostiek lijkt het voldoende om alleen naar de OZP declaraties te kijken.

Dit onderzoek bevat een mogelijke segmentering van de markten voor medische diagnostiek. De daarbij gehanteerde categorieën diagnostiek dienen als een goed eerste startpunt voor de productmarktafbakening in een concrete (concentratie)zaak. Het is daarbij mogelijk dat er in bepaalde gevallen een andere segmentering nodig is, bijvoorbeeld om zorginhoudelijk redenen. Hier zal in een specifieke (concentratie)zaak nader naar gekeken kunnen worden.

5.1.2 Diagnostiek vaak lokaal uitgevoerd

Dit onderzoek laat zien dat diagnostiek over het algemeen lokaal wordt uitgevoerd, dicht bij de patiënt. Zowel bij de OZP's als de diagnostiek binnen dbc's is voor vrijwel alle categorieën sprake van een relatief korte gemiddelde reistijd/afstand tussen patiënt en aanbieder (i.e. voor veel categorieën diagnostiek gemiddeld minder dan 20 tot 30 minuten/kilometer, zie 4.2.3 en 4.3.3). Dit geldt ook voor de categorieën diagnostiek waarbij de patiënt (voor in ieder geval een deel van de diagnostiek) niet zelf naar de centrale onderzoekslocatie hoeft te gaan, maar ook geholpen kan worden bij een lokaal prikpunt. Ondanks dat de onderzoekslocatie ook verder van deze prikpunten kan liggen, lijkt hier op basis van deze resultaten gemiddeld genomen dus (nog) beperkt gebruik van gemaakt te worden. In een concrete (concentratie)zaak kan nader onderzocht worden in hoeverre het aannemelijk is dat patiënten/verwijzers zouden kiezen voor een nieuw prikpunt van een aanbieder met een centrale onderzoekslocatie verder weg. Als dit minder aannemelijk is, bijvoorbeeld omdat er een voorkeur is voor aanbieders met een grote

lokale naamsbekendheid, kan dit een mogelijke drempel vormen voor aanbieders uit andere regio om hun prikpunten- en transportnetwerk naar een nieuwe regio uit te breiden.

5.1.3 Sterke regionale concentratie

Uit dit onderzoek blijkt dat de marktconcentratie op nationaal niveau laag is voor de verschillende categorieën diagnostiek. Een analyse op het niveau van de 25 veiligheidsregio laat echter zien dat de marktconcentratie per regio in de meeste gevallen juist (zeer) hoog is: een groot deel van de diagnostiek wordt door enkele grote(re) aanbieders in de regio uitgevoerd. Op diagnostiekmarkten die mogelijk kleiner zijn dan de veiligheidsregio zou de concentratiegraad mogelijk (nog) hoger zou kunnen uitkomen. Als het voordeel verkregen door de grotere schaal van deze aanbieders ten goede komt aan de patiënten en de samenleving, bijvoorbeeld in de vorm van lagere prijzen, snellere en/of nauwkeurigere resultaten en investering in innovatie, dan kan een hogere mate van concentratie de zorg ten goede komen. Een hogere mate van concentratie kan echter ook mededingingsrisico's met zich meebrengen, omdat aanbieders met een groot marktaandeel en meer marktmacht de mogelijkheid en prikkel kunnen hebben om deze voordelen zelf te behouden (bijv. door gebrek aan concurrentie de tarieven verhogen, minder letten op de kwaliteit en niet of minder investeren in innovatie). Zorgverzekeraars kunnen als inkopers van diagnostiek invloed hebben op de prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en innovatie door scherp in te kopen of regionaal selectief te contracteren. Hierdoor worden aanbieders gestimuleerd om hierin te blijven investeren. Hiervoor is het wel van belang dat er voldoende verschillende aanbieders zijn waar verzekeraars uit kunnen kiezen.

De ACM heeft in dit onderzoek, mede vanwege de praktische uitvoerbaarheid, gekeken naar de mate van concentratie op één regionaal niveau (naast landelijk), namelijk het niveau van de veiligheidsregio's (zie hoofdstuk 3). Dit betekent niet dat deze regio's hiermee ook als de relevante markten worden gezien door de ACM ten behoeve van de beoordeling van (concentratie)zaken. In voorliggende zaken zal per relevante productmarkt nader onderzocht moeten worden wat de relevante geografische markt is, waarbij – naast reistijd/afstand – rekening wordt gehouden met verschillende andere aspecten van de betreffende diagnostiekmarkt (bijv. het aantal al actieve aanbieders en de mogelijkheid om toe te treden of uit te breiden). Zo is in eerdere concentratiezaken door de ACM uitgegaan van een landelijke markt, omdat aannemelijk geacht werd dat aanbieders op de betreffende productmarkt hun werkgebied vrij eenvoudig konden uitbreiden (zie 2.3.2).

5.1.4 Schakelrol tussen eerste en tweede lijn

Doordat diagnostiek ook belangrijk is bij de bepaling of en welke vervolgzorg nodig is, kan een aanbieder een sterke positie op de diagnostische markten mogelijk gebruiken om zijn positie op andere zorgmarkten te versterken. Bij eerstelijnsdiagnostiek is er doorgaans een keuze voor een ander type aanbieder (bijv. ziekenhuis, laboratorium of ZBC) dan het type van de verwijzer (vaak huisartsen, die zelf maar een klein deel van de diagnostiek uitvoeren, zie 4.1). Als deze aanbieder een breed zorgaanbod heeft (bijv. een ziekenhuis dat ook diverse behandelingen uitvoert, in tegenstelling tot een onafhankelijk laboratorium dat dit niet doet) en de diagnostiek wijst uit dat er meer zorg nodig is, dan is de kans mogelijk groter dat de patiënt daar blijft voor de vervolgzorg. Uit eerder onderzoek is immers gebleken dat patiënten vaak terugkeren naar een eerder bezocht ziekenhuis en dat het ziekenhuis waar de diagnose gesteld was vaker ook het eerste aanspreekpunt was voor de behandeling van kankerpatiënten.¹¹⁶ Bij tweede-/derdelijnsdiagnostiek zal dit naar verwachting minder een rol spelen, omdat hier vermoedelijk (indien mogelijk) in eerste instantie doorgaans binnen dezelfde zorgorganisatie zal worden doorverwezen.

¹¹⁶ Engelen en Dingemans (2019); Menting, Van 't Veer en Kemp (2020); Victoor en Rademakers (2015).

