



Besluit

Vergunning vereist voor de concentratie tussen Erasmus Universitair Medisch Centrum en Stichting IJsselland Ziekenhuis

Muzenstraat 41
2511 WB Den Haag
www.acm.nl
070 722 20 00

Vergunning vereist voor de concentratie tussen Erasmus Universitair Medisch Centrum en Stichting IJsselland Ziekenhuis

Ons kenmerk : ACM/UIT/553533
Zaaknummer : ACM/20/039308
Datum : 1 april 2021
Aantal pagina's : 91

Inhoudsopgave

1	Samenvatting en leeswijzer	4
2	Melding	5
3	Partijen	5
4	De gemelde operatie	6
5	Toepasselijkheid van het concentratietoezicht	7
6	Beoordeling gevolgen	7
6.1	Relevante productmarkten	8
6.1.1	Opvattingen van partijen	8
6.1.2	Opvattingen van marktpartijen	11
6.1.3	Beoordeling door de ACM	12
6.2	Relevante geografische markten	17
6.2.1	Opvattingen van partijen	17
6.2.2	Opvattingen van marktpartijen	18
6.2.3	Beoordeling door de ACM	20
6.3	Gevolgen van de concentratie	30
6.4	Zorgverleningsmarkt	30
6.4.1	Opvattingen van partijen	30
6.4.2	Opvattingen van marktpartijen	32
6.4.3	Beoordeling door de ACM	33
6.4.4	Conclusie zorgverleningsmarkt	41
6.5	Zorginkoopmarkt	41
6.5.1	Opvattingen van partijen	42
6.5.2	Opvattingen van zorgverzekeraars	44
6.5.3	Beoordeling door de ACM	46
6.5.4	Conclusie zorginkoopmarkt	59
7	Zorgspecifieke aspecten	60
8	Conclusie	60
	Bijlage A: Geografische marktafbakening	62
	Bijlage B: Beoordeling patiëntengroepen zorgverleningsmarkt	71
	Bijlage C: Toelichting analyse van mogelijkheden voor zorgverzekeraars om capaciteit te verschuiven naar omliggende ziekenhuizen	84
	Bijlage D: Capaciteitsverschuivingsanalyses	86

1 Samenvatting en leeswijzer

1. Erasmus Universitair Medisch Centrum (hierna: Erasmus MC) wil Stichting IJsselland Ziekenhuis (hierna: IJsselland) overnemen. De Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) heeft dit voornemen onderzocht. De ACM stelt na een eerste beoordeling vast dat Erasmus MC en IJsselland een vergunning nodig hebben voor het tot stand brengen van deze concentratie. In een eventuele vergunningsfase zal de ACM de voorgenomen concentratie nader onderzoeken.
2. Op basis van de concentratiemelding, aanvullende vragen aan partijen, eigen data-analyses en een onderzoek onder zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de regio Rotterdam heeft de ACM de mogelijke gevolgen van de voorgenomen concentratie onderzocht.
3. De activiteiten van Erasmus MC en IJsselland overlappen op het gebied van basiszorg en complexe zorg. Op deze gebieden heeft de ACM, met waar nodig een onderscheid naar patiëntengroepen, de gevolgen van de concentratie voor de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt onderzocht. Voor (klinische en niet-klinische) basiszorg geldt dat Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk voor veel patiëntengroepen een hoog marktaandeel hebben. Voor (klinische en niet-klinische) complexe zorg geldt dat Erasmus MC voor meerdere patiëntengroepen nu al een hoog marktaandeel heeft. De toevoeging met het marktaandeel van IJsselland versterkt deze positie verder. Deze marktaandelen geven een eerste indicatie van een mededingingsprobleem. De ACM heeft op basis van een nadere analyse van een combinatie van indicatoren voor marktaandeel en patiëntenstromen¹ voor meerdere (klinische en niet-klinische) patiëntengroepen van basiszorg en complexe zorg geconcludeerd dat het aannemelijk is dat de mededinging als gevolg van de voorgenomen concentratie beperkt zou kunnen worden. De ACM komt op basis van onderzoek tot de conclusie dat de voorgenomen concentratie de mededinging op zowel de zorgverleningsmarkt als de zorginkoopmarkt in de regio Rotterdam significant zou kunnen beperken.
4. Aangezien partijen van mening zijn dat de door de ACM gebruikte productmarktafbakening niet een correcte weergave van de werkelijkheid is, zal de ACM in een eventuele vergunningsfase nader onderzoeken in welke mate Erasmus MC actief is op het gebied van basiszorg en in welke mate IJsselland actief is op het gebied van complexe zorg.
5. De ACM heeft bij de beoordeling van de mogelijke gevolgen van de concentratie op het gebied van de zorginkoopmarkt onderzocht wat de mogelijkheid en de prikkel voor Erasmus MC en IJsselland na de voorgenomen concentratie zijn om bij het onderhandelen met zorgverzekeraars gunstigere voorwaarden te bedingen. De ACM is vooralsnog van oordeel dat Erasmus MC zijn machtige positie op het gebied van topzorg kan gebruiken door onderhandelingen over basiszorg en complexe zorg te koppelen en deze mogelijkheid na de voorgenomen concentratie kan inzetten om ook de basiszorg bij IJsselland tegen een hogere prijs te laten contracteren. Tevens laten data-analyses van de ACM zien dat het, vanwege beperkte uitbreidingsmogelijkheden van omliggende ziekenhuizen, voor zorgverzekeraars lastig wordt om zorg te verschuiven in het geval van het niet contracteren van Erasmus MC en IJsselland (na de concentratie). Bovendien zullen Erasmus MC en IJsselland de mogelijkheid hebben om, ten nadele van omliggende ziekenhuizen, de onderlinge doorverwijsrelatie te intensiveren in lijn met de strategie van Erasmus MC om zich te profileren op complexe zorg in de regio.
6. De ACM concludeert dat Erasmus MC en IJsselland een prikkel kunnen hebben om hun zorg in de onderhandelingen met zorgverzekeraars te koppelen om gunstigere voorwaarden te bedingen. De

¹ In het bijzonder de Herfindahl-Hirschman Index (hierna: HHI) en diversion ratio's. Zie de paragrafen 6.4.2 en 6.4.3 waarin die termen toegelicht worden.

ACM constateert dat het effect zou kunnen ontstaan dat de combinatie Erasmus MC/IJsselland na de voorgenomen concentratie in staat is de prijzen voor en/of volumes aan basiszorg in IJsselland duurzaam te verhogen. In een eventuele vergunningsfase zal de ACM nader onderzoek doen naar de vraag in hoeverre Erasmus MC en IJsselland daadwerkelijk de mogelijkheid en prikkel hebben om de machtige positie van Erasmus MC over te hevelen naar IJsselland en wat daar het eventuele effect van zou kunnen zijn.

7. De indeling van dit besluit is als volgt. Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de melding. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de activiteiten van Erasmus MC en IJsselland. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de gemelde concentratie. In hoofdstuk 5 wordt de toepasselijkheid van het concentratietoezicht op deze overname getoetst. Hoofdstuk 6 bevat de beoordeling van de gevolgen van de concentratie en hoofdstuk 7 gaat in op de zorgspecifieke aspecten die volgen uit de Beleidsregel Concentraties van Zorgaanbieders en Zorgverzekeraars² (hierna: de Beleidsregel). De conclusie staat in hoofdstuk 8.

2 Melding

8. Op 15 juni 2020 heeft de ACM een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie.³ Erasmus MC en IJsselland hebben gemeld dat Erasmus MC voornemens is zeggenschap te verkrijgen over IJsselland.
9. De ACM heeft de melding in de Staatscourant 33444 van 19 juni 2020 gepubliceerd. Van derden heeft de ACM geen zienswijze ontvangen. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft evenmin een zienswijze afgegeven. De ACM heeft schriftelijk vragen gesteld aan en gesprekken gevoerd met verschillende marktpartijen.
10. Conform de Beleidsregel zijn de cliëntenraden van Erasmus MC en IJsselland uitgenodigd tot het geven van een zienswijze over deze zorgconcentratie. De cliëntenraden hebben een zienswijze afgegeven. Daarnaast heeft de ACM in het kader van het onderzoek naar de gevolgen van de voorgenomen concentratie verschillende zorgspecifieke aspecten onderzocht. Dit is conform de Beleidsregel.

3 Partijen

11. Erasmus MC is een universitair medisch centrum (hierna: UMC) dat in 2002 is ontstaan uit een fusie tussen Academisch Ziekenhuis Rotterdam en de faculteit Medische Wetenschappen van Erasmus Universiteit Rotterdam. Erasmus MC houdt zich bezig met medisch specialistische ziekenhuiszorg. Erasmus MC biedt topklinische zorg, topreferente zorg en basiszorg aan. Erasmus MC biedt basiszorg aan in alle specialismen. Daarnaast houdt Erasmus MC zich bezig met onderwijs aan studenten, het verzorgen van opleidingen tot medisch specialist en het verzorgen van medisch-wetenschappelijk onderzoek. Erasmus MC houdt alle aandelen in Admiraal de Ruyter Ziekenhuis B.V., een ziekenhuis in Zeeland dat alle voor algemene ziekenhuizen gangbare specialismen aanbiedt (hierna ook: Adrz).
12. IJsselland is een stichting naar Nederlands recht. IJsselland is met haar hoofdvestiging gevestigd in Capelle aan den IJssel en biedt hoofdzakelijk (klinische en niet-klinische) basiszorg aan. Op het gebied van maag-, darm- en leverzorg (hierna: MDL) streeft IJsselland naar een topklinisch

² Beleidsregel van de Minister van Economische Zaken van 5 juli 2013, nr. WJZ/13118300, houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Str. 2013, 19 570.

³ Op grond van artikel 34 van de Mededingingswet (hierna: Mw).

zorgaanbod. IJsselland heeft buitenpoliklinieken in Rotterdam Nesseland en in Krimpen aan den IJssel.

13. Er bestaan nu al samenwerkingen tussen Erasmus MC en IJsselland. In 2014 zijn IJsselland en Erasmus MC een gezamenlijk leverchirurgie programma gestart. Relatief eenvoudige leveroperaties vinden plaats in IJsselland, de meer complexe ingrepen in Erasmus MC. De patiënten worden besproken in het gezamenlijke multidisciplinair overleg waarin wordt bepaald waar de patiënt geopereerd wordt. Voor de patiënt betekent deze samenwerkingsafspraken dat in voorkomende gevallen hij niet in Erasmus MC zal worden opgenomen, maar dat de operatie in IJsselland zal plaatsvinden. Ook op het gebied van endeldarmkanker werken Erasmus MC en IJsselland al samen, waarbij de ziekenhuizen elkaar aanvullen. In een pilot setting is in 2016 de Inflammatory Bowel Disease-chirurgie van Erasmus MC overgebracht naar IJsselland. Het gaat hier om planbare operaties waardoor een groter volume bewerkstelligd wordt wat in het kader van de volumenormen door partijen gewenst is. Door deze samenwerkingsvorm zou Erasmus MC in staat zijn de volledige breedte van het opleidingsaanbod te borgen. Bovendien is er een pilot setting waarbij, om in Erasmus MC capaciteit voor derdelijns Intensive Care (hierna: IC) zorg te creëren, vanuit de IC van IJsselland opnamecapaciteit beschikbaar gesteld wordt om tweedelijns IC zorg van Erasmus MC te kunnen accommoderen. Als gevolg daarvan worden er patiënten overgeplaatst van Erasmus MC naar IJsselland. Ook deze samenwerkingsafspraken betekenen voor de patiënt dat in voorkomende gevallen hij niet in Erasmus MC zal worden opgenomen, maar in IJsselland of dat de zorg start in Erasmus MC, maar een deel van de IC behandeling plaatsvindt in IJsselland.⁴
14. Na de concentratie is het de ambitie van Erasmus MC en IJsselland zulke afspraken op meerdere vlakken te gaan maken. Voor de patiënt betekenen deze samenwerkingsafspraken dat in voorkomende gevallen hij niet in Erasmus MC zal worden opgenomen, behandeld of poliklinisch vervolgd, maar dat dat in IJsselland zal plaatsvinden. Voor patiënten binnen specifieke patiëntengroepen dan wel met betrekking tot specifieke diagnose/behandelcombinaties kan het betekenen dat de patiënt naar een ander ziekenhuis, dus in plaats van naar Erasmus MC naar IJsselland of andersom, moet voor zijn behandeling.

4 De gemelde operatie

15. Erasmus MC zal als gevolg van de concentratie uitsluitende zeggenschap over IJsselland verkrijgen. Om de concentratie te voltrekken zal stichting IJsselland Ziekenhuis omgezet worden in een besloten vennootschap: IJsselland Ziekenhuis B.V. Na deze omzetting verkrijgt Erasmus MC 51% van de aandelen in IJsselland Ziekenhuis B.V.⁵ De overige 49% van de aandelen zullen worden gehouden door Stichting Beschermvrouwe IJsselland. De voorgenomen transactie is neergelegd in een 'Intentieovereenkomst' van 21 december 2016 en een ontwerpakte van de omzetting Stichting IJsselland Ziekenhuis naar een besloten vennootschap, tevens bevattende de statuten van deze nieuwe vennootschap van 14 september 2017. Op verzoek van de ACM hebben de bestuursvoorzitters van Erasmus MC en IJsselland op 3 september 2020 het concentratievoornemen formeel herbevestigd. Deze formele herbevestiging is op 6 oktober 2020 door de raden van toezicht van Erasmus MC en IJsselland, die betrokken worden bij de concentratie, onderschreven.

⁴ Overigens wijst de ACM er op dat dit soort al bestaande samenwerkingen door de betrokken partijen zelf aan artikel 6 van de Mededingingswet getoetst moeten worden. Voor de beoordeling van deze concentratie gaat de ACM hier nu niet op in, maar daarmee spreekt zij hierover geen oordeel uit.

⁵ De strategisch commerciële besluiten worden volgens artikel 17 lid 11 van de concept-statuten van IJsselland Ziekenhuis B.V. bij meerderheid van stemmen van de algemene vergadering van aandeelhouders genomen.

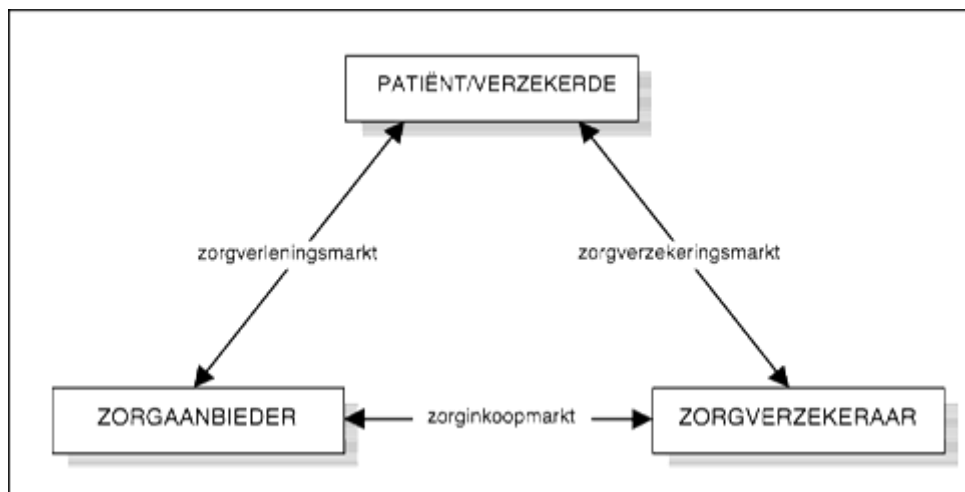
5 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht

16. De gemelde transactie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder b, van de Mw. Het gevolg van de transactie is dat Erasmus MC uitsluitende zeggenschap verkrijgt over IJsselland.
17. Betrokken ondernemingen zijn Erasmus MC en IJsselland.
18. De ACM stelt op basis van de omzetgegevens uit de melding vast dat de gemelde concentratie onder het in hoofdstuk 5 Mw geregelde concentratietoezicht valt.