Uit dit onderzoek volgt dat het aantal diagnostische OZP declaraties in de MSZ groot is en dat er bij verschillende categorieën diagnostiek sprake is van een groot aantal OZP's met een huisarts als verwijzer (zie paragraaf 4.2.1 en 4.2.4). Hoewel er niet bij elke individuele diagnostische OZP met een huisarts als verwijzer opnieuw een keuze gemaakt wordt welke diagnostiek wordt aangevraagd/uitgevoerd en bij welke aanbieder¹¹⁷, is het grote aantal diagnostische OZP declaraties met een huisarts als verwijzer wel een indicatie dat er vaak sprake is van een mogelijk keuzemoment voor een bepaalde zorgaanbieder. Het aandeel van prestaties met een huisarts als verwijzer is groot bij zowel laboratoriumcategorieën (vaak met afname bij een prikpunt) als categorieën waarbij de patiënt wel zelf op de onderzoekslocatie moet zijn. Hoewel de bekendheid met de aanbieder in beide gevallen waarschijnlijk wel wat verhoogd is, is de verwachting dat met name de door de patiënt zelf bezochte aanbieders een grotere kans hebben om ook voor eventuele vervolgzorg gekozen te worden. Mede gelet op het relatief grote aandeel van ziekenhuizen bij diagnostische OZP's (zie 4.2.2) zou diagnostiek voor patiënten mogelijk dus regelmatig een manier zijn om bekend(er) te raken met een ziekenhuis.

5.1.5 Ontwikkeling tarieven na loslaten maximum

In 2017 was er nog sprake van maximumtarieven voor diagnostische OZP's (vanaf 2020 zijn de tarieven voor de meeste vormen van eerstelijnsdiagnostiek vrijgegeven). Daarom heeft de ACM in dit onderzoek per categorie diagnostiek en per type aanbieder gekeken naar de verhouding van de gedeclareerde bedragen t.o.v. de maximumtarieven van de NZa. Op deze manier wordt rekening gehouden met eventuele verschillen in de case-mix van de diagnostiekactiviteiten bij de verschillende typen aanbieders (in tegenstelling tot een vergelijking van absolute bedragen).

Uit dit onderzoek volgt dat de tarieven bij een deel van de categorieën diagnostiek voornamelijk op/net onder het maximumtarief zitten in 2017 (zie paragraaf 4.2.5). Dit is een aanwijzing dat het tariefniveau bij deze diagnostiek mogelijk meer werd beïnvloed door de begrenzing van de tarieven dan door concurrentie. Door het vervallen van de (door de overheid bepaalde) bovengrens vanaf 2020 zouden de prijzen mogelijk kunnen stijgen. Dit maakt het nu relevanter om in (concentratie)zaken naar mogelijke prijseffecten te kijken dan voor het vrijgeven van de tarieven. Dit geldt in het bijzonder bij categorieën diagnostiek waar de prijzen voorheen vaak op/net onder het maximum zaten (en er voorheen geen/weinig ruimte was voor het ontstaan van prijseffecten).

Dit onderzoek laat ook zien dat in vergelijking met ziekenhuizen de tarieven van laboratoria vaker aan de hogere kant zitten van de verdeling ten opzichte van de maximumtarieven. Een relevante vraag voor het toezicht van de ACM is waar dit door verklaard kan worden. Mogelijk zijn de kosten van laboratoria in verhouding hoger doordat ziekenhuizen mogelijk een deel van de gedeelde kosten goed kunnen maken op markten met minder concurrentiedruk. Een andere verklaring kan zijn dat ziekenhuizen minder commercieel opereren dan onafhankelijke laboratoria of andere prikkels hebben dan het maximale halen uit hun marktpositie. Aan de andere kant kunnen ziekenhuizen een prikkel hebben om relatief lage prijzen voor diagnostiek te rekenen om zo vervolgzorg binnen te halen. De marge wordt vervolgens behaald op de vervolgzorg. Als in (concentratie)zaken wordt gekeken naar mogelijke prijseffecten, is het daarom ook van belang om rekening te houden met het type aanbieder. Mogelijk verschilt de prijszetting van diagnostiek tussen verschillende typen aanbieders, bijv. vanwege andere prikkels en/of kostenstructuren.

¹¹⁷ Bijv. periodiek monitoren van dezelfde waarden zoals bij trombose, meerdere klinisch chemische zorgactiviteiten bij één bloedafname, of een verwijzing door de huisarts voor meerdere onderzoeken tegelijk.

5.2 Tot slot

5.2.1 Beperkingen van dit onderzoek

Dit verkennende kwantitatieve onderzoek geeft eerste inzichten over de markten voor medische diagnostiek, bruikbaar voor het toezicht door de ACM. Er is echter een aantal beperkingen. Zo zijn voor dit onderzoek primair declaratiegegevens uit 2017 gebruikt. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, zijn er sinds 2017 verschillende ontwikkelingen geweest die mogelijk de inrichting van de markten voor medische diagnostiek hebben beïnvloed en/of verder zullen beïnvloeden. Naar aanleiding van dit onderzoek is het niet mogelijk om iets te zeggen over ontwikkelingen na 2017, waaronder de prijsontwikkelingen na het vrijgeven van de maximumtarieven en de mogelijke (blijvende) gevolgen van de coronapandemie. Hiervoor zijn recentere declaratiegegevens en/of informatie uit andere (kwalitatieve) bronnen nodig. De resultaten van dit onderzoek kunnen wel een basis vormen om toekomstige resultaten van vergelijkbare analyses in latere jaren mee te vergelijken.

Net als eerder in 2008¹¹⁸ is het aandeel van de geschatte omzet van diagnostische zorgactiviteiten binnen dbc's in dit onderzoek groot ten opzichte van de totale omzet voor medische diagnostiek. Dit aandeel kon alleen geschat worden. Het aandeel van diagnostiek in de gehele dbc-omzet is niet vast te stellen vanuit de declaratiegegevens, omdat alleen de totale dbc-waarde wordt gedeclareerd. De ACM heeft de prijs van corresponderende OZP's (indien mogelijk met dezelfde declaratiecode, anders het gemiddelde binnen dezelfde categorie diagnostiek) gebruikt als indicatie voor de interne verrekenprijs. Hoewel deze schatting enige indicatie geeft, is meer inzicht nodig in wat de werkelijk gemaakte kosten zijn per zorgactiviteit, categorie diagnostiek en (type) aanbieder. Daarnaast is het de vraag of alle diagnostiek in de tweede/derde lijn terug te vinden is in de declaratiegegevens, aangezien is gebleken dat sommige categorieën diagnostische OZP's (klinische chemie & haematologie (ZPK8), medische microbiologie & parasitologie (ZPK9) en pathologie (ZPK10)) slechts beperkt op verzoek van de tweede/derde lijn voorkomen en deze categorieën diagnostiek daarnaast (vrijwel) niet als losse zorgactiviteit in dbc's zijn gedeclareerd. Omdat het onwaarschijnlijk is dat dergelijke diagnostiek zo weinig voorkomt op verzoek van de tweede/derde lijn (bijv. testen van bepaalde bloedwaarden tijdens een ziekenhuisopname), worden deze vermoedelijk op een andere manier bekostigd dan als OZP of als aparte zorgactiviteit binnen een dbc. Mogelijk zijn de kosten voor deze diagnostiek onderdeel van de algemene kosten binnen een dbc. Voor meer inzicht in dit deel van de diagnostiekmarkt is aanvullende (kwalitatieve) informatie nodig, bijvoorbeeld van ziekenhuizen en hun wijze van berekening/kostprijsbepaling.