6 Beoordeling gevolgen

19. In dit hoofdstuk beoordeelt de ACM de voorgenomen concentratie waarbij zij ingaat op de verwachte gevolgen van de voorgenomen concentratie. De ACM weegt in haar beoordeling af of er reden is om aan te nemen dat de voorgenomen concentratie de mededinging op significante wijze zou kunnen belemmeren en meer concreet of de concentratie tot gevolg zou kunnen hebben dat de geconcentreerde ziekenhuizen in staat zijn om de prijs te verhogen, voor hen betere afspraken met zorgverzekeraars te maken, bijvoorbeeld over hun omzetplafond, dan wel een verminderde prikkel ervaren om in kwaliteit of innovatie te investeren. Indien dat het geval is, kan de concentratie tot nadelige effecten voor patiënten en verzekerden leiden en zal de ACM de overname nader onderzoeken.
20. De ACM beschrijft daartoe eerst de relevante markten waarop Erasmus MC en IJsselland actief zijn. In paragraaf 6.1 beschrijft de ACM de relevante productmarkten en in paragraaf 6.2 de relevante geografische markten. Daarna beoordeelt de ACM de gevolgen van de voorgenomen concentratie in de paragrafen 6.3, 6.4 en 6.5.
21. Voor een totaalbeeld van de effecten van de voorgenomen concentratie bekijkt de ACM de verschillende te onderscheiden markten waarop zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/verzekerden actief zijn en de relatie tussen deze markten. Dat zijn de zorgverleningsmarkt waarop patiënten hun zorgaanbieder kiezen, de zorginkoopmarkt waarop zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en volume van de te leveren zorg en de zorgverzekeringmarkt waar verzekerden hun zorgverzekeraar en zorgpolis kiezen (zie figuur 1).
22. Reden hiervoor is dat bij de beoordeling van een voorgenomen concentratie niet alleen relevant is of voor de patiënt regionaal een belangrijke keuzemogelijkheid verdwijnt, maar ook wat de voorgenomen concentratie betekent voor de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars als (landelijke) inkopers van zorg en (landelijke) aanbieders van verzekeringspolissen aan verzekerden. Bij de beoordeling van mogelijke schadetheorieën zal de ACM daarom zowel het patiëntenperspectief als het zorgverzekeraarsperspectief, zo nodig inclusief het daar achter liggende verzekerdenperspectief, betrekken.

Figuur 1. Relaties op de zorgmarkt



6.1 Relevante productmarkten

23. Voor de beoordeling van een concentratie is het belangrijk om vast te stellen of de concentrerende partijen en omliggende zorgaanbieders dezelfde zorg (kunnen) aanbieden en dus een alternatief voor elkaar vormen. Deze informatie geeft een eerste beeld van de concurrentiedruk tussen partijen en de concurrentiedruk van omliggende zorgaanbieders.
24. Daar waar de ACM bij haar beoordeling van concentraties op het gebied van medisch specialistische zorg voorheen alleen een indeling tussen klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg hanteerde, bekijkt de ACM vanaf 1 januari 2019 ook de effecten van een voorgenomen concentratie per patiëntengroep.⁶ De ACM krijgt hiermee een beter beeld van de gevolgen van de concentratie voor de patiënt. De ACM maakt daarbij nog steeds, indien relevant, een indeling tussen klinische en niet-klinische zorg. Daarnaast is de definitie van basiszorg die de ACM hanteert bij de mededingingsrechtelijke beoordeling aangepast. Een Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC) wordt nu als basiszorg bestempeld als die DBC door ten minste 20 algemene ziekenhuizen in Nederland wordt aangeboden.
25. Vooropgesteld kan worden dat partijen het met de ACM eens zijn dat er, om te bepalen of er overlap bestaat tussen de zorgverleningsactiviteiten van Erasmus MC en IJsselland, een nader onderscheid gemaakt dient te worden tussen basiszorg enerzijds en complexe zorg anderzijds. De vraag die voorligt, is hoe gedefinieerd moet worden wat basiszorg (en daarmee ook complexe zorg) is waarop Erasmus MC en IJsselland met elkaar in concurrentie staan. Hoe (markt)partijen en de ACM daar in deze fase van de procedure tegen aan kijken, wordt hierna beschreven.

6.1.1 Opvattingen van partijen

26. Partijen maken onderscheid tussen basiszorg / algemene ziekenhuiszorg enerzijds en topzorg / complexe zorg anderzijds. IJsselland biedt zo goed als uitsluitend basiszorg aan. Dit betreft zowel klinische als niet-klinische (basis)zorg. Ook Erasmus MC biedt deze zorg, maar slechts een beperkt aandeel van haar zorgaanbod ziet puur op basiszorg, aldus partijen. Erasmus MC biedt met name

⁶ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/nadere-toelichting-analyse-productmarkten-de-msz>.

klinische en niet-klinische complexe zorg aan. (Deze) complexe (top)zorg omvat zowel topklinische⁷ als topreferente zorg. Volgens partijen biedt IJsselland uitsluitend op het gebied van MDL topklinische zorg aan. IJsselland biedt geen topreferente zorg aan. Op basis van het zorgaanbod en op niveau van de DBC's zien partijen vrijwel geen horizontale overlap op het gebied van complexe zorg.

27. Partijen geven aan dat zij geen eigen vaststaande definitie hebben van basiszorg en complexe zorg. Zij benoemen de definitie van basiszorg en complexe zorg die sinds 2019 wordt gehanteerd en toegepast door de ACM, maar vinden deze definitie niet goed omdat bij toepassing daarvan Erasmus MC grotendeels actief zou zijn als aanbieder van basiszorg en maar in beperkte mate complexe zorg zou leveren wat niet strookt met de (medische) werkelijkheid.
28. Op basis van het door de ACM gemaakte kwantitatieve onderscheid tussen basis- en complexe zorg volgt volgens partijen dat circa [70-80]%⁸ van de door Erasmus MC geleverde zorg aan te merken is als basiszorg. Partijen wijzen er op dat in de praktijk de zorg die Erasmus MC, juist als UMC, levert op basis van DBC's niet zwart-wit in te delen is naar basiszorg en complexe zorg. Partijen geven aan dat er binnen UMC's veel patiënten zijn die vanwege de complexiteit of zeldzaamheid van de aandoening niet behandeld kunnen worden door een algemeen ziekenhuis. Vaak wordt voor deze patiënten wel een basiszorg DBC geopend omdat niet voor elke unieke en/of complexe behandeling een aparte DBC bestaat. Voor een groot deel van deze patiënten van Erasmus MC zou het IJsselland volgens partijen dan ook geen alternatief zijn. Partijen hebben daarom twee correcties aangebracht op de definitie van basiszorg die de ACM hanteert: de eerste corrigeert voor de 'case complexity', de tweede correctie betreft het toepassen van 'ROBIJN'-labels. De ROBIJN-labels⁹ zijn ontwikkeld door de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), de NZa en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport om topreferente patiënten te identificeren. Het doel van deze labels is het verlenen, verdelen en verantwoorden van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (hierna: BBAZ).
29. De filter 'case complexity' die partijen hanteren, betreft basiszorg DBC's binnen een complex zorgtraject. Als een patiënt naast een basiszorg DBC ook een complexe DBC heeft, kan het gehele zorgtraject van deze patiënt volgens partijen als complex worden aangemerkt. Deze patiënt kan dan niet behandeld worden in een algemeen ziekenhuis. Voorbeelden zijn een neonaat (complex) met een liesbreuk (basiszorg DBC) of een hemofiliepatiënt (complex) die een nieuwe heup nodig heeft (basiszorg DBC).
30. De tweede correctie betreft patiënten met een ROBIJN-label. Dit zijn volgens partijen patiënten met zeldzame aandoeningen waardoor zij uitsluitend terecht kunnen bij ziekenhuizen of klinieken die de expertise hebben om deze aandoeningen te behandelen. Deze worden volgens partijen geregistreerd onder dezelfde DBC-code als de niet-zeldzame vorm van deze aandoening. Deze groep patiënten met een complexe zorgvraag is inzichtelijk te maken door te kijken naar de zogenaamde ROBIJN-labels. De NZa levert jaarlijks een overzicht aan de UMC's van welke

⁷ Topklinische zorg kenmerkt zich door een stelsel van vergunningen in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen en betreft doorgaans hoog complexe en laag volume zorg. Het vergt veelal dure en gespecialiseerde voorzieningen om deze zorg aan te kunnen bieden. Het bieden van topreferente zorg is een functie van UMC's en betreft zeer specialistische zorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is vanwege bijvoorbeeld de complexiteit van de aandoening of behandeling ('last resort'). UMC's hebben ten aanzien van deze patiëntenzorg een aparte financiering.

⁸ In deze openbare versie van het besluit zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om reden van vertrouwelijkheid. Vervangen of weggelaten delen zijn met vierkante haken aangegeven. In het geval van getallen of percentages kan de vervanging hebben plaatsgevonden in de vorm van vermelding van bandbreedtes.

⁹ https://www.nfu.nl/img/pdf/Bestuurlijk_Akkoord_Plan_van_aanpak_ROBIJN.pdf.

behandelde patiënten geclassificeerd worden als topreferent op basis van de zogenaamde ROBIJN-labelsystematiek en die een zogenaamde ROBIJN-label krijgen. Hierbij zitten ook patiënten voor wie Erasmus MC uitsluitend een basiszorg DBC heeft afgesloten. Voor deze patiëntengroep geldt dus ook dat zij door de complexiteit van hun zorgvraag niet terecht kunnen bij IJsselland, aldus partijen.

31. Partijen hebben de overlap tussen beide correcties inzichtelijk gemaakt. Indien partijen de indeling van de ACM toepassen op de DBC's die Erasmus MC in kalenderjaren 2016 tot en met 2018 afgesloten heeft, zou circa [70-80%] daarvan als basiszorg geclassificeerd worden (zie ook punt 28). Deze circa [70-80%] patiënten met een basiszorg DBC is volgens partijen als volgt opgebouwd: circa [10-20]% ook een complexe DBC én ROBIJN-label, circa [20-30]% ook een ROBIJN-label, maar geen complexe DBC, circa [0-10]% ook een complexe DBC, maar geen ROBIJN-label en circa [20 - 30]% geen complexe DBC en geen ROBIJN-label.
32. Uit het voorgaande volgt dat circa [20-30]% van het totaal aantal patiënten van Erasmus MC volgens partijen te kwalificeren is als patiënten die uitsluitend basiszorg afnemen (2016: [20-30]%, 2017: [20-30]% en 2018 is niet door partijen aangeleverd¹⁰) en dus niet (ook) in een complex zorgtraject zitten, noch zorg geleverd krijgen met een ROBIJN-label. Dit bevestigt volgens partijen het beeld dat de kwalificatie basiszorg, die de ACM hanteert, op zich niet veel hoeft te zeggen over in hoeverre deze zorg ook door basisziekenhuizen geleverd kan worden. Partijen vinden daarom dat de basiszorg die gekwalificeerd is met een ROBIJN-label (topreferente zorg) en/of in combinatie met complexe zorg door Erasmus MC geleverd wordt niet tot de markt voor basiszorg hoort aangezien Erasmus MC en IJsselland voor deze groep patiënten en zorg geen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen omdat de betrokken patiënten voor deze zorg wel bij Erasmus MC terecht kunnen, maar niet bij (een algemeen ziekenhuis als) IJsselland.
33. Erasmus MC meent dat er naast deze twee correcties op de definitie van basiszorg die de ACM hanteert nog meer correcties mogelijk zijn. Partijen wijzen namelijk ook op een groot deel van een groep psychiatrische patiënten die door hun comorbiditeit zorg verkrijgen bij Erasmus MC en daarvoor hoogstwaarschijnlijk niet terecht kunnen bij IJsselland. Ook wijzen partijen op patiënten die (aanzienlijk ver) buiten het overlappende werkgebied van Erasmus MC en IJsselland wonen. Ook voor deze patiënten is het volgens partijen aannemelijk dat zij op basis van een complexe zorgvraag kiezen voor óf met een noodzaak doorverwezen worden naar Erasmus MC en dat IJsselland voor hen geen alternatief is. Indien IJsselland voor de patiënten wel een alternatief was geweest voor Erasmus MC dan hadden deze patiënten in dat geval ook altijd kunnen kiezen voor een algemeen ziekenhuis in of dichterbij hun woonplaats, aldus partijen. Het is volgens partijen aannemelijk dat dat voor een gemiddelde patiënt gezien de beperktere reistijd voor ongeveer dezelfde (basis)zorg de voorkeur heeft.
34. Erasmus MC geeft aan dat de omzet die zij in de afgelopen jaren heeft ontvangen uit het leveren van basiszorg zeer beperkt is. Van de totale omzet komt in 2017 ongeveer [50-60]% uit complexe DBC's en circa [30-40]% uit basiszorg DBC's waarvan de patiënt ook minimaal één complexe DBC heeft of één ROBIJN-label. Volgens Erasmus MC komt circa [10-20]% van haar omzet uit de overige basiszorg DBC's (van patiënten zonder ook een complexe DBC én zonder enig ROBIJN-label).
35. Partijen merken nog op dat Erasmus MC een deel van haar basiszorg uit noodzaak moet uitvoeren om aan de door verzekeraars gestelde volumennormen te blijven voldoen. Partijen verwachten echter dat de basiszorg die Erasmus MC levert in de toekomst verhoudingsgewijs af zal nemen omdat Erasmus MC voornemens is zich na de concentratie nog meer dan nu toe te leggen op

¹⁰ Gegevens over 2018 t.a.v. ROBIJN-labels zijn inmiddels wel bekend bij de NZa; de ACM zal deze informatie in geval van een eventuele vergunningsaanvraag bij de NZa en partijen opvragen, maar gaat er nu van uit dat dat percentage niet substantieel afwijkt van dat in de voorgaande jaren.

derdelijnszorg.¹¹ De op zichzelf staande basiszorg kan naar mening van partijen vaak kostenefficiënter geleverd worden door aanbieders van tweedelijnszorg¹² zoals IJsselland. Deze beweging past ook in het bestuurlijk akkoord Juiste Zorg Op de Juiste Plek.¹³ Erasmus MC en IJsselland gelden volgens partijen zelf nu al niet als meest nabije concurrenten en dat zal na de concentratie niet veranderen. In het kader van de prospectieve analyse die de ACM gehouden is te verrichten moet volgens partijen dan ook meegenomen worden dat de overlap in zorgaanbod bij Erasmus MC en IJsselland (die nu al beperkt is) afneemt na de concentratie.

6.1.2 Ovattingen van marktpartijen

36. Meerdere zorgverzekeraars geven op basis van eigen analyses aan dat er in absolute zin veel patiënten zijn die algemene ziekenhuiszorg / basiszorg in een academische setting krijgen. Dit is volgens hen ook het geval bij Erasmus MC.
37. In het onderzoek door de ACM onder marktpartijen is gewezen op een onderzoek¹⁴ van de NZa naar de mate waarin patiënten op basis van de ROBIJN-labelsystematiek binnen academische huizen als 'topreferent' aangemerkt kunnen worden. Dit is voor 50 - 60% van de patiënten (gemiddelde van alle UMC's) het geval waarbij deze patiënten wel ongeveer 80% van de omzet van een academisch ziekenhuis bepalen. Voor Erasmus MC is dat, aldus het NZa onderzoek, circa [60-70]% in patiëntaantallen en [80-90]% aan omzet. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt, is dat het aantal niet als topreferent gelabelde patiënten in 2017 en 2018 is toegenomen¹⁵. Op basis van dit onderzoek ziet de NZa in elk geval mogelijkheden tot het verleggen van patiëntenstromen naar andere niet-academische ziekenhuizen. Uit een eigen analyse van een verzekeraar lijkt er (in 2018) nog een redelijke hoeveelheid verplaatsbare (basis)zorg per UMC te worden gedeclareerd waarbij Erasmus MC aan de bovenkant zit en het voor bepaalde DBC's hoger ligt en voor andere lager.
38. Ook ziekenhuizen geven in het onderzoek door de ACM aan dat Erasmus MC een behoorlijke mate van basiszorg levert waarbij er percentages genoemd worden tussen de 20% en 40%. Meerdere ziekenhuizen zien dan ook zowel Erasmus MC als IJsselland als een concurrent van de betreffende ziekenhuizen op het gebied van basiszorg.
39. Zilveren Kruis merkt ook op dat de discussie over zorgverschuiving vanuit de academische ziekenhuizen steeds opnieuw wordt gevoerd. Volgens deze verzekeraar blijven UMC's betogen dat elke patiënt uniek en complex is en dat het daarom niet mogelijk is om basiszorg te identificeren. Een bepaalde indeling voor zorg is nodig om de mate van complexiteit te bepalen. Het feit dat elke patiënt tot op zekere hoogte uniek is, mag niet worden gebruikt (of misbruikt) om de discussie over de maatschappelijke betaalbaarheid van de zorg en het richten op kerntaken van zorgaanbieders te frustreren, aldus Zilveren Kruis. Juist doordat UMC's aangeven dat ze de door hen aangeboden basiszorg niet kunnen verschuiven, is er naar de mening van deze zorgverzekeraar wel degelijk sprake van horizontale overlap op het gebied van basiszorg tussen UMC's en algemene ziekenhuizen, ook in dit specifieke geval. De reden waarom UMC's richting zorgverzekeraars aangeven de door hen aangeboden basiszorg niet te kunnen verschuiven kan gelegen zijn in het feit dat men als UMC een bepaald volume basiszorg moet draaien om specialisten te kunnen opleiden

¹¹ Dit is met name complexe zorg (die gegeven wordt in academische centra of gespecialiseerde kenniscentra of klinieken).

¹² Voor tweedelijnszorg heb je een verwijzing nodig. Het gaat om zorg door een specialist of in een ziekenhuis waar een huisarts naar doorverwijst.

¹³ Zie hiervoor 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022' d.d. 4 juni 2018 onder paragraaf 2.1.

¹⁴ Monitor basiszorg UMC's van de NZa van september 2020.

¹⁵ Erasmus MC geeft in een reactie op de Monitor basiszorg UMC's van de NZa aan dat zij zich daar niet in herkent. Dat zou gelegen zijn in een in 2017 ingevoerd nieuw Elektronisch PatiëntenDossier en het feit dat de 2018 data waar de ROBIJN-cijfers op gebaseerd worden niet volledig zijn voor de regio Rijnmond.

die ook relatief eenvoudige behandelingen moeten kunnen uitvoeren. Als een academisch ziekenhuis minder basiszorg wil leveren, lijken volumenormen of andere eisen vanuit verzekeraars in elk geval geen rol te spelen.

40. Een ziekenhuis geeft aan dat, aangezien patiënten veelal voor een bepaald ziekenhuis kiezen omdat een huisarts doorverwijst naar dat ziekenhuis, allerlei vormen van zorg bij Erasmus MC binnen komen waaronder ook basiszorg¹⁶. Daarnaast is in het onderzoek onder marktpartijen door meerdere ziekenhuizen genoemd dat de gedachte bij mensen is dat een academisch ziekenhuis het beste is om naar toe te gaan, ook voor aandoeningen die prima door niet-academische ziekenhuizen / basisziekenhuizen kunnen worden behandeld (“naam en faam/reputatie: met Erasmus MC op de achtergrond altijd de mogelijkheid hebben om voor topzorg in aanmerking te komen”/ “in een academisch ziekenhuis is alles beter” of ‘sterk merk’ met als gevolg (van beide) een magneetfunctie¹⁷).

6.1.3 Beoordeling door de ACM

41. In eerdere besluiten is de ACM op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodsubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels voor medisch-specialistische zorg uitgegaan van een aparte relevante markt voor algemene ziekenhuiszorg die is uit te splitsen naar (i) klinische en (ii) niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Voor algemene ziekenhuiszorg wordt ook de term ‘basiszorg’ gebruikt. Op grond van dezelfde overwegingen is in besluiten van de NMa en de ACM een aparte productmarkt voor topzorg onderscheiden die uit te splitsen is naar (i) topklinische en (ii) topreferente zorg. Deze markt voor topzorg is te onderscheiden van de markt voor basiszorg. Voor topzorg gebruikt de ACM ook wel de term ‘complexe zorg’.
42. Ziekenhuizen bieden medisch specialistische zorg waarvan de mate van complexiteit telkens verschillend kan zijn¹⁸. Bij binnenkomst van een patiënt is lang niet altijd duidelijk hoe complex de zorg zal zijn die geboden dient te worden. Er is sprake van heterogeniteit van het zorgaanbod dat verschillende ziekenhuizen leveren, maar lang niet in alle gevallen is er sprake van een ander product of dienst in mededingingsrechtelijke zin; het zijn verschillende typen van medisch specialistische zorg. Als gevolg daarvan is het in de praktijk niet eenvoudig om een goed onderscheid tussen basiszorg en complexe zorg te maken. Er bestaat namelijk geen eenduidige en gedeelde definitie van complexe zorg.
43. Complexiteit van zorg is te onderscheiden in zogenaamde *care complexity* en *case complexity*. Bij *care complexity* bepaalt de aard van de behandeling de mate van complexiteit, bijvoorbeeld door gebruik van speciale apparatuur of dat er een speciale vergunning nodig is. Bij *case complexity* bepaalt de situatie en conditie van de patiënt de mate van complexiteit, bijvoorbeeld omdat die meerdere aandoeningen tegelijk heeft waardoor een op zich eenvoudige ingreep toch complex wordt. Vooral *case complexity* kan er toe leiden dat hetzelfde DBC-zorgproduct de ene keer meer complexe zorg behelst en de andere keer niet. Zoals in het hiernavolgende zal worden beschreven,

¹⁶ In Nederland krijgt de patiënt een verwijzing naar een medisch specialist en niet naar een specifiek ziekenhuis. De patiënt kan dus zelf het ziekenhuis kiezen. Veelal zal de patiënt een advies aan de huisarts vragen en/of het advies van de huisarts volgen.

¹⁷ Aldus enkele quotes uit het onderzoek onder marktpartijen.

¹⁸ Daar waar eerder elk ziekenhuis nog bijna alle typen zorg aanbood, zijn ziekenhuizen zich de laatste jaren steeds meer aan het specialiseren door een bepaald zorgprofiel te kiezen waardoor het verschil in zorgaanbod tussen ziekenhuizen toeneemt. Dat neemt niet weg dat elk ziekenhuis in elk geval in staat geacht mag worden alle typen medische specialistische zorg aan te bieden indien zij dat wenselijk acht, met uitzondering van die behandelingen en/of specialismen waarvoor (inmiddels) volumenormen (zijn gaan) gelden.

heeft de ACM in verschillende zaken in het verleden geconstateerd dat het met name bij *case complexity* niet eenvoudig is om een goed onderscheid te maken tussen basis- en complexe zorg.

44. Net zoals door de ACM is vastgesteld in haar besluiten van 14 december 2016 en 5 september 2017, *Academisch Medisch Centrum en Stichting VUMC*, waar het tenslotte net als in het geval van Erasmus MC om UMC's ging, zijn de productmarkten waarop Erasmus MC en IJsseland actief zijn moeilijk scherp af te bakenen, maar moeten deze worden gezocht binnen een continuüm van basiszorg, topklinische zorg, academische zorg¹⁹ en topreferente/unieke zorg. Topzorg (ook aangeduid met termen als topklinische zorg, academische zorg en/of topreferente/unieke zorg) is dusdanig complexe zorg dat patiënten hiervoor meestal niet naar een basisziekenhuis kunnen. Topzorg wordt vaak alleen in Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (hierna: STZ-ziekenhuizen) en/of UMC's aangeboden omdat hiervoor een bepaalde infrastructuur nodig is die meestal niet in een basisziekenhuis aanwezig is.
45. Uit het besluit van de ACM van 5 september 2017, *Academisch Medisch Centrum en Stichting VUMC*, blijkt dat ook deze UMC's de overwegingen herkennen dat het niet goed mogelijk is de markt voor topzorg scherp af te bakenen ten opzichte van die van basiszorg. Net als binnen de markt voor topzorg is eerder sprake van een continuüm van zorg dan van scherpe, logische afbakeningen. Het is niet mogelijk om in het totale aanbod van medisch-specialistische zorg exacte grenzen te trekken tussen verschillende markten. In de praktijk lopen deze markten in elkaar over.
46. Tegen de achtergrond dat het in de praktijk niet eenvoudig is om een goed onderscheid tussen basiszorg en complexe zorg te maken en er geen eenduidige en gedeelde definitie bestaat van complexe zorg²⁰ heeft de ACM eind 2018 een nieuwe definitie vastgesteld voor basiszorg, met name gericht op *care complexity*: een DBC wordt als basiszorg bestempeld als deze DBC door ten minste 20 algemene ziekenhuizen wordt aangeboden.²¹
47. De ACM bekijkt het verschil tussen basiszorg en complexe zorg vanuit een mededingingsrechtelijke invalshoek en die komt niet per se overeen met een medisch inhoudelijke invalshoek. Specifieke vormen van zorg kunnen vanwege de aard van de behandeling vanuit een medisch inhoudelijk perspectief complex zijn zoals borstkankeroperaties, maar hoeven dat vanuit mededingingsperspectief niet te zijn in het geval een groot aantal ziekenhuizen deze zorg aanbiedt of kan aanbieden.
48. Uit de analyse door de ACM op basis van Vektis declaratiedata blijkt dat Erasmus MC in 2017²² in totaal [VERTROUWELIJK] DBC's²³ gedeclareerd heeft. Hiervan hadden er [VERTROUWELIJK] betrekking op basiszorg en [VERTROUWELIJK] op complexe zorg.²⁴ Circa [70-80]% van al haar in 2017 gedeclareerde DBC's had, indien uitgegaan wordt van de definitie die de ACM hanteert,

¹⁹ Academische zorg is zorg die qua complexiteit en zorgzwaarte (b.v. patiënten met veel co-morbiditeit) eigenlijk uitsluitend in UMC's wordt aangeboden. Het omvat innovatieve zorg en ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, maar wordt soms ook gebruikt om topreferente zorg mee aan te duiden.

²⁰ Uit het DBC-zorgproduct kan dat niet worden afgeleid.

²¹ In het document 'Analyse van productmarkt(en) in de medisch-specialistische zorg' d.d. 28 december 2018 zoals te vinden op de website van de ACM heeft de ACM deze werkwijze beschreven.

²² De ACM maakt gebruik van Vektis data voor haar berekeningen. De meest recente gegevens die bij de ACM bekend zijn, hebben betrekking op 2017. Om deze data representatief te maken voor 2020 heeft de ACM de DBC's van het Havenziekenhuis per specialisme toebedeeld aan de omliggende ziekenhuizen die deze hebben overgenomen.

²³ Een DBC wordt door de ACM als basiszorg bestempeld als die DBC door ten minste 20 algemene ziekenhuizen aangeboden wordt.

²⁴ Conform de definitie 'basiszorg' zoals beschreven in het document 'Analyse van productmarkt(en) in de medisch-specialistische zorg' d.d. 28 december 2018. <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/toelichting-analyse-productmarkten-msz.pdf>

derhalve betrekking op basiszorg en slechts circa [20-30]% op complexe zorg. Het aandeel van basiszorg is bij IJsselland groter. Van de [VERTROUWELIJK] DBC's die in 2017 gedeclareerd zijn, betroffen er [VERTROUWELIJK] basiszorg en [VERTROUWELIJK] complexe zorg. Hieruit blijkt dat circa [90-100]% van de door IJsselland gedeclareerde DBC's basiszorg betreft. Circa [0-10]% van de door IJsselland gedeclareerde DBC's betreft complexe zorg.

49. Volgens de definitie van basiszorg die partijen hanteren, zou [20-30]% van een totaal van [VERTROUWELIJK] DBC's van Erasmus MC in 2017²⁵ basiszorg zijn wat neer komt op [VERTROUWELIJK] DBC's. Daarmee is Erasmus MC een minder groot ziekenhuis op basiszorg dan IJsselland. Vergeleken met andere basisziekenhuizen in de buurt/regio is de basiszorg van Erasmus MC echter nog steeds aanzienlijk van omvang. Zo heeft het Ikazia Ziekenhuis nog wel meer basiszorg DBC's, te weten [VERTROUWELIJK], maar Erasmus MC is op basiszorg wel groter dan het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis met [VERTROUWELIJK] basiszorg DBC's, het Oogziekenhuis Rotterdam met [VERTROUWELIJK] basiszorg DBC's²⁶ en Spijkenisse Medisch Centrum met [VERTROUWELIJK] basiszorg DBC's.
50. Als naar patiëntaantallen gekeken wordt, blijkt uit de Monitor basiszorg UMC's van de NZa van september 2020 dat Erasmus MC in 2018 [VERTROUWELIJK] niet-topreferente patiënten heeft behandeld ten opzichte van [VERTROUWELIJK] topreferente patiënten. Hieruit volgt dat circa [40-50]% van alle door Erasmus MC behandelde patiënten niet-topreferente patiënten betrof waardoor ook op basis daarvan aangenomen kan worden dat Erasmus MC in volumetermen een aanzienlijk aandeel aan basiszorg aanbiedt. Ter vergelijking, in 2017 had IJsselland ruim [VERTROUWELIJK] patiënten waarvan [90-100]% basiszorgpatiënten volgens de definitie van de ACM, oftewel circa [VERTROUWELIJK] niet-topreferente patiënten.
51. Uit voorgaande analyse blijkt dat IJsselland in elk geval voornamelijk basiszorg aanbiedt. Op basis van haar onderzoek komt de ACM tot de conclusie dat ook Erasmus MC actief is op het gebied van basiszorg. Derhalve zijn Erasmus MC en IJsselland actief op dezelfde productmarkt. De vraag is hoe groot het aanbod van Erasmus MC op deze markt is omdat hier verschillende inzichten over zijn. Feit is dat Erasmus MC en IJsselland voor basiszorg min of meer een vergelijkbaar aanbod aan patiënt en verzekeraar (kunnen) doen.
52. De ACM realiseert zich dat de uitkomsten van voorgaande data-analyse waaruit blijkt dat Erasmus MC grotendeels actief zou zijn op het gebied van basiszorg en in mindere mate op het gebied van complexe zorg niet overeenkomt met de medische werkelijkheid. De verwijzrelatie met huisartsen is volgens partijen een indicator om te bezien of Erasmus MC en IJsselland al dan niet gelden als elkaars meest nabije concurrenten (zie punt 102). Als het gaat om door huisartsen doorverwezen zorg gaat de ACM er van uit dat het meeste daarvan daadwerkelijke basiszorg betreft, terwijl complexe zorg vooral zorg is waarnaar verwezen is door een andere arts dan een huisarts/vanuit de tweede lijn(zorg). Door voor de regio een selectie te maken van de huisartsen die relevant zijn voor de beoordeling van de concentratie en alleen te kijken naar de door hen verwezen patiënten worden de doorverwijzingen van specialist naar ziekenhuis die hoogstwaarschijnlijk niet zien op basiszorg er uitgehaald. Als dat gedaan wordt, blijkt dat Erasmus MC een stuk minder (zowel procentueel als absoluut) verwijzingen krijgt vanuit huisartsen dan andere ziekenhuizen in Rotterdam. Dit zou een indicatie kunnen zijn dat huisartsen Erasmus MC in mindere mate als een ziekenhuis zien waar zij patiënten naar toe kunnen verwijzen voor basiszorg dan de andere ziekenhuizen in Rotterdam. Desalniettemin constateert de ACM dat Erasmus MC daadwerkelijk verwijzingen van huisartsen krijgt op het gebied van basiszorg. Derhalve is er volgens de ACM voldoende aanleiding om de

²⁵ Partijen gebruiken hier als bron de DIS data die iets kunnen afwijken van de bron Vektis die de ACM gebruikt. Dat verklaart het verschil in het totaal aan gedeclareerde DBC's in 2017.

²⁶ Dit betreft (waarschijnlijk) alleen ooggerelateerde behandelingen.

concurrentie tussen Erasmus MC en IJsselland om patiënten die vanuit de huisartsen (eerste lijn) verwezen worden in een eventuele vergunningsfase nader te bezien. In een eventuele vergunningsfase zal, ter beantwoording van de vragen welke zorg van Erasmus MC en IJsselland als basiszorg kwalificeert en of er door de overname een belangrijk alternatief wegvalt, onderzoek gedaan worden naar het verwijsgedrag van huisartsen door huisartsen daar kwalitatief over te bevragen. Van huisartsen mag verwacht worden dat zij relatief goed zicht op het zorgaanbod van ziekenhuizen en de verschillen daarin hebben.