Voor het bepalen van onder meer het aantal zorgaanbieders, het type zorgaanbieders en de mate van concentratie heeft de ACM getracht om zo goed mogelijk te achterhalen welke aanbieders van diagnostiek in de MSZ onderdeel zijn van dezelfde groep.¹¹⁹ AGB-codes in de declaratiegegevens kunnen immers een zelfstandige aanbieder weergeven, maar ook een locatie van een grotere organisatie. Daarnaast kunnen er fusies of overnames plaatsgevonden hebben die (nog) niet zichtbaar zijn in de gebruikte declaratiegegevens. Het is mogelijk dat (nog) niet alle in 2017 bij elkaar horende AGB-codes (correct) zijn aangepast. De verwachting is overigens dat eventuele verdere aanpassingen niet veel effect zullen hebben op de huidige onderzoeksresultaten.

Tot slot is in dit onderzoek uitsluitend gekeken naar zvw-declaratiegegevens. Diagnostiek die op een andere manier gefinancierd is, is buiten beschouwing gelaten. Andere data-/informatiebronnen zijn nodig om ook dat deel van de diagnostiekmarkten in kaart te brengen.

¹¹⁸ Plexus (2010).

¹¹⁹ Vanwege het grote aantal AGB-codes wel met meer aandacht voor de grotere aanbieders van diagnostiek.

5.2.2 Vervolg

Hoewel deze verkennende kwantitatieve studie, ondanks de beperkingen, een goed eerste beeld geeft van marktkenmerken van de verschillende medische diagnostiekmarkten, is aanvullend kwalitatief onderzoek nodig om de resultaten beter te kunnen duiden. Daarnaast is meer zicht nodig op de verschillende ontwikkelingen na 2017, die van invloed geweest kunnen zijn op de ontwikkeling van deze markten. De ACM wil daarom als vervolg op deze kwantitatieve studie graag in gesprek met verschillende partijen in de sector.

6 Literatuurlijst

Autoriteit Consument en Markt (2013). [Stichting Noordelijke Laboratorium Groep](#) en Stichting Klinisch Chemisch Laboratorium Leeuwarden (concentratiebesluit).

Autoriteit Consument en Markt (2017a). Stichting SHL-Holding, Stichting Regionale Trombosediensten Breda en [Stichting Star-Medisch Diagnostisch Centrum mogen fuseren](#).

Autoriteit Consument en Markt (2017b). Besluit: [goedkeuring van de concentratie tussen Stichting Certe Medische Diagnostiek en Advies en Stichting Izore \(Centrum Infectieziekten Friesland\)](#).

Autoriteit Consument en Markt (2018a). [ATAL-Medial mag de laboratoriumactiviteiten en trombosezorg van MC IJsselmeerziekenhuizen B.V., Slotervaartziekenhuis B.V. en Medisch Diagnostisch Centrum Amstelland overnemen](#).

Autoriteit Consument en Markt (2018b). [Unilabs Diagnostics AB mag Medlon B.V. overnemen](#) (concentratiebesluit).

Autoriteit Consument en Markt (2020). [Unilabs mag Saltro overnemen \(concentratiebesluit\)](#).

Autoriteit Consument en Markt (2021). [Unilabs Nederland mag SHO Groep overnemen](#) (concentratiebesluit).

Autoriteit Consument en Markt (2022). [Eurofins Holding mag PAMM overnemen \(concentratiebesluit\)](#).

Boer & Croon (2013). [Medische laboratoria](#). Amsterdam, 28 mei 2013. Gedownload op 3 december 2020.

Coöperatie VGZ (2019). Inkoopbeleid Diagnostiek en Trombosezorg 2020. Gedownload op 15 december 2020.

Coöperatie VGZ (2020a). Inkoopbeleid Diagnostiek en Trombosezorg 2021. Gedownload op 15 december 2020.

Coöperatie VGZ (2020b). [Veelgestelde vragen - Diagnostiek & trombosezorg 2020](#). Geraadpleegd op 10 december 2020.

Coöperatie VGZ (2021). Inkoopbeleid diagnostiek en trombosezorg 2022. Gedownload op 11 januari 2022.

CZ (2021). Zorginkoopbeleid eerstelijnsdiagnostiek 2022. Gedownload op 14 februari 2022.

Engelen, V. & Dingemans, I. (2019). [Een ziekenhuis kiezen bij kanker: wat vind jij belangrijk?](#) Utrecht: Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

Menting, B., Van 't Veer, L. & Kemp, R. (2020). [Wat bepaalt de ziekenhuiskeuze van borstkankerpatiënten?](#) Ned Tijdschr Geneeskd. 164:D4742.

Menzis (2019). [Menzis contracteert Certe als preferente aanbieder](#) van diagnostiek en trombosezorg in het Noorden. Geraadpleegd op 15 december 2020.

Menzis (2021). Zorginkoopbeleid Diagnostiek en antistollingszorg 2022. Gedownload op 15 februari 2022.

Nederlandse Zorgautoriteit (2011). [Advies eerstelijnsdiagnostiek: diagnostiek onderzocht](#). Gedownload op 3 december 2020.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). [Beleidsregel BR/CU-2110](#): Transitie huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014). [Tariefbeschikking Eerstelijnsdiagnostiek TB/CU-7102-03](#).

Nederlandse Zorgautoriteit (2016). [Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige producten](#) per 1 januari 2017. Gedownload op 20 augustus 2020.

Nederlandse Zorgautoriteit (2017). [Document wijzigingen dbc-release RZ18b](#), ingangsdatum 1 januari 2018, V20170921. Gedownload op 5 maart 2020.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018a). [Signalering tarieven medisch-specialistische zorg](#).

Nederlandse Zorgautoriteit (2018b). [Zorgactiviteiten Tabel, v20180426](#). Gedownload op 27 maart 2020.

Nederlandse Zorgautoriteit (2019). [Document wijzigingen dbc-release RZ20a](#), ingangsdatum 1 januari 2020, v20190425. Gedownload op 5 maart 2020.

Plexus (2010). [Rapportage: business case eerstelijns diagnostiek](#). Gedownload op 31 januari 2019.

Raemakers, H. (2017). [Izore en Certe zorgen voor vrij baan consolidatie](#) medische microbiologie. Blog TwynstraGudde, 14 september 2017.