53. Ten aanzien van het voorstel van partijen om ROBIJN-labels te hanteren als 'filter' voor complexe zorg merkt de ACM op dat ROBIJN-labels zijn ontworpen voor het verlenen, verdelen en verantwoorden van de BBAZ. Voor zover de ACM dat in deze fase van de procedure kan nagaan, zijn de ROBIJN-labels een poging om inzichtelijk te maken welke zorg onder de BBAZ valt. Desalniettemin realiseert de ACM zich dat de zorg die mede op basis van de BBAZ vergoed wordt in principe 'complexe zorg' is. ROBIJN-labels kunnen ook toegepast worden op de STZ-ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Dan blijkt dat bij elk ziekenhuis wel een deel van de patiënten voldoet aan één of meerdere van deze labels. Dit onderstreept ook de eerder benoemde heterogeniteit van het medisch specialistische zorgaanbod. Het aandeel van patiënten met één of meerdere van deze labels is wel hoger bij UMC's dan bij de overige ziekenhuizen. Correcties op basis van ROBIJN-labels (of *case-complexity*) zouden dus ook toegepast moeten worden op alle andere ziekenhuizen om in deze zaak betekenisvolle analyses te kunnen uitvoeren. Dit zou betekenen dat niet alleen de markt voor basiszorg kleiner wordt, maar ook de markt voor complexe zorg groter waardoor in dit specifieke geval de overlap tussen Erasmus MC en IJsselland op die laatste markt toeneemt en daar mogelijk andere mededingingsproblemen tot gevolg kan hebben en/of reeds geconstateerde mogelijke mededingingsproblemen kan vergroten. In een eventuele vergunningsfase zal bekeken worden of en in hoeverre ROBIJN-labels bruikbaar zijn in productmarktafbakening voor het mededingingstoezicht. Als de conclusie daarvan zou zijn dat voor de beoordeling van onderhavige concentratie mede betekenis kan worden toegekend aan de door de NZa gebruikte ROBIJN-labels zal de ACM de NZa vragen deze classificatie ook te maken voor IJsselland en de andere relevante ziekenhuizen.
54. De door partijen voorgestelde filtering op de door de ACM gehanteerde definitie van basiszorg door middel van '*case complexity*' is lastig te operationaliseren en de definitie van partijen (er is sprake van *case complexity* als een patiënt in hetzelfde jaar zowel een basis DBC als een complexe DBC heeft) geeft volgens de ACM een overschatting van de hoeveelheid complexe zorg. Tussen de behandelingen hoeft immers geen verband te bestaan. Hetzelfde geldt voor de psychiatrische patiënten waarvoor partijen aangeven te willen corrigeren. Ook kan de volgorde qua 'openingsdatum' (aanvang behandeling) van een DBC van belang zijn. Als een complexe DBC volgt op een basis DBC dan betekent dit nog niet per definitie dat de eerste behandeling ook complexe zorg behelst. Andersom geldt hetzelfde, als een basiszorg DBC volgt op een complexe zorg DBC dan betekent dit ook niet per definitie dat de basiszorg DBC complexe zorg behelst. Daarnaast zal voor een juiste analyse dezelfde filtering moeten worden toegepast op de zorg die door IJsselland en andere omliggende ziekenhuizen uitgevoerd wordt.
55. Voor deze fase van de procedure is de ACM, mede gelet op voorgaande, van oordeel dat de opeenstapeling van 1) de definitie van basiszorg van de ACM, 2) *case complexity* (basis DBC + complexe DBC), 3) de ROBIJN-criteria en 4) de filtering van psychiatrische patiënten met comorbiditeit zoals partijen deze maken er toe leidt dat partijen de hoeveelheid basiszorg die wordt aangeboden door Erasmus MC onderschatten.
56. Daarom richt de ACM zich in dit besluit en in deze fase van de procedure bij gebreke van een breed gedragen, eenduidige en op dit geval beter toepasbare definitie op de overlap tussen Erasmus MC en IJsselland op basis van haar eigen eind 2018 opgestelde definitie van basiszorg en de NZa

formulering van patiëntengroepen uit 2018. De ACM acht hierbij relevant dat meerdere zorgverzekeraars eigen analyses gemaakt hebben waaruit blijkt dat er in absolute zin veel patiënten zijn die basiszorg in een academische setting krijgen, ook in het geval van Erasmus MC. De ACM is voornemens bedoelde analyses in een eventuele vergunningsfase op te vragen en de zorgverzekeraars in elk geval te vragen hun stellingen (verder) te onderbouwen.

57. De DBC's die niet als basiszorg bestempeld zijn, geven een goed beeld van de DBC's die als complexe zorg bestempeld kunnen worden. Volgens partijen biedt IJsselland alleen op het gebied van MDL complexe zorg aan. Als gevolg van de basiszorgdefinitie waar de ACM in dit besluit en in deze fase van de procedure van uit gaat, lijkt er wel degelijk sprake van een grotere overlap in de activiteiten van Erasmus MC en IJsselland op het gebied van complexe zorg. Dat heeft te maken met het feit dat basiszorg en complexe zorg elkaar complementeren. E.e.a. is in overeenstemming met dat ROBIJN criteria/labels volgens partijen ook aan de orde zijn bij patiënten met een basis DBC en dat dat dus complexe zorg is. Dat kan net zo goed bij IJsselland spelen als dat bij Erasmus MC het geval is. Bij de beoordeling van de gevolgen van deze overname wordt ingezoomd op hoe groot de overlap op het gebied van complexe zorg is uitgaande van de hierboven bedoelde basiszorgdefinitie van de ACM. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzocht worden in welke mate IJsselland daadwerkelijk actief is op het gebied van complexe zorg. Daar waar in een eventuele vergunningsfase duidelijk(er) wordt in welke mate Erasmus MC actief is op basiszorg²⁷ verwacht de ACM dat daarmee automatisch duidelijk(er) wordt in welke mate dat voor IJsselland op complexe zorg het geval is.
58. De basiszorgactiviteiten van Erasmus MC en IJsselland overlappen voor de meeste patiëntengroepen. Een productmarktafbakening op het niveau van patiëntengroepen is volgens de ACM een toekomstgerichte benadering. Ook uit het advies *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú* van het Zorginstituut Nederland en de NZa zoals dat is uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport d.d. 27 november 2020²⁸ blijkt dat een doelgroep/patiëntengroep een goed startpunt is om vanuit de organisatie van zorg meer passende zorg te laten ontstaan. In dat advies valt te lezen dat in de klinische praktijk op een enkele plaats een benadering op doelgroep(en)niveau zichtbaar is en de organisatie hierop is aangepast. De mammapoli is zo'n voorbeeld. Binnen een mammapoli werken verschillende specialismen samen. Patiënten die zich presenteren met een 'knobbeltje in de borst', een verdenking op borstkanker of de angst hiervoor vormen de doelgroep van de mammapoli en starten op een vergelijkbaar initieel zorgpad. Volgens bedoeld advies vormt de mammapoli de optimale inrichting van zorg rondom deze doelgroep. Desondanks zal de aard of ernst van de aandoening samen met de diagnose bepalen welk zorgpad het meest passend is.
59. In het besluit analyseert de ACM de gevolgen van de concentratie op het niveau van algemene ziekenhuis-/basiszorg, complexe zorg en daarbinnen op patiëntengroepniveau. Aangezien in eerdere besluiten van de NMa en de ACM uitgegaan is van het bestaan van aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg is er voor de ACM aanleiding om ook hierbij in beginsel²⁹ een onderscheid te maken tussen klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.³⁰ Aangezien ziekenhuizen onderhandelen en contracteren met zorgverzekeraars

²⁷ De ACM heeft overigens ook al geanalyseerd wat de marktaandeelen zullen zijn als Erasmus MC voor een kleiner deel aan basiszorg doet. Zie punt 122.

²⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/27/samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>.

²⁹ Uitzondering daarop vormt de situatie waarin Erasmus MC of IJsselland op een bepaalde patiëntengroep geen klinische productie heeft, maar de meeste behandelingen in die betreffende patiëntengroep niet-klinisch uitgevoerd worden. Daar zal bij de beoordeling namelijk nog wel degelijk rekening mee gehouden worden en in die zin wordt het onderscheid klinisch - niet-klinisch dus wat minder strikt gehanteerd.

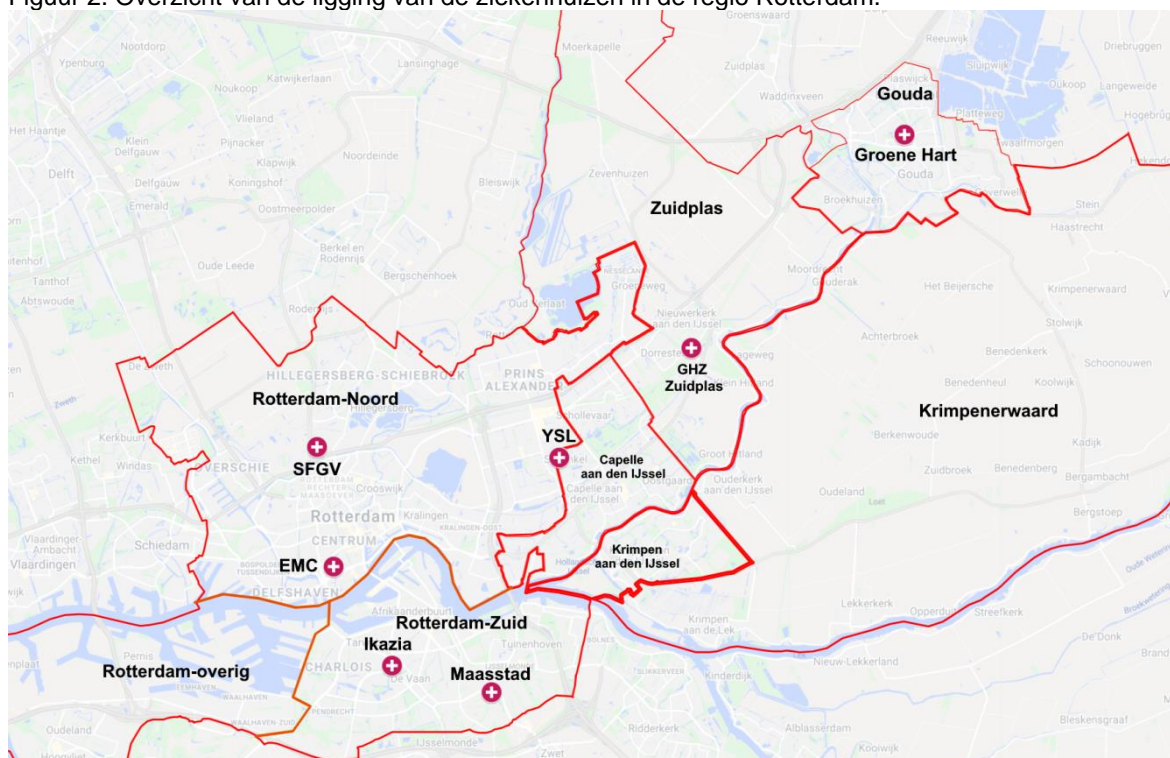
³⁰ Er is sprake van niet-klinische ziekenhuiszorg als een patiënt via een poliklinische behandeling of dagopname binnen 24

voor basiszorg en complexe zorg (gezamenlijk) zal de ACM in het besluit tot slot bezien wat de gevolgen zullen zijn van de concentratie indien Erasmus MC en IJsselland, al dan niet gezamenlijk, in algemene zin ziekenhuiszorg inkopen.

6.2 Relevante geografische markten

60. Voor de beoordeling van een concentratie is het naast een analyse of de zorgaanbieders dezelfde diensten aanbieden belangrijk om vast te stellen of de bij de concentratie betrokken partijen en omliggende zorgaanbieders geografisch gezien een alternatief voor elkaar vormen en hun diensten in dezelfde relevante geografische markt aangeboden worden. Om de geografische markt af te bakenen maakt de ACM gebruik van meerdere bronnen die zij in samenhang met elkaar beziet zoals patiëntenstromen, reistijden en de zienswijzen van partijen en marktpartijen. In onderstaande kaart (figuur 2) is aangegeven welke (deel)gemeenten en ziekenhuizen rondom de ziekenhuizen van Erasmus MC en IJsselland liggen.

Figuur 2. Overzicht van de ligging van de ziekenhuizen in de regio Rotterdam.



6.2.1 Opvattingen van partijen

61. Partijen wijzen er op dat er meerdere ziekenhuizen zijn die rondom Erasmus MC en IJsselland liggen. Op basis van reistijd met de auto vanuit de verschillende ziekenhuizen in de regio Rotterdam zouden er meerdere ziekenhuizen zijn die dichterbij Erasmus MC zijn gelegen dan IJsselland. Op basis van reistijd met het openbaar vervoer (hierna: OV) zou eveneens gelden dat er meerdere ziekenhuizen zijn die ongeveer even dicht bij Erasmus MC liggen als IJsselland. Vanaf IJsselland zou het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda het meest dichtbij gelegen ziekenhuis zijn, aldus partijen.

uur kan worden geholpen. Bij een klinische behandeling wordt de patiënt langer dan 24 uur opgenomen in het ziekenhuis.

Vanaf IJsselland zouden de reistijden naar de verschillende concurrenten die gevestigd zijn in Rotterdam langer zijn daar de OV-verbinding met Rotterdam (relatief) suboptimaal zou zijn. E.e.a. betekent volgens partijen dat er meerdere alternatieven zijn voor basiszorg in de regio Rotterdam. Deze andere aanbieders (zowel ziekenhuizen als zelfstandige behandelcentra) zouden door het wegen- en/of OV-net in de regio op reisbare afstand van elkaar gevestigd zijn.

62. Erasmus MC rekent de gemeenten Albrandswaard, Barendrecht, Binnenmaas, Brielle, Capelle aan den IJssel, Cromstrijen, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Korendijk, Krimpen aan den IJssel, Maassluis, Nissewaard, Oud-Beijerland, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Strijen, Vlaardingen en Westvoorne tot haar (intern gehanteerde) adherentiegebied (voor basiszorg). Voor IJsselland zijn dit de gemeenten Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel (gemeente Zuidplas), de Krimpenerwaard en de oostelijke kant van Rotterdam.
63. Partijen hebben een analyse gemaakt langs de lijnen van de 90%-herkomstmethode die de ACM bij haar besluiten vaak gebruikt als een belangrijke indicator voor relevante geografische markten in de ziekenhuiszorg. Uit deze analyse van partijen blijkt dat IJsselland 90% van haar patiënten uit de nabije regio haalt voor haar basiszorg (Rotterdam³¹, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas).
64. Partijen hebben een zelfde analyse uitgevoerd voor Erasmus MC waarbij ze alleen gekeken hebben naar patiënten met basiszorg die geen complexe DBC hebben en ook geen ROBIJN-label. Partijen geven aan dat de 90%-methode voor Erasmus MC minder geschikt is omdat hierdoor ook gemeenten uit andere (verder gelegen) provincies naar voren komen in de analyse. Zij zijn daarom uitgegaan van een herkomstpercentage van 70% zoals de ACM ook gedaan heeft bij een eerdere beoordeling van een overname waar Erasmus MC bij betrokken was. Dit geeft nog altijd een herkomstgebied van 16 gemeenten (Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Nissewaard, Schiedam, Vlaardingen, Barendrecht, 's-Gravenhage, Krimpen aan den IJssel, Dordrecht, Lansingerland, Ridderkerk, Hellevoetsluis, Krimpenerwaard, Goeree-Overflakkee, Albrandswaard en Zuidplas).
65. Op basis van voorgaande gegevens komen partijen uitsluitend ten behoeve van de onderhavige melding tot een relevante geografische markt die de gemeenten Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas omvat.

6.2.2 Opvattingen van marktpartijen

66. Rotterdam Rijnmond, het gebied waar Erasmus MC en IJsselland actief zijn, heeft een hoge ziekenhuisdichtheid en er zijn voldoende alternatieven op redelijke afstand, aldus CZ. Volgens Menzis is één van de belangrijkste redenen voor basiszorgpatiënten om naar een specifiek ziekenhuis te gaan de reisafstand. DSW geeft aan dat de A16 tussen Capelle aan den IJssel en Rotterdam een natuurlijke barrière vormt voor het adherentiegebied van beide ziekenhuizen. Patiënten uit Capelle aan den IJssel kiezen voor "hun" ziekenhuis omdat IJsselland een laagdrempelig ziekenhuis om de hoek is. Door de vergrijzende populatie is er sprake van mobiliteitsarmoede. Het is moeilijker voor deze groep om zonder hulp naar Rotterdam-centrum te gaan onder meer vanwege de afstand. (Sint) Franciscus Gasthuis & Vlietland (hierna: SFGV) geeft aan dat juist de geografische bereikbaarheid van Erasmus MC, in het centrum van het stedelijk gebied van en rond Rotterdam, één van de redenen is dat patiënten er voor kiezen voor basiszorg naar Erasmus MC te gaan.

³¹ Waarbij partijen de gemeente Rotterdam volledigheidshalve ook uitgesplitst hebben in stadsdelen om inzichtelijk te maken uit welke regio's in Rotterdam de patiënten van IJsselland (met name) komen. Het betreft dan m.n. Prins Alexander, te weten circa [30-40]%, en maar circa [0-10]% (max. [0-10]%) uit Zuid (Feijenoord circa [0-10]%, IJsselmonde [0-10]%) en overige stadsdelen circa [0-10]%).

67. VGZ geeft aan dat één van de factoren die meeweegt in geval zij over zou gaan tot het verplaatsen van zorg gelegen is in het feit of er alternatieve ziekenhuizen bereikbaar zijn. Daarbij hanteert zij als vuistregel dat er een alternatief ziekenhuis aanwezig is binnen een straal van 15 kilometer. Als de ACM deze vuistregel toepast op Erasmus MC en IJsselland dan zijn SFGV, Ikazia Ziekenhuis en Maasstad Ziekenhuis alternatieven. Overigens geeft VGZ zelf aan dat er in de regio Rotterdam in een straal van 15 km (vanaf Erasmus MC) zes andere ziekenhuizen liggen. Op de vraag welke ziekenhuizen VGZ als alternatief ziet voor IJsselland noemt zij in elk geval ook het Groene Hart Ziekenhuis. Ook CZ noemt het Groene Hart Ziekenhuis qua aanrijtijd als alternatief voor IJsselland.
68. In tegenstelling tot in het vorige punt aangehaalde standpunt van VGZ kijkt Zilveren Kruis geografisch gezien naar de regio 'Groot-Rotterdam' waar het Groene Hart Ziekenhuis niet toe behoort. De markt voor basiszorg is, aldus Zilveren Kruis, geografisch kleiner dan de markt voor topreferente zorg. Aangezien IJsselland voornamelijk basiszorg levert, geeft dat volgens Zilveren Kruis geen reden tot afwijken van de geografische markt waar zij van uitgaat. Volgens Zilveren Kruis valt het Groene Hart Ziekenhuis dus niet in de relevante geografische markt.
69. SFGV ziet Erasmus MC en IJsselland als de twee andere ziekenhuizen waarmee zij op basiszorg het meest concurreert omdat deze ziekenhuizen in haar regio liggen. Zij geeft aan dat Erasmus MC en IJsselland geografisch zeer dicht bij elkaar liggen en dat huisartsen naar beide ziekenhuizen verwijzen.
70. Het Maasstad Ziekenhuis geeft aan dat haar adherentiegebied en dat van IJsselland geen tot beperkte overlap hebben waardoor zij zichzelf niet als concurrent ziet van IJsselland. Volgens haar zijn de belangrijkste concurrenten van IJsselland het SFGV, het Groene Hart Ziekenhuis en Erasmus MC. Het Maasstad Ziekenhuis geeft uitdrukkelijk aan dat Erasmus MC en IJsselland op basiszorg voor hetzelfde concurrentiegebied, te weten de noordoever³², concurreren. In het zuiden van Rotterdam ziet het Maasstad Ziekenhuis het Ikazia Ziekenhuis vanwege haar ligging als concurrent van haar eigen ziekenhuis op het gebied van algemene ziekenhuis-/basiszorg. Ook het Ikazia Ziekenhuis ziet zichzelf door haar ligging in Rotterdam-Zuid niet als concurrent van Erasmus MC met haar ligging op Noord, noch van IJsselland met haar ligging in Capelle aan den IJssel en haar bijbehorende adherentiegebied. Zij noemt als directe concurrent op basiszorg het eveneens op de zuidoever gelegen Maasstad Ziekenhuis. Volgens het Ikazia Ziekenhuis wonen er potentiële patiënten in het adherentiegebied van Erasmus MC en IJsselland die nu een keuze maken tussen beide; voor deze groep van patiënten liggen de overige aanpalende ziekenhuizen verder weg. Voor de reguliere zorg ziet zij zichzelf en het Maasstad Ziekenhuis wel als reële alternatieven voor de groep patiënten die in het centrum wonen, in de buurt van de Maas.
71. Het Groene Hart Ziekenhuis geeft aan dat zij zelf in beperkte mate een concurrent is voor Erasmus MC voor de basiszorg. Gezien geografie/aangrenzend adherentie-/verzorgingsgebied (Zuidplas en Krimpenerwaard) ziet zij zichzelf wel als concurrent voor IJsselland op het gebied van basiszorg. Het Groene Hart Ziekenhuis kwalificeert Erasmus MC ook als één van de belangrijkste concurrenten van IJsselland op het gebied van basiszorg. Ook volgens het Groene Hart Ziekenhuis liggen Erasmus MC en IJsselland geografisch dicht genoeg bij elkaar dat inwoners van Rotterdam in elk geval een keuze maken uit beide.
72. Tot slot noemt ook het Spijkenisse Medisch Centrum de ziekenhuizen IJsselland en SFGV als de belangrijkste concurrenten voor Erasmus MC op basiszorg. Spijkenisse Medisch Centrum ziet zichzelf niet als concurrent voor IJsselland omdat zij te ver uit elkaar liggen.
73. De bevroegde ziekenhuizen geven aan dat vanuit de patiënt bekeken de Maas een natuurlijke barrière vormt in Rotterdam en dat als gevolg daarvan de ziekenhuizen die in Rotterdam-Zuid

³² Toevoeging ACM: de noordoever van de Nieuwe Maas die door Rotterdam stroomt.

gelegen zijn geen of in elk geval in mindere mate concurrentie uitoefenen op Erasmus MC als het op basiszorg aankomt dan een ziekenhuis aan de noordkant van de Maas.

6.2.3 Beoordeling door de ACM

Basiszorg

74. De ACM heeft voor Erasmus MC en IJsselland gekeken uit welke postcodegebieden hun patiënten afkomstig zijn voor zowel klinische zorg als voor niet-klinische zorg. De ACM neemt in geval van basis- en STZ-ziekenhuizen als gebruikelijk startpunt voor de kwantitatieve analyse ten behoeve van de marktafbakening het gebied waaruit meer dan 90% van de patiënten van de respectievelijke partijen afkomstig is (het herkomstgebied³³). Aangezien toepassing van de 90% herkomstmethode bij een academisch ziekenhuis zoals Erasmus MC een lijst van gemeenten uit andere (verder gelegen) provincies en een uitgestrekt en versnipperd gebied oplevert, hanteert de ACM voor concurrentieanalyses van academische ziekenhuizen een grens van circa 60% - 70% van de herkomst. In een eerdere beoordeling door de ACM is voor Erasmus MC³⁴ uiteindelijk een grens van 70% aangehouden. Partijen hebben opgemerkt dat dit inderdaad goed aansluit bij het adherentiegebied dat Erasmus MC intern hanteert. In bijlage A staan de tabellen met herkomstgemeenten bij verschillende herkomstpercentages. Het aandeel per gemeente verandert niet heel veel of nu 60%, 70% of 80% genomen wordt, maar de staart van herkomstgebieden die een klein aandeel hebben in de totale productie van Erasmus MC wordt wel steeds groter.
75. Om te bezien of de Maas een natuurlijke grens vormt tussen Rotterdam-Noord en Rotterdam-Zuid heeft de ACM deze gebieden apart opgenomen in de analyses. IJsselland biedt klinische zorg aan patiënten uit postcodegebieden in Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard, Zuidplas, Rotterdam-Zuid, Lansingerland, Barendrecht en Dordrecht. Niet-klinische zorg biedt zij aan patiënten uit postcodegebieden in dezelfde gemeenten met uitzondering van Dordrecht. Dat betekent niet dat IJsselland uit al die (deel)gemeenten waar zij actief is even veel patiënten haalt. Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel behoren evident tot de geografische markt voor basiszorg aangezien daar respectievelijk [40-50]%, [20-30]% en [10-20]% van alle patiënten van IJsselland vandaan komen. Ook uit Krimpenerwaard komt nog ruim [0-10]% van de klinische patiënten van IJsselland. Van de niet-klinische patiënten is dat percentage bijna [0-10]%. Aangezien Zuidplas ook een herkomstpercentage heeft van ruim [0-10]%^³⁵ beschouwt de ACM het verzorgingsgebied van IJsselland voor basiszorg als het gebied dat Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas omvat³⁶. Deze selectie van gemeenten bevat [80-90]% van de herkomst van klinische patiënten en

³³ De ACM bepaalt het herkomstgebied op basis van postcode. Dit betekent dat eerst wordt bepaald uit welke postcodes de 90% (of in geval van academische ziekenhuizen 60% of 70%) van de patiënten afkomstig zijn. Vervolgens wordt gekeken in welke gemeenten deze postcodes liggen en dan worden de herkomstpercentages van de geselecteerde postcodes opgeteld naar (deel)gemeenteniveau. Dit betekent dat als gekeken wordt naar 70% herkomst er dus een groter percentage patiënten uit een bepaalde gemeente kan komen dan wanneer naar 60% herkomst wordt gekeken.

³⁴ Besluit van 21 april 2017 inzake Erasmus MC en Admiraal de Ruyterziekenhuis, punt 30 en voetnoot 31 waar aangegeven is dat het niet waarschijnlijk is dat steden als Den Haag en Dordrecht tot de relevante geografische markt voor basiszorg horen.

³⁵ Voor IJsselland klinische en niet-klinische zorg komt ongeveer [90-100]% van de patiënten uit de gemeente Zuidplas uit de plaats Nieuwerkerk aan den IJssel.

³⁶ Uit elk van de (deel)gemeenten Rotterdam-Zuid, Lansingerland, Barendrecht en Dordrecht komt minder dan [0-10]% van de IJssellandpatiënten.

[80-90]%³⁷ van de herkomst van niet-klinische patiënten als gevolg waarvan gesteld kan worden dat het niet (veel) uit maakt als klinisch en niet-klinisch samen genomen worden. Het feit dat minder dan [0-10]% van de IJssellandpatiënten afkomstig is uit Rotterdam-Zuid is voor de ACM reeds een eerste indicatie om Rotterdam-Zuid niet mee te nemen in de relevante geografische markt voor basiszorg.

76. In de onderstaande tabel (tabel 1) staat voor de herkomstgemeenten ook het aandeel van de patiënten van IJsselland³⁸. Voor klinische zorg komt dus circa [40-50]% van de patiënten uit Rotterdam-Noord en van alle klinische patiënten uit Rotterdam-Noord gaat circa [20-30]% naar IJsselland. Het aantal patiënten dat uit Rotterdam-Zuid, Lansingerland, Barendrecht of Dordrecht naar IJsselland gaat, is maximaal [0-10]%. Het feit dat het aandeel van IJsselland in Rotterdam-Zuid slechts [0-10]% bedraagt, in combinatie met de lage herkomst uit Rotterdam-Zuid voor IJsselland, is voor de ACM reden om Rotterdam-Zuid niet mee te nemen in de relevante geografische markt voor basiszorg. De verschillen in herkomstpercentage zijn heel klein tussen klinische en niet-klinische zorg. Wat betreft het aandeel per herkomstgemeente ligt dit voor klinische zorg iets hoger dan voor niet-klinische zorg.

Tabel 1. Herkomstgemeenten voor IJsselland op basis van 90% met per gemeente het aandeel van IJsselland in de gevraagde basiszorg

IJsselland Gemeente	Klinische zorg		Niet-klinische zorg	
	Herkomst	Aandeel	Herkomst	Aandeel
Rotterdam-Noord	[40-50]%	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%
Capelle aan den IJssel	[20-30]%	[60-70]%	[20-30]%	[50-60]%
Krimpen aan den IJssel	[10-20]%	[70-80]%	[10-20]%	[50-60]%
Krimpenerwaard	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%
Zuidplas	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%
Rotterdam-Zuid	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Lansingerland	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Barendrecht	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Dordrecht	[0-10]%	[0-10]%		

77. In de hiernavolgende tabel (tabel 2) heeft de ACM ook de herkomstgemeenten en het aandeel dat Erasmus MC heeft van alle patiënten per gemeente in kaart gebracht. Net als in het eerdere besluit hanteert de ACM een grens van 70% van alle geleverde zorg. De lijst met herkomstgemeenten voor Erasmus MC is erg lang en komt bij klinische basiszorg uit op meer dan **[VERTROUWELIJK]** gemeenten en bij niet-klinische basiszorg zelfs op meer dan **[VERTROUWELIJK]** gemeenten. De (deel)gemeenten met postcodes waar minstens [0-10]% van de patiënten van Erasmus MC vandaan komen, zijn voor klinische zorg Rotterdam-Noord, Rotterdam-Zuid, Nissewaard, Capelle aan den IJssel, Schiedam, Vlaardingen, Rotterdam overig³⁹, Dordrecht, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Barendrecht, Lansingerland en Zuidplas. Voor de niet-klinische zorg zijn dit bijna dezelfde gemeenten. Rotterdam-Noord springt er voor zowel klinische als niet-klinische zorg uit, [20-30]% van

³⁷ De grens ligt rond de 90%. De ACM heeft hier gekozen om net onder de grens te gaan zitten omdat een (deel)gemeente vanaf hier minder dan 1% toevoegt.

³⁸ Het marktaandeel van IJsselland in de herkomstgemeenten is berekend op gemeenteniveau. Dit wijkt dus iets af van de herkomstpercentages die berekend zijn op postcodeniveau. Voor de gemeenten waar de meeste patiënten van IJsselland vandaan komen, geldt echter dat alle of bijna alle postcodes meegenomen worden in de 90%.

³⁹ Postcodes in de havens en van Hoek van Holland.

de patiënten van Erasmus MC is afkomstig uit dit gebied. Voor alle andere gemeenten betreft het minder dan [0-10]%, met uitzondering van Rotterdam-Zuid waar nog [0-10]% van de patiënten van Erasmus MC vandaan komt. In bijlage A staan alle gemeenten en herkomstpercentages genoemd. In onderstaande tabel staan de herkomstpercentages en aandelen van de herkomstgemeenten met meer dan [0-10]% van de patiënten van Erasmus MC. Voor Erasmus MC komen de meeste patiënten uit Rotterdam-Noord. Daarnaast blijkt dat van alle patiënten uit Rotterdam-Noord circa [10-20]% van de klinische patiënten en circa [20-30]% van de niet-klinische patiënten naar Erasmus MC gaat.⁴⁰ In de andere (delen van) gemeenten liggen deze percentages een stuk lager.

Tabel 2. Herkomstgemeenten voor Erasmus MC op basis van 70%, gemeenten met meer dan 1% van de patiënten apart genoemd en per gemeente het aandeel van Erasmus MC in de gevraagde basiszorg

Erasmus MC Gemeente	Klinische zorg		Niet-klinische zorg	
	Herkomst (70%)	Aandeel	Herkomst (70%)	Aandeel
Rotterdam-Noord	[20-30]%	[10-20]%	[20-30]%	[20-30]%
Rotterdam-Zuid	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Capelle aan den IJssel	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Nissewaard	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Schiedam	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Vlaardingen	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Rotterdam overig	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Dordrecht	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Hellevoetsluis	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Barendrecht	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Lansingerland	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Zuidplas	[0-10]%	[0-10]%		
Ridderkerk			[0-10]%	[0-10]%
Overige gemeenten (minder dan 1% per gemeente)	[10-20]%		[10-20]%	
Totaal	70%		70%	

78. De ACM heeft ook in eerdere zaken geconstateerd dat circa 5% van de patiënten naar een academisch ziekenhuis gaat, ook als patiënten langs verschillende andere ziekenhuizen moeten

⁴⁰ Het valt op dat bij niet-klinisch de percentages hoger liggen, terwijl niet-klinische behandelingen relatief eenvoudiger zijn en dus makkelijker uit te voeren in een algemeen ziekenhuis. Wellicht zijn patiënten minder bereid verder te reizen voor niet-klinische behandelingen en gaan zij voor niet-klinische behandelingen eerder naar Erasmus MC als ze in de directe omgeving wonen.

reizen.⁴¹ Dat zou te maken kunnen hebben met de *case complexity*. Als aangenomen wordt dat 5% van de basiszorg van Erasmus MC in feite academische zorg betreft en er dus bij iedere gemeente circa 5% afgehaald wordt (academische zorg) en dan gekeken wordt wat er over blijft voor Erasmus MC, dan betekent dat nog steeds dat Rotterdam-Noord de belangrijkste (deel)gemeente blijft voor Erasmus MC en IJsselland samen.

79. Uit een analyse van waar inwoners van belangrijke (deel)gemeenten voor Erasmus MC en IJsselland naar toe gaan voor klinische en niet-klinische basiszorg (bestemmingsanalyse) blijkt dat uit de (deel)gemeenten Rotterdam-Noord, Krimpen aan den IJssel Capelle aan den IJssel, Zuidplas en Krimpenerwaard een belangrijk aantal patiënten⁴² kiest voor Erasmus MC of IJsselland.⁴³ Uit Rotterdam-Zuid kiest slechts een klein deel ([0-10]% voor klinische basiszorg en [10-20]% voor niet-klinische basiszorg) voor Erasmus MC of IJsselland. Dit is een indicatie dat de concurrentieomstandigheden in de eerder genoemde (deel)gemeenten en Rotterdam-Zuid mogelijk van elkaar afwijken. Dit is een aanwijzing dat Rotterdam-Zuid niet tot dezelfde geografische markt als Rotterdam-Noord, Krimpen aan den IJssel Capelle aan den IJssel, Zuidplas en Krimpenerwaard behoort.
80. Eveneens wijzen deze cijfers er op dat ziekenhuizen in Noord en Zuid, vanuit de patiënt gezien, geen alternatieven voor elkaar zijn. Dit bevestigt het beeld dat uit het onderzoek onder marktpartijen naar voren komt waarin werd aangegeven dat de Maas een natuurlijke barrière tussen Rotterdam-Noord en Rotterdam-Zuid is.