Stokmans, D. & Lievisse Adriaanse, M. (2020). [Het testbeleid van de minister: te laat, te traag](#) en niet goed doordacht. NRC.nl, 30 november 2020.

TwynstraGudde (2022). [Spreiding en concentratie in de zorg](#): zelf grip krijgen op de revolutie in de medische diagnostiek. Geraadpleegd op 15 februari 2022.

Van Ark, E. & Strop, J-H. (2020). [Hoe 'testen, testen, testen' stukliep](#) op een muur van eigenbelang. Follow the Money, 11 september 2020.

Vektis (2018). Prestatiecode huisartsenhulp. Datum update 2 augustus 2018. Gedownload op 24 december 2018.

Vektis (2019). Prestatiecodelijst verloskundige hulp. Datum update 18 oktober 2019. Gedownload op 28 september 2020.

Vermeer, K. (2019). Kansen en nieuwe rollen voor medische diagnostiek. Laboratoriumgeneeskunde, jaargang 2, nummer 1, p. 43-45.

Victoor, A. & Rademakers, J. (2015). [Waarom kiezen patiënten niet voor het 'beste' ziekenhuis?](#) Ned Tijdschr Geneeskd. 159:A8164.

wetten.overheid.nl (2013). [Aanwijzing invoering prestatiebekostiging diagnostiek](#). Geraadpleegd op 10 december 2020.

wetten.overheid.nl (2019). Besluit [aanwijzing ex artikel 7 Wet marktordening gezondheidszorg](#) (vrijgeven tarieven eerstelijnsdiagnostiek medisch specialistische zorg). Geraadpleegd op 10 december 2020.

Wilman, S. (2019a). [Verzet tegen inkoopbeleid diagnostiek VGZ groeit](#). Zorgvisie, 30 september 2019.

Wilman, S. (2019b). [VGZ schuift met regie bij inkoop diagnostiek](#). Zorgvisie, 11 oktober 2019.

Zilveren Kruis (2021). Inkoopbeleid eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg 2022. Versie 2.0. Gedownload op 14 februari 2022.

Zilveren Kruis (2022). [Beleid en contract eerstelijnsdiagnostiek & trombosezorg](#). Geraadpleegd op 14 februari 2022.

Zorginstituut Nederland (2020). [Rapport verdiepende analyses zorglasten Zvw 2014-2018](#). J.W. Dik, C.E. van Dijk, M. ten Koppel, R. Poelman en S. Vink. Rapportversie 3.0 (18-3-2020). Gedownload op 11 juni 2020.

Zorginstituut Nederland (2021). [Rapport verdiepende analyses zorglasten Zvw 2016-2020](#). M. ten Koppel, J.W. Dik, C.E. van Dijk, S. Vink, P. Beekers en N.D. Vlieland. Rapportversie 1.0 (27-10-2021). Gedownload op 11 januari 2022.

7 Appendix

Appendix tabel A1: AGB-codes die gecorrigeerd zijn voor de berekening van de concentratiematen (bijv. vanwege een fusie, aparte AGB-codes voor locaties of dochterondernemingen van één organisatie).

AGB-code origineel	Naam originele AGB-code	AGB-code na correctie	Naam na correctie/samenvoegen of van moederorganisatie	Type aanbieder na AGB-correctie	Extra correctie voor wijzigingen in/vlak na 2017 †
06010205	Ziekenhuis Tjongerschans	06010210	Zorgpartners Friesland		
06010210	Medisch Centrum Leeuwarden	06010210	Zorgpartners Friesland		
06010305	Isala Diaconessenhuis	06010420	Isalaklinieken		
34009276	INR Trombosedienst	06010518	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	06	
34009277	Stichting Antistollingscentrum Oost-Nederland	06010530	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	06	
34009220	Stichting Diagnostisch Centrum Noordwest-Veluwe	06010533	Ziekenhuis St. Jansdal	06	
50009038	Stichting Diagnostisch Centrum Noordwest-Veluwe	06010533	Ziekenhuis St. Jansdal	06	
34009243	Stichting Zeister Trombosedienst	06010618	Diakonessenhuis	06	
06010841	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	06010620	St. Antonius Ziekenhuis		
34009287	Starlet	06010702	Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep	06	
50009626	Starlet	06010702	Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep	06	
54540051	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (PP)	06010713	Stichting OLVG	06	
06010751	Stichting Waterlandziekenhuis	06010752	Stichting Ziekenhuizen West-Friesland en Waterland		
22227165	Groene Hart Extra Zorg	06010855	Groene Hart Ziekenhuis	06	
06010850	Stichting LangeLand Ziekenhuis	06010857	Reinier Haga Groep		
06010857	Reinier de Graaf Gasthuis	06010857	Reinier Haga Groep		
06010862	HagaZiekenhuis	06010857	Reinier Haga Groep		
06010832	Sint Franciscus Gasthuis	06010867	Franciscus Gasthuis & Vlietland Groep		
06010860	Vlietland Ziekenhuis	06010867	Franciscus Gasthuis & Vlietland Groep		

34009278	Stichting Trombosedienst Ziekenhuis Bernhoven	06011032	Bernhoven	06
50009615	Stichting Diagnostisch Centrum & Trombosedienst Ziekenhuis Bernhoven	06011032	Bernhoven	06
22220339	Bravis Zorg	06011036	Stichting Bravis Ziekenhuis	06
50009077	St. Pathologisch en Cytologisch Lab. West-Brabant	06011036	Stichting Bravis Ziekenhuis	06
54540037	Tweesteden Ziekenhuis (PAAZ)	06011037	Stichting Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis	06
06281101	Ciro+ (Academisch Slaapcentrum Giro+)	06011104	Ciro+	
22220113	Stichting VieCuri-Vitaal	06011115	VieCuri, Medisch Centrum voor Noord-Limburg	06
34009224	Trombosedienst Oostelijk Zuid Limburg	06011118	Stichting Zuyderland Medisch Centrum	06
41413113	Stichting Zuyderland Zorg	06011118	Stichting Zuyderland Medisch Centrum	06
51000976	Stichting Klinisch-Genetisch Centrum Nijmegen e.o.	06020502	Stichting Katholieke Universiteit Radboudumc	06
51000977	UMC/Divisie Medische Genetica, Wilhelmina	06020602	Universitair Medisch Centrum Utrecht	06
34009230	Stichting Trombosedienst Leiden	06020801	Leids Universitair Medisch Centrum	06
54540005	Leids Universiteir Medisch Centrum (PUK)	06020801	Leids Universitair Medisch Centrum	06
06010830	Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten	06020806	Erasmus Medisch Centrum	
19009326	Pento Audiologisch Centrum Friesland	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009327	Pento Audiologisch Centrum Twente	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009328	Pento Audiologisch Centrum Zwolle	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009329	Pento Audiologisch Centrum Amersfoort	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009352	Pento Audiologisch Centrum Drenthe	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009356	Pento Audiologisch Centrum Apeldoorn	19009326	Pento Audiologisch Centrum	
19009357	Stichting Audiologisch Centrum Utrecht	19009326	In 2017 Pento Audiologisch Centrum	Ja
19009331	Stichting Kentalis Zorg (AC Amsterdam)	19009331	Stichting Kentalis Zorg	
19009334	Stichting Kentalis Zorg (AC Den Haag)	19009331	Stichting Kentalis Zorg	
19009349	Stichting Kentalis Zorg (AC Sint-Michielsgestel)	19009331	Stichting Kentalis Zorg	
19009353	Stichting Kentalis Zorg (AC Arnhem)	19009331	Stichting Kentalis Zorg	