Splitsing Rotterdam in deelgemeenten

81. Uit het onderzoek onder marktpartijen volgt dat de Maas een grens zou kunnen zijn. Als Rotterdam gesplitst wordt op basis van de Maas dan bestaat Rotterdam-Noord uit de deelgemeenten Rotterdam Centrum, Delfshaven, Kralingen-Crooswijk, Noord, Overschie, Hillegersberg-Schiebroek en Prins Alexander. Rotterdam-Zuid omvat de deelgemeenten Feijenoord, IJsselmonde en Charlois. De gebieden Hoek van Holland, Rozenburg, Hoogvliet, Pernis en Europoort worden samengenomen in Rotterdam overig.
82. Als gekeken wordt naar de herkomstanalyse door partijen van de gemeente Rotterdam blijkt dat Rotterdam-Zuid voor basiszorg geen belangrijke (deel)gemeente is voor Erasmus MC en IJsselland samen. IJsselland haalt relatief weinig, te weten maximaal [0-10]% van haar patiënten uit Rotterdam-Zuid (namelijk uit de deelgemeenten IJsselmonde [0-10]%, Feijenoord [0-10]% en overige stadsdelen [0-10]%). Voor Erasmus MC geldt dat zij aangeeft circa [0-10]% uit de deelgemeente Feijenoord te halen en [0-10]% uit IJsselmonde (hoeveel patiënten Erasmus MC uit Charlois haalt, is onbekend aangezien Charlois valt onder wat partijen overige stadsdelen noemen). Daarentegen komt [20-30]% van de patiënten van Erasmus MC uit de rest van Rotterdam, niet zijnde Rotterdam-Zuid, te weten circa [10-20]% uit het centrum en circa [10-20]% uit Rotterdam-Noord. In de hiernavolgende tabellen staan de cijfers die partijen in de melding hebben aangeleverd. Voor Erasmus MC hebben partijen in dit kader hun eigen definitie van basiszorg gebruikt. Het ligt in de rede dat het procentuele beeld op basis van de definitie van de ACM hiervan niet wezenlijk zal afwijken.

Tabel 3. Herkomst van patiënten van IJsselland, aangeleverd door partijen

⁴¹ Het betreft overigens zaken waarbij nog niet uitgegaan werd van de nieuwe definitie 'basiszorg', te weten zaak 14.0982.24/Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis - Stichting Rivas Zorggroep, punt 49, en besluit van 28 september 2011 in zaak 6951/Zorggroep Noorderbreedte - Ziekenhuis De Tjongerschans, punt 22.

⁴² [20-30]% - [70-80]% voor klinische basiszorg en [20-30]% - [70-80]% voor niet-klinische basiszorg.

⁴³ Zie bijlage A voor de tabellen met de bestemmingsgegevens.

IJsselland		Basiszorg
(Deel)gemeente	# patiënten	% van totaal
Rotterdam	[VERTROUWELIJK]	[40-50]%
• Prins Alexander	[VERTROUWELIJK]	[30-40]%
• Kralingen-Crooswijk	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Hillegersberg-Schiebroek	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Delfshaven	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Noord	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• IJsselmonde	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Rotterdam Centrum	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Feijenoord	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Overige stadsdelen	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Capelle aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[20-30]%
Krimpen aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[10-20]%
Krimpenerwaard	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Zuidplas	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Totaal	[VERTROUWELIJK]	91%

Tabel 4. Herkomst van patiënten van Erasmus MC, aangeleverd door partijen

Erasmus MC		Basiszorg (excl. complex en ROBIJN)
(Deel)gemeente	# patiënten	% van totaal
Rotterdam	[VERTROUWELIJK]	[40-50]%
• Delfshaven	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Prins Alexander	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Kralingen-Crooswijk	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Rotterdam Centrum	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Feijenoord	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Noord	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• IJsselmonde	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
• Overige stadsdelen	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Capelle aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Nissewaard	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Schiedam	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Vlaardingen	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Barendrecht	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
s-Gravenhage	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Krimpen aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Dordrecht	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%

Lansingerland	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Ridderkerk	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Hellevoetsluis	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Krimpenerwaard	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Goeree-Overflakkee	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Albrandswaard	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Zuidplas	[VERTROUWELIJK]	[0-10]%
Totaal	[VERTROUWELIJK]	70.9%

83. Uit de splitsing die partijen hebben gemaakt tussen Rotterdam-Noord en Rotterdam-Zuid (zie onderstaande tabel (tabel 5) uit (een bijlage bij) de melding⁴⁴) blijkt vervolgens dat in Rotterdam-Zuid minder dan [0-10]% van alle basiszorg DBC's verzorgd wordt door IJsselland en ongeveer [10-20]% door Erasmus MC. Als vervolgens alleen naar die patiënten gekeken wordt die geen complexe DBC en geen ROBIJN-label hebben, de groep waar voor basiszorg alleen naar gekeken zou moeten worden volgens partijen, blijft er van die [10-20]% die door Erasmus MC in Rotterdam-Zuid verzorgd wordt nog maar net aan [0-10]% over. Als vervolgens de basiszorg DBC's van patiënten uit Rotterdam-Noord bezien worden, nemen zowel Erasmus MC als IJsselland daarvan elk circa [10-20]% voor hun rekening. Gecorrigeerd naar complexe patiënten en patiënten met ROBIJN-label blijft daar volgens partijen ook nog maar ongeveer [0-10]% van over. Desalniettemin is dat meer dan twee keer zo veel als dat Erasmus MC in Rotterdam-Zuid voor zijn rekening neemt. Op basis daarvan acht de ACM ook uitgaande van deze door partijen aangeleverde (bestemmings)cijfers/marktaandelen genoeg reden aanwezig om bij de beoordeling van deze concentratie op het gebied van basiszorg Rotterdam-Zuid niet mee te nemen in de relevante geografische markt.

Tabel 5: (Bestemmings)cijfers/marktaandelen per (deel)gemeente in en rond Rotterdam voor IJsselland en Erasmus voor basiszorg en filters, geleverd door partijen

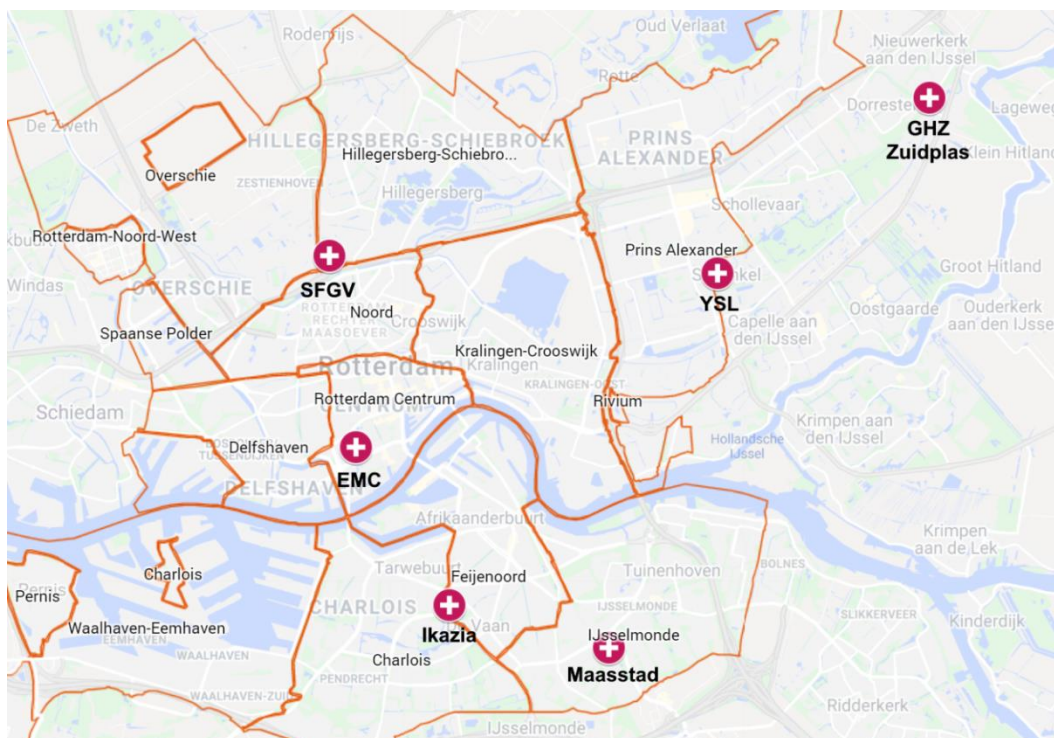
IJsselland	Markt	IJsselland	Erasmus		
Gemeente	Basiszorg	Basiszorg	Basiszorg	Waarvan complex/ROBIJN	Alleen Basiszorg
Rotterdam-Noord	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
Rotterdam-Zuid	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
Capelle aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
Krimpen aan den IJssel	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
Krimpenerwaard	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]

⁴⁴ De daarin opgenomen marktdata zijn afkomstig van DHD. Zie voor meer informatie: www.dhd.nl.

	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
Zuidplas					

84. In aanvulling op voorgaande kan ook nog gekeken worden in hoeverre huisartsen uit de verschillende delen van Rotterdam verwijzen naar Erasmus MC. Als het immers gaat om door huisartsen verwezen zorg kan er van uit gegaan worden dat het meeste daarvan daadwerkelijk basiszorg betreft, terwijl complexe zorg vooral zorg is waarnaar doorverwezen is door een andere arts dan een huisarts (zie ook punt 52). Als alleen gekeken wordt naar patiënten die door huisartsen verwezen zijn, dan worden de herkomstpercentages voor Erasmus MC vooral uit Rotterdam-Noord groter. Bij deze groep komt circa [30-40]% van de klinische patiënten uit Rotterdam-Noord en circa [30-40]% van de niet-klinische patiënten. Voor zowel klinische als niet-klinische zorg komt circa [0-10]% uit Rotterdam-Zuid als alleen gekeken wordt naar patiënten die zijn verwezen door een huisarts.
85. Volgens partijen zou vanaf IJsselland het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda het meest dichtbij gelegen ziekenhuis zijn. Reistijden op basis van Google Maps variëren echter afhankelijk van het tijdstip dat deze bekeken worden op Google Maps; zo zijn er ook momenten waarop de reistijd van Erasmus MC naar IJsselland korter is dan die van IJsselland naar het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Er zou volgens de ACM beter gekeken kunnen worden naar de reistijd vanuit het postcodegebied waar de patiënt woont naar de ziekenhuizen. Als Erasmus MC bijvoorbeeld de voorwaarden verslechtert of helemaal geen basiszorg meer zal aanbieden na de concentratie zullen patiënten in Rotterdam centrum en Kralingen een ander ziekenhuis moeten kiezen (zie voor ligging verschillende wijken in Rotterdam figuur 3). Deze zullen dan waarschijnlijk vanwege het feit dat patiënten een voorkeur hebben voor een dichtbij gelegen ziekenhuis IJsselland overwegen. Dat zij voor het Groene Hart Ziekenhuis, zelfs locatie Nieuwerkerk aan den IJssel, zullen kiezen, is minder aannemelijk.

Figuur 3. Overzicht van de wijken in Rotterdam.



86. Erasmus MC trekt vooral basiszorgpatiënten uit Rotterdam-Noord. Voor het veel kleinere deel van zijn patiënten dat uit Rotterdam-Zuid komt, is er amper concurrentie van IJsselland aangezien minder dan [0-10]% van de IJssellandpatiënten daar vandaan komt. Voor dat deel zal er concurrentie van het Ikazia Ziekenhuis en het Maasstad Ziekenhuis bestaan. Zelfs op basis van de door partijen aangeleverde herkomstgegevens van Erasmus MC, waar de door partijen voorgestelde basiszorgdefinitie gehanteerd wordt, blijkt dat [60-70]% van de patiënten afkomstig is uit Rotterdam-Noord en [20-30]% uit Rotterdam-Zuid. Vanwege het gegeven dat IJsselland amper patiënten aantrekt die afkomstig zijn uit Rotterdam-Zuid en voor Erasmus MC Rotterdam-Zuid ook een aanzienlijk minder belangrijk gebied is in vergelijking met Rotterdam-Noord acht de ACM een analyse van de mededingingsgevolgen waarin ook Rotterdam-Zuid is meegenomen niet voor de hand liggend.
87. Het kwalitatieve onderzoek onder marktpartijen geeft aan dat het Spijkenisse Medisch Centrum, maar ook het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda (inclusief locatie Zuidplas in Nieuwerkerk aan den IJssel) geen alternatieven zijn voor basiszorg van Erasmus MC. Uit het kwalitatieve onderzoek onder marktpartijen komt bovendien naar voren dat IJsselland en SFGV in elk geval wel alternatieven zijn voor basiszorg van Erasmus MC en dat het Ikazia Ziekenhuis en het Maasstad Ziekenhuis dat misschien ook zijn. Aangezien deze laatste twee ziekenhuizen gezien hun ligging in het zuiden van Rotterdam wel elkaar als concurrenten op basiszorg zien, maar niet Erasmus MC dat in Rotterdam-Noord ligt⁴⁵, beschouwt de ACM dat als extra aanwijzing dat de ziekenhuizen aan de noordkant van de Maas als de belangrijkste concurrenten van Erasmus MC moeten worden gezien. De concurrentiedruk van overige, verder gelegen ziekenhuizen is beperkt, maar zal op een andere manier meegenomen worden in de analyse.

⁴⁵ Dit is slechts anders voor patiënten die in het centrum wonen, in de buurt van de Maas, ([0-10]% van het totaal van de basiszorgpatiënten van Erasmus MC in 2017 en mogelijk (een deel van) de circa [0-10]% afkomstig uit Delfshaven) waarbij het dan ook nog eens zo is dat vanuit de patiënt bekeken de Maas een natuurlijke barrière lijkt te vormen.

88. Op basis van het voorgaande komt de ACM tot de conclusie dat zij voor de beoordeling van deze concentratie in deze fase van de procedure uit kan gaan van (een) relevante geografische markt(en) voor basiszorg waarop Erasmus MC en IJsselland actief zijn die Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas⁴⁶ omvat(ten). Aangezien de omstandigheden voor de meeste patiëntengroepen op basis van een initiële check hetzelfde zijn, ziet de ACM geen aanleiding om in deze fase van de procedure voor elke patiëntengroep, met een eventuele nadere verdeling naar klinische en niet-klinische zorg, een afzonderlijke relevante geografische markt af te bakenen.

Complexe zorg

89. Overeenkomend met basiszorg heeft de ACM voor, zowel klinische als niet-klinische, complexe zorg op postcodeniveau gekeken uit welke (deel)gemeenten 90% van de patiënten van IJsselland en 70% van de patiënten van Erasmus MC afkomstig is.
90. Uit de door ACM gemaakte analyse van het herkomstgebied van partijen blijkt dat het 90%-herkomstgebied van IJsselland bestaat uit postcodes uit de (deel)gemeenten Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Zuidplas, Krimpenerwaard en Rotterdam-Zuid. IJsselland haalt het voornaamste deel van haar complexe patiënten uit de (deel)gemeenten Rotterdam-Noord en Capelle aan den IJssel. In tegenstelling tot het werkgebied van IJsselland op het gebied van basiszorg behoort Rotterdam-Zuid ook tot het werkgebied op het gebied van complexe zorg. Een verklaring hiervoor kan zijn dat patiënten voor complexe zorg een grotere reisbereidheid hebben. Voor Erasmus MC geldt dat, net als bij de analyse op het gebied van basiszorg, zelfs bij het hanteren van een 70%-herkomstgebied Erasmus MC een uitgestrekt werkgebied heeft⁴⁷. De patiënten van Erasmus MC zijn voornamelijk afkomstig uit Rotterdam-Noord, Rotterdam-Zuid, Dordrecht, Capelle aan den IJssel en Nissewaard.

Tabel 6. Herkomstgebieden voor 90% van de complexe zorg in IJsselland en bijbehorende percentages voor Erasmus MC voor klinische en niet-klinische zorg

Herkomstanalyse	IJsselland	Erasmus MC	IJsselland	Erasmus MC
Gemeente	Klinische zorg		Niet-klinische zorg	
Rotterdam-Noord	[30-40]%	[10-20]%	[30-40]%	[10-20]%

⁴⁶ Aangezien 70% of meer van de patiënten van Erasmus MC en IJsselland uit de gemeente Zuidplas afkomstig is uit de plaats Nieuwerkerk aan den IJssel is de ACM van oordeel dat de relevante geografische markt voor basiszorg eigenlijk alleen Nieuwerkerk aan den IJssel en niet geheel Zuidplas dient te omvatten. Daarmee behoren Moordrecht en Zevenhuizen-Moerkapelle volgens de ACM eigenlijk niet tot de relevante geografische markt voor basiszorg. Daar partijen echter heel Zuidplas meenemen in hun geografische marktafbakening en omdat het niet uit maakt voor de beoordeling (qua marktaandeel zowel op de totale markten als op patiëntengroepniveau is het verschil in de meeste gevallen niet hoger dan 2%) gaat de ACM er in deze fase van de procedure gemakshalve van uit dat heel Zuidplas tot de relevante geografische markt behoort.

⁴⁷ De vraag is nog wel of bij complexe zorg bij IJsselland van 70% of 90% kan worden uitgegaan aangezien complexe zorg waarschijnlijk gedifferentieerder is dan basiszorg en ook meer geconcentreerd zal zijn. Zo heeft IJsselland met name complexe patiënten op het gebied van MDL. Alhoewel het de vraag is of dit dan de geografische markt voor complexe zorg bepaalt, wordt er voor de analyse in dit besluit voor gekozen om ook voor complexe zorg van de 70% voor Erasmus MC en 90% voor IJsselland uit te gaan.

Capelle aan den IJssel	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Zuidplas	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Krimpenerwaard	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Rotterdam-Zuid	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Nissewaard	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

91. IJsselland haalt minder dan 1% van haar klinische complexe zorgpatiënten uit de rest van Rotterdam, niet zijnde Rotterdam-Noord of -Zuid. Dit betreft de (deel)gemeenten Hoek van Holland, Rozenburg, Hoogvliet, Pernis en Europoort. Er zijn geen niet-klinische complexe zorgpatiënten van IJsselland die daar vandaan komen⁴⁸. Bovendien geven de door de ACM bevroegde ziekenhuizen aan dat hun belangrijkste concurrenten op het gebied van complexe zorg gevormd worden door ziekenhuizen in heel Rotterdam.⁴⁹ Gelet daarop gaat de ACM voor de beoordeling van de gevolgen van deze overname uit van (een) geografische markt(en) voor complexe zorg waarin Erasmus MC concurreert met IJsselland die naast de (deel)gemeenten van de geografische markt(en) voor basiszorg ook Rotterdam-Zuid omvat(ten).

Zorginkoop

92. Zoals eerder aangegeven, onderhandelen en contracteren ziekenhuizen met zorgverzekeraars voor basiszorg en complexe zorg (gezamenlijk) en wordt al deze ziekenhuiszorg door zorgverzekeraars ook in één pakket ingekocht. Om de geografische dimensie van de zorginkoopmarkt te kunnen vast stellen dient bekeken te worden binnen welk gebied de zorgverzekeraar de zorg inkoop en dus vindt dat patiënten ziekenhuizen als alternatieven kunnen zien. Verzekeraars vinden bijvoorbeeld soms een grotere reistijd acceptabel dan dat patiënten dat vinden.
93. Aangezien Erasmus MC en IJsselland in dezelfde geografische markt liggen en het beeld uit het kwalitatieve onderzoek onder verzekeraars met betrekking tot de geografische dimensie van de zorginkoopmarkt overeenkomt met dat van de zorgverleningsmarkt kan er voor de beoordeling van onderhavige concentratie één relevante geografische markt afgebakend worden voor zowel de zorgverlenings- als de zorginkoopmarkt. Omdat de geografische markt(en) voor complexe zorg ruimer is/zijn dan voor basiszorg en ook Rotterdam-Zuid omvat(ten), zal de ACM ook voor de zorginkoopmarkt uitgaan van een geografische markt die naast de (deel)gemeenten van de geografische markt(en) voor basiszorg ook Rotterdam-Zuid omvat. Immers, vanuit het inkooperspectief van de verzekeraar die bij zorginkoop geen onderscheid maakt tussen basis en

⁴⁸ Er zijn nog wel niet-klinische complexe zorgpatiënten van IJsselland afkomstig uit Hellevoetsluis, een gemeente waaruit Erasmus MC ook patiënten trekt. De ACM acht het echter niet aannemelijk dat Hellevoetsluis tot de geografische markt voor complexe zorg waarop Erasmus MC en IJsselland actief zijn, gerekend dient te worden aangezien complexe zorgpatiënten uit Hellevoetsluis eerder het Maasstad Ziekenhuis als alternatief voor Erasmus MC zullen overwegen dan dat zij voor IJsselland kiezen. Dat zou slechts anders kunnen zijn voor die complexe behandelingen waarin IJsselland gespecialiseerd is, maar dat zijn er niet zo veel.

⁴⁹ Uitzondering daarop vormt de puur academische zorg waarvoor, afhankelijk van de soort behandeling, ook academische ziekenhuizen buiten Rotterdam genoemd worden zoals die in Leiden, Utrecht en het Anthonie van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam. Het gaat hier echter om complexe zorg waarop geen overlap bestaat met IJsselland. Voor zover het topklinische zorg betreft, noemt één ziekenhuis ook Dordrecht als één van zijn belangrijkste concurrenten op complexe zorg en een ander ziekenhuis ook voor complexe zorg de ziekenhuizen in Rotterdam-Zuid als minder belangrijke concurrenten juist als gevolg van de ligging in Rotterdam-Zuid.

complex dient naar de ruimste geografische markt van deze twee productmarkten te worden gekeken, te weten de markt voor complexe zorg die ook Rotterdam-Zuid omvat.

6.3 Gevolgen van de concentratie

94. De ACM gaat in de volgende paragrafen in op de gevolgen van de concentratie. De ACM maakt bij de beoordeling gebruik van verschillende bronnen die zij in samenhang beziet. Naast het kwantitatieve onderzoek naar de patiëntenstromen die een indicatie geven welke zorgaanbieders alternatieven zijn voor elkaar in de ogen van patiënten en daarmee de concurrentiedruk die zorgaanbieders op basis daarvan op elkaar uitoefenen, vormen de visies van zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders belangrijke bronnen van informatie voor de ACM.
95. Hierna gaat de ACM eerst in op het standpunt van partijen over de gevolgen van de concentratie. Daarna gaat de ACM in op de uitkomsten van het onderzoek onder marktpartijen. Vervolgens volgen de (kwantitatieve) analyses van de ACM over de gevolgen van deze concentratie (voor de individuele patiëntengroepen) en tot slot volgt de conclusie over de gevolgen van deze concentratie.

6.4 Zorgverleningsmarkt

6.4.1 Opvattingen van partijen

Basiszorg

96. Partijen zijn van mening dat de overname niet leidt tot een significante beperking van de mededinging op het gebied van basiszorg⁵⁰ in het overlappende werkgebied van Erasmus MC en IJsselland. Aangezien partijen uitgaan van een geografische markt voor basiszorg die Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas omvat, stellen zij vast dat Erasmus MC en IJsselland na de concentratie op de markt voor basiszorg in bedoelde overlappende gemeenten gezamenlijk ten hoogste een marktaandeel van circa [30-40]% (Erasmus MC circa [10-20]% en IJsselland circa [10-20]%) hebben. Dit gezamenlijke marktaandeel betreft volgens partijen een ruime overschatting aangezien een deel van de basiszorg DBC's van Erasmus MC naar haar aard niet concurreert met de basiszorg van IJsselland. Als hier rekening mee gehouden wordt, is volgens partijen de verwachting dat dit marktaandeel tussen de [20-30]% ligt.
97. Partijen zijn van mening dat de vorige werkwijze⁵¹ van de ACM, waarbij nog niet zo gedetailleerd naar patiëntengroepen gekeken werd, naar alle waarschijnlijkheid tot de conclusie geleid zou hebben dat de concentratie geen significante beperking van de mededinging met zich mee brengt in de overlappende werkgebieden van Erasmus MC en IJsselland.
98. Partijen zijn al sinds 16 oktober 2019 met de ACM in gesprek over hoe de nieuwe werkwijze ten aanzien van productmarkten in de medisch specialistische zorg precies door partijen toegepast moet worden. Ondanks dat hebben partijen het ook bij het definitief indienen van de melding (nog) niet opportuun geacht om, vanwege de administratieve last die gepaard gaat met een uitgebreide

⁵⁰ Zowel als de door partijen in de punten 28 tot en met 33 bedoelde filteringen op de basiszorg DBC's van Erasmus MC toegepast zijn, als indien dat niet het geval is.

⁵¹ Zie onder andere het besluit van 17 november 2017 in zaak ACM/17/009017/Stichting Catharina Ziekenhuis - Stichting Sint Anna Zorggroep.

analyse van de effecten van de concentratie op patiëntengroepenniveau⁵², een analyse op dit vlak te verrichten.

99. De ACM heeft, om tegemoet te komen aan bedoelde administratieve last en omdat zij met partijen op zoek wil naar het verkrijgen van een realistisch beeld in welke mate Erasmus MC ook basiszorg aanbiedt, partijen naar aanleiding van de eerder ingediende concept-melding voorgesteld om vooralsnog in elk geval tot een analyse op patiëntengroepenniveau over te gaan voor die zorg die door partijen zelf als daadwerkelijke basiszorg aangemerkt wordt.
100. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het voorstel van de ACM. Partijen hebben voor een geografische markt ter grootte van de gemeenten Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas het gezamenlijke marktaandeel per patiëntengroep bepaald voor het jaar 2016⁵³. Daaruit zou blijken dat voor alle patiëntengroepen behoudens 'osteoporose' en 'perinataal en congenitaal' geldt dat het gezamenlijke marktaandeel van Erasmus MC en IJsselland lager is dan [40-50]%. Ook zou volgens partijen gelden dat de delta (de toevoeging van het marktaandeel) in zo goed als alle gevallen binnen de bandbreedte van [0% - 10%] zit.
101. Volgens partijen blijven na de overname voldoende alternatieve ziekenhuizen over voor basiszorg in de regio Rotterdam. In ieder geval het SFGV, Ikazia Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Groene Hart Ziekenhuis en zelfs Spijkenisse Medisch Centrum zijn volgens partijen gevestigd in de geografische markt waarin Erasmus MC en IJsselland opereren.
102. Volgens partijen gelden Erasmus MC en IJsselland bovendien gezien hun opzet en type zorgverlening niet als elkaars meest nabije concurrent. Partijen verwijzen daarvoor naar een eerder besluit⁵⁴ van de ACM waarin staat dat academische ziekenhuizen over het algemeen minder concurrentiedruk uitoefenen op algemene ziekenhuizen. Erasmus MC is een universitair medisch centrum dat zich primair richt op de derdelijnszorg, zeldzame ziektebeelden en onderzoek. IJsselland is een basisziekenhuis en biedt in dat kader hoofdzakelijk tweedelijnszorg. Erasmus MC en IJsselland hebben volgens partijen een andere rol in de zorgketen in hun overlappende werkgebied. Dit blijkt volgens partijen onder andere uit het feit dat er tussen Erasmus MC en IJsselland een sterke verwijsrelatie bestaat waarbij geldt dat patiënten vanuit IJsselland dikwijls naar Erasmus MC verwezen worden voor complexe behandelingen en/of diagnoses.
103. Ook is de verwijsrelatie met huisartsen volgens partijen een indicator dat Erasmus MC en IJsselland niet gelden als elkaars meest nabije concurrenten. Partijen verwijzen hiervoor naar een eerder besluit⁵⁵ waarin gesteld wordt dat huisartsen voor basiszorg relatief weinig verwijzen naar academische ziekenhuizen. Ook stellen partijen dat Erasmus MC, in verhouding tot zijn totaal aantal

⁵² De administratieve lasten zouden volgens partijen zitten in het feit dat de NZa een aanzienlijke hoeveelheid (62) aparte patiëntengroepen gedefinieerd heeft die apart van elkaar geanalyseerd zouden moeten worden.

⁵³ Dat partijen deze analyse hebben gemaakt op basis van het jaar 2016 heeft er mee te maken dat zij ten behoeve van deze analyse destijds marktgegevens hebben ontvangen van de ACM die zien op het totaal aantal DBC's per patiëntengroep per overlappende gemeente voor dat jaar, waarna partijen op basis daarvan hun DBC-data op soortgelijke wijze hebben uitgesplitst naar elke individuele patiëntengroep en voor elk van de vijf gemeenten in de overlappende kernwerkgebieden van Erasmus MC en IJsselland. In voetnoot 21 is reeds aangegeven dat en waarom de ACM gebruik maakt van gegevens uit het jaar 2017. Ten tijde van het aan partijen toesturen van bedoelde marktgegevens door de ACM waren de cijfers uit 2017 nog niet beschikbaar en zijn dan ook data uit 2016 verstrekt. De ACM heeft geen reden om aan te nemen dat de aangeleverde marktgegevens over 2016 significant afwijken van de marktgegevens over 2017.

⁵⁴ Zie het besluit van 17 juli 2019 in zaak ACM/19/034888/Stichting Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe - locatie Lelystad IJsselmeerziekenhuizen B.V., punt 81.

⁵⁵ Zie het besluit van 15 juli 2015 in zaak 14.0982.24/Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis - Stichting Rivas Zorggroep, punt 50.

patiënten, van huisartsen relatief weinig patiënten verwezen krijgt. De patiënten die Erasmus MC ontvangt, zijn volgens partijen dikwijls patiënten die al eerder bij een algemeen ziekenhuis behandeld zijn, maar voor wie een verdere behandeling bij een derdelijnszorgaanbieder noodzakelijk is. Partijen wijzen er op dat uit het ZorgDomeinprofiel van Erasmus MC zou blijken dat huisartsen maar beperkt hun patiënten kunnen verwijzen naar Erasmus MC. Zo wordt op ZorgDomein met zogenaamde 'inclusiecriteria' gewerkt waar een door te verwijzen patiënt aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor een doorverwijzing naar Erasmus MC. Erasmus MC stelt derhalve, in tegenstelling tot IJsselland, voorwaarden aan patiënten die verwezen worden vanuit de eerste lijn⁵⁶. Erasmus MC, wederom in tegenstelling tot IJsselland, beoordeelt de verwijzing alvorens over te gaan tot het uitnodigen voor een (daadwerkelijke) behandeling. Erasmus MC en IJsselland zouden dan ook volgens partijen voor huisartsen een evident andere rol in de zorgketen hebben als gevolg waarvan er volgens partijen tussen Erasmus MC en IJsselland maar beperkte concurrentie is om de patiënten die vanuit de huisartsen (eerste lijn) verwezen worden naar ziekenhuizen.

Complexe zorg

104. Alhoewel IJsselland volgens partijen alleen op het gebied van MDL streeft naar een topklinisch zorgaanbod biedt IJsselland niet daadwerkelijk in significante mate topklinische zorg of überhaupt topzorg aan, aldus partijen. De kwantitatieve analyses die partijen hebben verricht, zouden dat bevestigen (<[0-1]% complexe zorg in 2016 tot en met 2018).⁵⁷ Volgens partijen blijkt uit hun kwantitatieve analyse dat er geen noemenswaardige overlap bestaat tussen IJsselland en Erasmus MC op het gebied van topzorg (ook in geval van MDL), als gevolg waarvan de concentratie op het gebied van topzorg dan ook geen nadelige effecten met zich mee kan brengen, aldus partijen.

6.4.2 Opvattingen van marktpartijen

105. Zorgverzekeraars zien Erasmus MC niet als alternatief voor de basiszorg van IJsselland. Bovendien is academische basiszorg duurder dan dat van algemene ziekenhuizen. Alle zorgverzekeraars zien IJsselland daarentegen wel als alternatief voor de basiszorg van Erasmus MC. Volgens één van de zorgverzekeraars valt als gevolg van de voorgenomen overname op het gebied van basiszorg een concurrent voor Erasmus MC weg. Volgens een andere zorgverzekeraar is het selectief inkopen van zorg lastig aangezien patiënten hun eigen keuzes maken.
106. Eén zorgverzekeraar heeft op basis van haar eigen data voor alle patiëntengroepen de HHI⁵⁸ van voor en na de concentratie berekend en geanalyseerd voor welke patiëntengroepen een overname van IJsselland door Erasmus MC mogelijk risico's voor de concurrentie zal opleveren. Een HHI-delta, het verschil tussen de HHI van voor en na de concentratie, van 1000 of meer wordt door de zorgverzekeraar als 'extreem hoog' bestempeld en zal mogelijk tot mededingingsgerelateerde risico's leiden. Elf van de patiëntengroepen uit de analyse hebben een HHI-delta van duizend of

⁵⁶ Eerstelijnszorg is direct toegankelijke zorg voor patiënten. Het gaat dan om zorg die patiënten krijgen van huisartsen, fysiotherapeuten of de psycholoog.

⁵⁷ Zo kwalificeerden in 2017 volgens partijen slechts [VERTROUWELIJK] van de [VERTROUWELIJK] DBC's bij IJsselland als complex. In 2018 waren volgens partijen slechts [VERTROUWELIJK] van de [VERTROUWELIJK] DBC's van IJsselland als complex te kwalificeren. Partijen hebben de onderliggende cijfers over 2016 niet aangeleverd.