06161008	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie	19009335	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie
19009335	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie (Eindhoven)	19009335	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie
19009337	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie (Tilburg)	19009335	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie
19009338	Stichting Adelante Zorg (AC Hoensbroek)	19009338	Stichting Adelante Zorg
19009354	Stichting Adelante Zorg (AC Venlo)	19009338	Stichting Adelante Zorg
22220006	Stichting DCA (DC Klinieken) (Tesselschade)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220007	Stichting DCA (DC Klinieken) (Lairesse)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220089	Stichting DCA (DC Klinieken) (Den Haag)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220129	Stichting DCA (DC Klinieken) (Maastricht)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220208	Stichting DCA (DC Klinieken) (Rotterdam)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220209	Stichting DCA (DC Klinieken) (Voorschoten)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220211	Stichting DCA (DC Klinieken) (Almere)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220309	Stichting DCA (DC Klinieken) (Schiedam)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220452	Stichting DCA (DC Klinieken) (Alkmaar)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220453	Stichting DCA (DC Klinieken) (Roermond)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22220785	Stichting DCA (DC Klinieken) (Dokkum)	22220006	Stichting DCA (DC Klinieken)
22221028	Bergman Rijswijk	22220012	Bergman Medical Care
22220029	Medinova Kliniek Klein Rosendaal	22220029	NL Healthcare Clinics
22220030	Medinova Kliniek Zestienhoven	22220029	NL Healthcare Clinics
22220075	Stichting Zorggroep Zonnestraal	22220029	NL Healthcare Clinics
22220168	Stichting Orthopedium	22220029	NL Healthcare Clinics
22220276	Stichting Nedspine	22220029	NL Healthcare Clinics
22220402	Stichting Dermicis	22220029	NL Healthcare Clinics
22220410	Stichting Medinova Kliniek Breda	22220029	NL Healthcare Clinics
22220043	Annatommie MC - Centra voor Orthopedie	22220043	Annatommie MC - Centra voor Orthopedie

22220071	Stichting MRI Diagnostiek Rotterdam	22220070	Stichting MRI Diagnostiek	
22220123	Stichting MRI Diagnostiek Den Bosch	22220070	Stichting MRI Diagnostiek	
22220077	Mauritsklinieken (Den Haag Mauritskade)	22220077	Mauritsklinieken	
22220121	Mauritsklinieken (Utrecht)	22220077	Mauritsklinieken	
22220134	Mauritsklinieken (Nijmegen)	22220077	Mauritsklinieken	
22220366	Mauritsklinieken (Den Haag Louis Couperusplein)	22220077	Mauritsklinieken	
22220412	Mauritsklinieken (Amsterdam)	22220077	Mauritsklinieken	
22220464	Stichting Polidirect (Haarlem)	22220464	Stichting Polidirect	
22220727	Stichting Polidirect (Amsterdam)	22220464	Stichting Polidirect	
22220728	Stichting Polidirect (Tilburg Prinsenhoeven)	22220464	Stichting Polidirect	
22220754	Stichting Polidirect (Ravenstein)	22220464	Stichting Polidirect	
22220895	Stichting Polidirect (Alkmaar)	22220464	Stichting Polidirect	
22220970	Stichting Polidirect (Eindhoven)	22220464	Stichting Polidirect	
22220808	Stichting Medisch Centrum Bloemendaal Dermatologie	22220776	Stichting Medisch Centrum Bloemendaal	
22220278	Stichting Xpert Clinic (Hilversum)	22220815	Stichting Xpert Clinic	
34009099	Stichting Regionale Trombosedienst Breda	34009099	In 2017 Star-SHL (50009601)	Ja
34009229	Stichting Trombosedienst Friesland Noord	34009229	Per 1-1-2018 bij Stichting Certe (50009062)	Ja
34009279	Stichting Atal-Medial	50009044	Stichting Atal-Medial	
50009044	Stichting Atal-Medial	50009044	Stichting Atal-Medial	
34009281	Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	50009046	Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	
50009046	Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	50009046	Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	
22220265	Diagnostiek voor U	50009052	Diagnostiek voor U	50
36008124	Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam	50009057	Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam	50
34009222	Certe Trombosedienst	50009062	Stichting Certe	
50009032	Stichting Certe Huisartsenlaboratorium Noord	50009062	Stichting Certe	

50009062	Stichting Certe Medische Diagnostiek en Advies	50009062	Stichting Certe	
50009066	Klinisch Chemisch Laboratorium	50009062	Stichting Certe	
50009065	Stichting Izore (Centrum Infectieziekten Friesland)	50009065	In 2017 fusie met Stichting Certe (50009062)	Ja
50009601	Star-SHL	50009601	Eerst SHL Groep, in 2017 Star-SHL	
34009050	St. Star-Medisch Diagnostisch Centrum (Star-MDC) Trombosedienst	50009611	In 2017 Star-SHL (50009601)	Ja
50009611	St. Star-Medisch Diagnostisch Centrum (Star-MDC) Artsenlab	50009611	In 2017 Star-SHL (50009601)	Ja

Type aanbieder na AGB-correctie is alleen weergegeven als deze anders is geworden dan voor de correctie. Bij de overige gevallen bleef dit ongewijzigd. Bij aanbieders die zowel een laboratoriumcode als een trombosedienstcode hebben, is type aanbieder niet aangepast, maar is er voor de bepaling van de concentratiematen wel slechts één AGB-code voor beide onderdelen gebruikt.

† Ja = er was een wijziging in/vlak na 2017. De gecorrigeerde AGB-code staat tussen haakjes in de kolom met de naam na correctie.

Appendix tabel A2: Concentratiegegevens (HHI en CR4, o.b.v. aantal en bedrag, berekend met de gecorrigeerde AGB-codes) en het aantal AGB-codes met minimaal 5 declaraties per categorie diagnostiek bij de overige zorgproducten in 2017 in alle veiligheidsregio's.

Veiligheidsregio	Categorie diagnostiek	Aantal totaal (x100.000)	Bedrag totaal (x1.000.000)	HHI aantal	HHI bedrag	CR4 aantal	CR4 bedrag	Aantal AGB-codes met ≥ 5 declaraties
Amsterdam-Amstelland	Diagnostische activiteiten (4)	0,22	1,58	1687	1787	0,624	0,640	36
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,66	12,09	2087	1713	0,749	0,690	92
	Klinische chemie & haematologie (8)	46,99	15,31	2063	2053	0,830	0,823	102
	Microbiologie & parasitologie (9)	5,61	8,46	2271	2597	0,818	0,831	83
	Pathologie (10)	0,21	1,76	1319	1244	0,643	0,625	37
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,32	0,31	4842	2714	0,856	0,768	45
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,08	7,62	2919	3003	0,856	0,862	9
	Trombose	6,04	5,49	8303	7411	0,982	0,981	49
Brabant-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	0,18	1,29	2260	2218	0,863	0,855	29
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,28	8,25	3010	2563	0,892	0,836	66
	Klinische chemie & haematologie (8)	37,03	11,70	2532	2514	0,910	0,909	92
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,89	3,48	4830	4762	0,925	0,929	66
	Pathologie (10)	0,12	1,06	6517	5768	0,935	0,914	22
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,23	0,24	3262	3236	0,843	0,857	30
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	4,41	4984	4894	0,901	0,903	9
	Trombose	7,76	5,19	3649	3664	0,991	0,972	41
Brabant-Zuidoost	Diagnostische activiteiten (4)	0,33	2,54	3027	2769	0,878	0,881	28
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,52	10,40	1847	1540	0,797	0,714	67
	Klinische chemie & haematologie (8)	38,96	13,02	4276	4272	0,956	0,955	84
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,14	4,29	4331	4427	0,949	0,950	66
	Pathologie (10)	0,13	1,15	7252	6394	0,914	0,893	26
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,32	0,23	3977	3524	0,933	0,895	29
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,06	5,76	3302	3445	0,890	0,900	9
	Trombose	7,85	5,53	4562	4239	0,995	0,988	31

Drenthe	Diagnostische activiteiten (4)	0,13	0,94	1522	1823	0,671	0,732	18
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,95	5,94	3140	2592	0,917	0,880	49
	Klinische chemie & haematologie (8)	28,27	8,90	2470	2547	0,879	0,889	79
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,46	3,86	6849	7133	0,977	0,969	50
	Pathologie (10)	0,13	1,17	2140	2183	0,835	0,825	15
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,08	0,10	1892	1945	0,757	0,767	21
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	3,86	5183	5102	0,901	0,902	9
	Trombose	5,85	5,08	2705	2608	0,968	0,939	34
Flevoland	Diagnostische activiteiten (4)	0,11	0,90	2143	2057	0,791	0,822	28
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,78	5,09	2619	2275	0,868	0,788	64
	Klinische chemie & haematologie (8)	18,35	6,00	2240	2262	0,857	0,864	88
	Microbiologie & parasitologie (9)	1,99	2,75	2406	2544	0,784	0,801	65
	Pathologie (10)	0,08	0,65	2745	2346	0,836	0,782	21
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,07	0,13	1445	2394	0,691	0,801	22
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,03	3,19	2360	2340	0,832	0,849	9
	Trombose	2,68	2,91	7256	6687	0,979	0,960	36
Fryslân	Diagnostische activiteiten (4)	0,14	1,04	2625	2770	0,863	0,888	22
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,96	5,53	2869	2422	0,949	0,849	60
	Klinische chemie & haematologie (8)	25,59	9,19	4869	5057	0,969	0,970	85
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,77	5,08	9302	9252	0,988	0,986	62
	Pathologie (10)	0,15	1,14	7705	6696	0,962	0,942	16
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,10	0,12	2876	2438	0,830	0,831	21
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	5,27	4679	4767	0,891	0,894	9
	Trombose	8,81	6,90	3201	2580	0,953	0,913	38
Gelderland-Midden	Diagnostische activiteiten (4)	0,14	0,88	1970	1733	0,729	0,692	31
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,25	7,94	3587	3093	0,896	0,866	73
	Klinische chemie & haematologie (8)	34,86	11,97	3023	3084	0,916	0,916	93
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,53	4,33	2631	2767	0,882	0,879	69
	Pathologie (10)	0,13	1,07	4961	4430	0,909	0,876	24
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,16	0,16	2175	2096	0,789	0,772	29

	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	4,59	3269	3127	0,875	0,873	9
	Trombose	7,87	5,58	4694	3677	0,979	0,960	41
Gelderland-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	0,14	0,94	2103	2147	0,797	0,769	29
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,89	5,88	2343	2019	0,869	0,835	72
	Klinische chemie & haematologie (8)	24,83	8,01	2273	2276	0,897	0,897	90
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,86	3,44	2665	2772	0,803	0,798	69
	Pathologie (10)	0,12	1,10	3445	3320	0,843	0,804	28
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,14	0,14	1477	1524	0,692	0,694	32
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	3,95	3786	3682	0,890	0,890	9
	Trombose	5,29	4,04	5543	4052	0,987	0,958	40
Gooi en Vechtstreek	Diagnostische activiteiten (4)	0,03	0,19	2614	3137	0,847	0,833	16
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,46	2,95	8708	7314	0,966	0,953	51
	Klinische chemie & haematologie (8)	12,97	4,11	8447	8411	0,982	0,980	78
	Microbiologie & parasitologie (9)	1,53	1,88	8334	8155	0,978	0,974	53
	Pathologie (10)	0,06	0,56	8522	8266	0,964	0,950	11
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,05	0,06	3412	3732	0,874	0,892	20
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,02	2,04	2693	2550	0,858	0,853	9
	Trombose	2,48	2,01	9129	8785	0,991	0,980	34
Groningen	Diagnostische activiteiten (4)	0,15	1,03	4343	4258	0,900	0,900	19
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,86	5,62	2084	1975	0,845	0,836	54
	Klinische chemie & haematologie (8)	33,33	11,53	7613	7865	0,972	0,974	87
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,58	4,37	8369	8311	0,980	0,977	67
	Pathologie (10)	0,13	0,91	7086	5745	0,955	0,937	20
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,10	0,13	5531	5739	0,917	0,918	23
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	5,00	5598	5552	0,911	0,913	9
	Trombose	6,40	4,79	9683	9236	0,996	0,994	29
Haaglanden	Diagnostische activiteiten (4)	0,28	1,85	3511	3580	0,908	0,914	30
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,98	13,05	4258	3406	0,973	0,943	85
	Klinische chemie & haematologie (8)	62,47	20,82	4202	4237	0,973	0,973	94
	Microbiologie & parasitologie (9)	5,96	7,77	3828	3484	0,949	0,921	73

	Pathologie (10)	0,19	1,70	3298	3204	0,968	0,950	24
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,18	0,17	2119	2244	0,774	0,785	34
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,08	7,64	3366	3158	0,874	0,862	10
	Trombose	9,68	8,30	5595	5051	0,990	0,985	43
Hollands-Midden	Diagnostische activiteiten (4)	0,22	1,42	2423	2129	0,826	0,821	36
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,25	8,67	2892	2532	0,862	0,836	76
	Klinische chemie & haematologie (8)	38,83	12,52	2528	2561	0,918	0,915	92
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,97	4,60	2073	2047	0,843	0,823	67
	Pathologie (10)	0,17	1,49	3187	2873	0,875	0,844	25
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,20	0,22	2099	2103	0,808	0,801	31
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,07	5,92	2826	2679	0,843	0,835	9
	Trombose	8,27	5,87	4718	4118	0,990	0,959	45
IJsselland	Diagnostische activiteiten (4)	0,15	1,00	3018	3009	0,926	0,916	22
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,87	5,81	3889	3259	0,966	0,957	58
	Klinische chemie & haematologie (8)	23,60	7,44	4060	3898	0,972	0,971	79
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,18	3,28	4622	4409	0,970	0,961	58
	Pathologie (10)	0,11	1,05	4186	4170	0,943	0,937	19
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,17	0,23	3493	3733	0,969	0,971	22
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	4,17	2415	2474	0,827	0,834	9
	Trombose	5,15	5,50	5668	5164	0,992	0,980	34
Kennemerland	Diagnostische activiteiten (4)	0,11	0,62	2113	2022	0,751	0,741	28
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,91	6,36	5600	4536	0,949	0,916	67
	Klinische chemie & haematologie (8)	25,27	8,34	6434	6475	0,973	0,974	89
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,65	4,36	8717	8618	0,968	0,966	64
	Pathologie (10)	0,12	1,09	7014	6560	0,957	0,930	20
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,17	0,16	6931	6404	0,964	0,945	28
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	4,02	2462	2620	0,808	0,812	9
	Trombose	5,11	4,60	5026	5213	0,991	0,977	41
Limburg-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	0,13	1,31	2864	4434	0,844	0,880	22
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,07	7,27	3432	2980	0,906	0,864	54

	Klinische chemie & haematologie (8)	25,79	7,61	2409	2334	0,827	0,810	85
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,39	2,70	2806	2780	0,840	0,838	60
	Pathologie (10)	0,11	0,99	2291	2156	0,800	0,780	21
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,34	0,28	3770	3171	0,908	0,883	27
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	4,07	3924	4042	0,929	0,932	9
	Trombose	4,21	3,64	4275	4358	0,972	0,893	29
Limburg-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	0,14	1,58	1981	2284	0,817	0,933	16
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,40	9,63	2433	2293	0,874	0,849	59
	Klinische chemie & haematologie (8)	30,13	8,91	1978	1996	0,823	0,818	82
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,93	3,39	2005	2002	0,853	0,858	60
	Pathologie (10)	0,13	1,23	2668	2683	0,983	0,984	9
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,19	0,17	2838	2544	0,912	0,922	14
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,06	5,61	5368	5590	0,939	0,945	9
	Trombose	5,95	4,63	6366	5422	0,997	0,996	29
Midden- en West-Brabant	Diagnostische activiteiten (4)	0,35	2,46	2364	2320	0,916	0,897	36
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,34	14,93	2529	2035	0,927	0,846	79
	Klinische chemie & haematologie (8)	68,74	23,48	4352	3949	0,947	0,945	92
	Microbiologie & parasitologie (9)	6,10	7,67	3973	4126	0,955	0,955	74
	Pathologie (10)	0,20	1,89	2456	2334	0,894	0,854	26
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,38	0,40	3260	3206	0,830	0,854	32
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,08	6,83	2816	2761	0,845	0,847	9
	Trombose	6,36	4,77	8121	5286	0,987	0,933	45
Noord- en Oost-Gelderland	Diagnostische activiteiten (4)	0,25	1,73	1690	2141	0,784	0,800	29
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,57	9,41	2303	1974	0,833	0,762	69
	Klinische chemie & haematologie (8)	44,75	14,77	2274	2492	0,822	0,833	87
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,95	4,40	1937	2045	0,782	0,797	64
	Pathologie (10)	0,17	1,54	1838	1695	0,758	0,726	22
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,28	0,29	3746	3248	0,783	0,782	30
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,06	5,89	2275	2211	0,832	0,832	9
	Trombose	6,65	7,00	2003	1647	0,878	0,736	44

Noord-Holland-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	0,19	1,24	2090	2191	0,836	0,865	23
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,16	7,54	4556	3869	0,963	0,935	70
	Klinische chemie & haematologie (8)	29,16	9,31	4528	4656	0,949	0,953	92
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,97	4,06	5550	5200	0,964	0,949	65
	Pathologie (10)	0,14	1,26	3857	4036	0,916	0,903	20
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,17	0,18	3722	3366	0,849	0,871	29
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	5,11	3021	3189	0,877	0,889	9
	Trombose	8,05	5,78	4885	3855	0,991	0,957	43
Rotterdam-Rijnmond	Diagnostische activiteiten (4)	0,45	3,59	2567	2142	0,790	0,765	33
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,38	16,71	1466	1347	0,609	0,608	83
	Klinische chemie & haematologie (8)	66,33	22,44	4381	4574	0,925	0,927	93
	Microbiologie & parasitologie (9)	7,84	9,19	4846	4505	0,929	0,910	78
	Pathologie (10)	0,27	2,58	3282	2848	0,911	0,866	35
	Overig laboratorium regulier (11a)	1,05	0,71	3882	3158	0,966	0,945	33
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,10	9,00	4658	4587	0,892	0,878	9
	Trombose	12,78	10,01	6779	6008	0,991	0,972	48
Twente	Diagnostische activiteiten (4)	0,18	1,19	2581	2316	0,824	0,846	19
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,35	8,05	3953	3360	0,950	0,902	54
	Klinische chemie & haematologie (8)	42,70	13,04	2872	2860	0,952	0,951	80
	Microbiologie & parasitologie (9)	3,65	4,16	7241	7068	0,948	0,936	55
	Pathologie (10)	0,13	1,22	7186	6750	0,946	0,942	18
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,16	0,17	2065	1950	0,898	0,868	18
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,05	4,34	3559	3428	0,861	0,858	9
	Trombose	7,09	5,99	3827	3414	0,993	0,962	31
Utrecht	Diagnostische activiteiten (4)	0,29	2,04	1385	1512	0,705	0,755	46
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,15	14,28	2387	1964	0,884	0,851	90
	Klinische chemie & haematologie (8)	57,99	20,08	4084	4244	0,889	0,895	98
	Microbiologie & parasitologie (9)	7,17	9,63	4448	4830	0,887	0,895	79
	Pathologie (10)	0,28	2,43	3529	3095	0,868	0,834	39
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,42	0,47	4468	4072	0,869	0,856	48

	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,11	9,95	3993	4019	0,859	0,869	9
	Trombose	11,77	10,09	3035	3039	0,893	0,875	50
Zaanstreek-Waterland	Diagnostische activiteiten (4)	0,10	0,68	2787	2803	0,834	0,860	23
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,61	4,10	2930	2296	0,879	0,810	45
	Klinische chemie & haematologie (8)	17,25	5,36	6103	6017	0,939	0,938	80
	Microbiologie & parasitologie (9)	1,89	2,40	5414	5677	0,919	0,912	55
	Pathologie (10)	0,08	0,69	7195	6551	0,933	0,901	16
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,06	0,08	2896	2710	0,816	0,846	20
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,03	2,66	3162	3115	0,859	0,866	9
	Trombose	2,66	2,09	8769	7770	0,985	0,974	37
Zeeland	Diagnostische activiteiten (4)	0,11	0,87	2665	2880	0,937	0,946	15
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,82	5,19	3915	3525	0,972	0,946	45
	Klinische chemie & haematologie (8)	25,09	8,19	3034	3083	0,985	0,983	74
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,25	2,62	3220	3132	0,982	0,976	57
	Pathologie (10)	0,06	0,61	3127	2922	0,901	0,864	12
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,37	0,27	3926	3896	0,967	0,970	16
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,02	1,93	4144	3994	0,843	0,843	9
	Trombose	1,87	2,36	4592	4003	0,987	0,980	27
Zuid-Holland-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	0,15	1,37	3389	3706	0,868	0,904	32
	Beeldvormende diagnostiek (7)	0,93	6,24	4607	3757	0,908	0,850	60
	Klinische chemie & haematologie (8)	22,76	7,34	3671	3717	0,937	0,933	88
	Microbiologie & parasitologie (9)	2,64	3,10	4600	3899	0,956	0,941	59
	Pathologie (10)	0,09	0,86	4228	3854	0,949	0,910	14
	Overig laboratorium regulier (11a)	0,19	0,17	1960	1743	0,803	0,796	31
	Overig laboratorium 1911-codes (11b)	0,04	3,37	3693	3531	0,854	0,842	9
	Trombose	6,47	4,23	5029	4667	0,992	0,972	34

Appendix tabel A3: Concentratiegegevens (HHI en CR4, o.b.v. aantal, berekend met de gecorrigeerde AGB-codes) en het aantal AGB-codes met minimaal 5 gedeclareerde zorgactiviteiten per categorie diagnostiek binnen dbc's in 2017 in alle veiligheidsregio's.

Veiligheidsregio	Categorie diagnostiek	Aantal totaal (x100.000)	HHI aantal	CR4 aantal	Aantal AGB- codes met ≥ 5 declaraties
Amsterdam-Amstelland	Diagnostische activiteiten (4)	5,19	1518	0,633	170
	Beeldvormende diagnostiek (7)	5,63	1757	0,682	138
Brabant-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	3,76	1927	0,754	133
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,83	2127	0,748	113
Brabant-Zuidoost	Diagnostische activiteiten (4)	4,35	1807	0,823	129
	Beeldvormende diagnostiek (7)	5,11	2031	0,873	103
Drenthe	Diagnostische activiteiten (4)	3,33	2206	0,764	108
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,38	2392	0,827	97
Flevoland	Diagnostische activiteiten (4)	2,32	1488	0,621	142
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,35	1887	0,714	120
Fryslân	Diagnostische activiteiten (4)	3,67	3021	0,852	118
	Beeldvormende diagnostiek (7)	4,09	3215	0,901	104
Gelderland-Midden	Diagnostische activiteiten (4)	3,78	2465	0,761	133
	Beeldvormende diagnostiek (7)	4,11	2686	0,808	112
Gelderland-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	2,88	2116	0,817	129
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,25	1937	0,786	114
Gooi en Vechtstreek	Diagnostische activiteiten (4)	1,63	4074	0,788	136
	Beeldvormende diagnostiek (7)	1,70	5246	0,840	108
Groningen	Diagnostische activiteiten (4)	3,24	2278	0,917	104
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,66	2510	0,944	98
Haaglanden	Diagnostische activiteiten (4)	6,22	3611	0,879	143
	Beeldvormende diagnostiek (7)	6,79	3833	0,910	126
Hollands-Midden	Diagnostische activiteiten (4)	4,26	2119	0,785	153
	Beeldvormende diagnostiek (7)	4,93	2053	0,807	121
IJsselland	Diagnostische activiteiten (4)	2,93	3162	0,882	118

	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,03	3768	0,907	106
Kennemerland	Diagnostische activiteiten (4)	3,02	2234	0,710	149
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,38	3626	0,816	122
Limburg-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	3,84	2073	0,775	120
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,66	2003	0,776	102
Limburg-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	4,39	3972	0,938	105
	Beeldvormende diagnostiek (7)	4,24	5194	0,971	93
Midden- en West-Brabant	Diagnostische activiteiten (4)	6,14	2319	0,848	142
	Beeldvormende diagnostiek (7)	6,83	2540	0,884	117
Noord- en Oost-Gelderland	Diagnostische activiteiten (4)	5,56	1604	0,697	128
	Beeldvormende diagnostiek (7)	5,35	1621	0,713	112
Noord-Holland-Noord	Diagnostische activiteiten (4)	3,24	2959	0,814	146
	Beeldvormende diagnostiek (7)	4,03	4310	0,897	123
Rotterdam-Rijnmond	Diagnostische activiteiten (4)	7,19	1276	0,619	153
	Beeldvormende diagnostiek (7)	7,91	1439	0,696	123
Twente	Diagnostische activiteiten (4)	3,41	3254	0,888	111
	Beeldvormende diagnostiek (7)	3,79	3570	0,899	96
Utrecht	Diagnostische activiteiten (4)	6,60	1376	0,709	166
	Beeldvormende diagnostiek (7)	7,43	1712	0,777	132
Zaanstreek-Waterland	Diagnostische activiteiten (4)	2,13	1837	0,691	134
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,25	2195	0,756	112
Zeeland	Diagnostische activiteiten (4)	2,34	3044	0,860	102
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,38	3290	0,897	93
Zuid-Holland-Zuid	Diagnostische activiteiten (4)	2,50	2895	0,803	124
	Beeldvormende diagnostiek (7)	2,92	3135	0,828	103