⁵⁸ De HHI is een graadmeter voor de mate van concurrentie op een markt. Een hoge HHI kan duiden op mogelijke problemen in het concurrentieveld. De HHI is hier op basis van de bruto zorgkosten van de zorgverzekeraar en berekend voor een geografische markt die de ziekenhuizen Erasmus MC, IJsselland, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en Ikazia Ziekenhuis omvat.

meer. De conclusie van de zorgverzekeraar is dat er zeer hoge concentraties plaatsvinden binnen bepaalde patiëntengroepen en specialismen die haar zorgen baren.

107. Van de door de ACM bevroegde ziekenhuizen zien het SFGV en het Maasstad Ziekenhuis zich zelf als concurrent van Erasmus MC op het gebied van basiszorg. Door de nu voorgenomen overname van IJsselland neemt de concurrentiedruk van Erasmus MC op deze ziekenhuizen voor algemene ziekenhuiszorg toe. Dit wordt mogelijk verklaard doordat Erasmus MC meer basiszorg kan gaan doen door deels basiszorg te verplaatsen/af te stemmen met IJsselland. Het Ikazia Ziekenhuis ziet zich zelf door de ligging in Rotterdam-Zuid niet als concurrent op het gebied van basiszorg.
108. Door de bevroegde ziekenhuizen worden voornamelijk IJsselland en het SFGV als concurrent van Erasmus MC op het gebied van de basiszorg genoemd. Daarnaast wordt ook het Maasstad Ziekenhuis als mogelijke concurrent genoemd, zij het in mindere mate vanwege de ligging in Rotterdam-Zuid. Voor de meer complexe zorg, te weten de topklinische zorg, worden eveneens het SFGV en het Maasstad Ziekenhuis als concurrenten van Erasmus MC aangemerkt.
109. Om te kunnen vaststellen in welke mate Erasmus MC en IJsselland concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, is daarnaast van belang om te bepalen welke ziekenhuizen als belangrijkste concurrenten van IJsselland aangeduid kunnen worden voor zover het basiszorg betreft. De bevroegde ziekenhuizen zien met name de Maas als een natuurlijke barrière voor welke ziekenhuizen als concurrent van elkaar gezien moeten worden. Van de bevroegde ziekenhuizen zien alleen het SFGV en het Groene Hart Ziekenhuis zich als concurrent voor IJsselland op het gebied van basiszorg. Als concurrent van IJsselland op dit gebied worden met name het SFGV en Erasmus MC genoemd door andere ziekenhuizen. Ook wordt het Groene Hart Ziekenhuis door meerdere ziekenhuizen als concurrent van IJsselland genoemd. Uit het onderzoek onder marktpartijen volgt derhalve dat met name Erasmus MC, IJsselland, het Groene Hart Ziekenhuis en het SFGV onderling concurreren om basiszorgpatiënten.
110. Als het gaat om algemene ziekenhuiszorg / basiszorg zal de patiënt in de huidige situatie volgens één van de bevroegde ziekenhuizen niet snel voor Erasmus MC kiezen, maar juist voor een algemeen ziekenhuis in de regio. Dat ziekenhuis wijst er op dat dit echter aanzienlijk kan verschuiven als Erasmus MC ook capaciteit ontwikkelt naar het niveau van een groot algemeen ziekenhuis (zowel Adrz als IJsselland). Dit betreft niet alleen capaciteit, maar ook zorg die wordt geleverd op meerdere locaties (bijvoorbeeld operatie in Erasmus MC en nazorg in IJsselland). De keuzevrijheid van de patiënt voor algemene ziekenhuiszorg / basiszorg in de gehele Rotterdamse markt zal minder worden als ook IJsselland bij Erasmus MC gaat horen, aldus één van de bevroegde ziekenhuizen.
111. De door Erasmus MC geboden basiszorg wordt door de meeste bevroegde ziekenhuizen als concurrerend (met die van IJsselland) gezien. Slechts één ziekenhuis schat in dat gezien de verschillende aandachtsgebieden en vormen van zorg die men levert er geen sprake is van echte concurrentie tussen beide. Dat ziekenhuis wijt dat overigens ook aan de geografische ligging van de twee locaties. Maar zelfs dit ziekenhuis geeft tot slot aan dat er mogelijk enige vorm van concurrentie bestaat in de niet-academische zorg / basiszorg die beide leveren.
112. Door de bevroegde zorgverzekeraars en ziekenhuizen wordt IJsselland met name een (algemeen) basisziekenhuis genoemd en wordt IJsselland niet, met uitzondering van door één ziekenhuis, als concurrent van Erasmus MC op het gebied van complexe zorg genoemd.

6.4.3 Beoordeling door de ACM

113. Als gevolg van een concentratie tussen twee ziekenhuizen verdwijnt er op de zorgverleningsmarkt een keuzemogelijkheid voor patiënten. Hierdoor zouden de ziekenhuizen bijvoorbeeld minder prikkels kunnen ervaren en daarmee minder hun best hoeven te doen om in

kwaliteit te investeren of minder hun best hoeven te doen om de wachttijden zo kort mogelijk te houden. Deze mogelijke effecten kunnen naast op ziekenhuisniveau ook op patiëntengroepniveau plaatsvinden.

114. De ACM stelt voorop dat de meldingsfase is bedoeld als een eerste, min of meer globale, beoordeling van de voorgenomen concentratie. Indien in de meldingsfase blijkt dat als gevolg van de concentratie een mededingingsprobleem *zou kunnen* ontstaan, zal een vergunning vereist worden. In onderhavige zaak wordt het samengaan van Erasmus MC en IJsselland ook op patiëntengroepniveau beoordeeld. Daarbij acht de ACM het niet alleen van belang om elke patiëntengroep geïsoleerd te analyseren, maar om vervolgens ook alle patiëntengroepen in totaliteit te (kunnen) wegen. Naarmate er op meer patiëntengroepen mededingingsproblemen dreigen te ontstaan, versterkt elke patiëntengroep die daaraan bijdraagt het totaalbeeld van de mogelijke mededingingsbezwaren.
115. Zoals in de punten 102 en 103 beschreven staat, stellen partijen dat Erasmus MC en IJsselland niet als elkaars meest nabije concurrenten beschouwd moeten worden. Het huisartsenonderzoek uit een eerder besluit waar partijen naar verwijzen, waaruit zou blijken dat huisartsen voor basiszorg relatief weinig naar academische ziekenhuizen verwijzen⁵⁹, betreft een onderzoek onder huisartsen in een geografische markt waar geen academisch ziekenhuis gevestigd was. Uit dat onderzoek bleek dat huisartsen vaak verwijzen naar nabijgelegen ziekenhuizen. Volgens de ACM sluit dit niet uit dat huisartsen, indien mogelijk, ook voor basiszorg naar een nabijgelegen academisch ziekenhuis zouden verwijzen. Op basis van de Vektisdata lijkt dat de basiszorgpatiënten van Erasmus MC, vergeleken met andere Rotterdamse ziekenhuizen, relatief gezien minder vaak doorverwezen zijn door huisartsen. Desalniettemin blijkt uit analyses van de ACM dat indien slechts gekeken wordt naar door huisartsen verwezen patiënten Erasmus MC en IJsselland op het gebied van verschillende patiëntengroepen alternatieven zijn voor elkaar.⁶⁰ Vooralnog is er voor de ACM dan ook voldoende aanleiding om er vanuit te gaan dat Erasmus MC en IJsselland op het gebied van basiszorg concurreren. In een eventuele vergunningsfase zal de rol van verwijzingen door huisartsen en de mate van (horizontale) overlap tussen Erasmus MC en IJsselland op het gebied van basiszorg en complexe zorg nader onderzocht worden.
116. In het hiernavolgende zal de omvang van de horizontale overlap in de zorgverleningsactiviteiten van Erasmus MC en IJsselland op basis van de nu beschikbare informatie inzichtelijk gemaakt worden. Allereerst zal een algemeen totaalbeeld gegeven worden van de positie van Erasmus MC en IJsselland op het gebied van klinische en niet-klinische basiszorg. Vervolgens zullen de gevolgen van de voorgenomen concentratie op het niveau van patiëntengroepen geanalyseerd worden. Op patiëntengroepniveau zal eerst voor klinische en niet-klinische basiszorg de positie van Erasmus MC en IJsselland geschetst worden waarna er op basis van een combinatie van diversion ratio's⁶¹ en

⁵⁹ Partijen doelen op het besluit van de ACM in zaak 14.0982.24/Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis - Stichting Rivas Zorggroep van 15 juli 2015.

⁶⁰ Zie punt 123.

⁶¹ Diversion ratio's geven een eerste indruk van de mate waarin patiënten uitwijken naar andere zorgaanbieders indien een ziekenhuis bijvoorbeeld zijn kwaliteit verlaagt. Het geeft daarmee inzicht in de concurrentiedruk die van andere ziekenhuizen/ZBC's uitgaat. Als van de 10 patiënten uit het werkgebied van IJsselland er 3 naar ziekenhuis X gaan, is de diversion ratio naar dat ziekenhuis 30%. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin andere zorgaanbieders patiënten uit dezelfde gemeenten trekken, gewogen naar het belang (in termen van aandeel in de totale herkomst) van de betreffende gemeenten voor IJsselland. Hoe hoger de diversion ratio is naar een bepaalde zorgaanbieder, hoe meer concurrentiedruk die zorgaanbieder relatief op Erasmus MC of IJsselland uitoefent. Daarnaast geldt dat hoe hoger het aantal patiënten is dat uitstroomt naar andere ziekenhuizen/ZBC's, hoe beter de diversion ratio's een beeld geven van de concurrentiedruk van omliggende ziekenhuizen.

HHI's een analyse uitgevoerd wordt ter bepaling van mogelijke mededingingsproblemen. Dezelfde analyse zal gedaan worden met betrekking tot de complexe zorgactiviteiten van Erasmus MC en IJsselland. De analyses voor de beoordeling van de zorgverleningsmarkt(en) zijn op basis van Vektis-declaratiedata uit 2017 uitgevoerd.⁶²

Basiszorg

117. Zoals reeds in punt 48 beschreven, bestaat circa [70-80]% van de door Erasmus MC geleverde zorg uit basiszorg. Deze zorg is goed voor een omzet van **[VERTROUWELIJK]** ([40-50]% van de totale omzet). Van de zorg die IJsselland levert, betreft circa [99-100]% basiszorg. Deze zorg is goed voor een omzet van **[VERTROUWELIJK]** ([90-100]% van de totale omzet).
118. Uitgaande van een markt bestaande uit Krimpen aan den IJssel, Capelle aan den IJssel, Rotterdam-Noord, Zuidplas en Krimpenerwaard zullen Erasmus MC en IJsselland na de voorgenomen concentratie een marktaandeel van circa [40-50]% verkrijgen voor de klinische basiszorg (Erasmus MC circa [10-20]% en IJsselland circa [30-40]%) en circa [40-50]% voor de niet-klinische basiszorg (Erasmus MC circa [10-20]% en IJsselland circa [20-30]%).
119. Op de geografische markt als bedoeld in punt 118 zijn de marktaandelen van de concurrerende ziekenhuizen op klinische basiszorg [30 - 40]% voor SFGV en [10 - 20]%^⁶³ voor het Groene Hart Ziekenhuis. Ten aanzien van niet-klinische basiszorg zijn de marktaandelen [20 - 30]% voor SFGV en [0 - 10]% voor het Groene Hart Ziekenhuis. Op het gebied van niet-klinische basiszorg heeft het Oogziekenhuis, een Zelfstandig Behandel Centrum (hierna: ZBC), nog een aandeel van circa [5 - 10]% in deze markt. Het Oogziekenhuis biedt echter maar een beperkt aantal behandelingen aan en is om die reden alleen een alternatief voor andere ziekenhuizen op het gebied van oogzorg en dus niet voor andere patiëntengroepen. De aandelen van het Maasstad Ziekenhuis en het Ikazia Ziekenhuis hebben in deze geografische markt voor zowel klinische als niet-klinische basiszorg een marktaandeel onder de 5%.
120. De basiszorgactiviteiten van Erasmus MC en IJsselland overlappen voor de meeste van de 62 klinische en 65 niet-klinische patiëntengroepen. Voor vijf klinische patiëntengroepen is er geen overlap aangezien in twee van deze groepen alleen Erasmus MC deze patiënten behandelde, in één groep alleen IJsselland en in twee groepen geen van beide ziekenhuizen patiënten heeft behandeld. Omdat beide ziekenhuizen in deze vijf patiëntengroepen wel niet-klinische zorg verlenen, gaat de ACM er van uit dat dit niet betekent dat de ziekenhuizen deze zorg niet aanbieden, maar dat deze meestal niet-klinisch uitgevoerd wordt. Bij de andere ziekenhuizen in de regio is bij deze vijf patiëntengroepen hetzelfde beeld te zien: geen of lage aantallen bij klinische zorg en hoge(re) aantallen bij niet-klinische zorg. De ACM neemt om die reden in haar beoordeling alle patiëntengroepen, met uitzondering van de klinische en niet-klinische patiëntengroepen 'overig, niet toewijsbaar',⁶⁴ mee. De ACM zal derhalve de gevolgen van de concentratie op het gebied van basiszorg voor 61 klinische en 64 niet-klinische patiëntengroepen beoordelen.
121. Om de huidige posities van Erasmus MC en IJsselland op het gebied van basiszorg inzichtelijk te maken wordt in tabel 7 aangegeven hoeveel patiëntengroepen op het gebied van basiszorg van Erasmus MC en IJsselland, zowel afzonderlijk als gezamenlijk, vallen onder een bepaald

⁶² Zie ook punt 48 en voetnoot 21.

⁶³ Indien alleen Nieuwerkerk aan den IJssel en niet geheel Zuidplas in de relevante geografische markt voor basiszorg betrokken zou worden, verandert dit marktaandeel naar [0 - 10]%.

⁶⁴ Aangezien voor deze klinische en niet-klinische 'rest' patiëntengroep niet duidelijk is welke zorg het betreft, zal de ACM de gevolgen van de concentratie voor deze patiëntengroepen niet beoordelen.

marktaandeelbereik.⁶⁵ Hieruit valt bijvoorbeeld af te leiden dat IJsselland een marktaandeel heeft van [20-30]% tot [40-50]% op het gebied van 40 klinische patiëntengroepen. Erasmus MC heeft op het gebied van 3 klinische en 3 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van meer dan [40-50]%. IJsselland heeft op het gebied van 13 klinische en 12 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van meer dan [40-50]%. Na de voorgenomen overname zullen Erasmus MC en IJsselland op het gebied van 46 klinische en 51 niet-klinische patiëntengroepen op het gebied van basiszorg een marktaandeel van meer dan [40-50]% hebben.⁶⁶

Tabel 7. Aantal patiëntengroepen van Erasmus MC en IJsselland dat binnen een bepaald marktaandeelbereik valt.

Basiszorg	Klinisch			Niet-klinisch			
	Marktaandeelbereik	Erasmus MC	IJsselland	Gezamenlijk	Erasmus MC	IJsselland	Gezamenlijk
0% - 20%		43	8	4	41	12	4
20% - 40%		15	40	11	20	40	9
40% - 60%		2	13	40	3	12	43
60% - 80%		0	0	5	0	0	8
80% - 100%		1	0	1	0	0	0

122. Zoals in punt 57 beschreven staat, is de ACM voornemens om in een eventuele vergunningsfase te onderzoeken in welke mate Erasmus MC actief is op het gebied van basiszorg. Omdat deze eventuele aangepaste verdeling van invloed kan zijn op de marktaandelen heeft de ACM, op patiëntengroepenniveau voor zowel klinische als niet-klinische basiszorg, marktaandelen⁶⁷ berekend op basis van een nieuwe verdeling van de zorg van Erasmus MC. In deze herverdeling is [20-30]% van de door Erasmus MC geleverde basiszorg als complexe zorg aangemerkt. Uit deze analyse blijkt dat als gevolg van de aanpassing van de verhouding tussen de geleverde basiszorg en complexe zorg de marktaandelen van Erasmus MC op het gebied van basiszorg zullen afnemen. Deze wijziging is echter niet van grote invloed op de gezamenlijke marktaandelen van Erasmus MC en IJsselland aangezien door de afname van de geleverde basiszorg van Erasmus MC IJsselland, als één van de twee grote spelers in deze geografische markt, een relatief sterkere positie heeft.

123. De ACM heeft diversion ratio's berekend om inzicht te krijgen in welke mate Erasmus MC en IJsselland onderling concurrentiedruk op elkaar uitoefenen en welke concurrentiedruk zij ervaren van omliggende ziekenhuizen. In tabel 8 zijn de diversion ratio's vanuit Erasmus MC en IJsselland weergegeven voor de totale klinische en de totale niet-klinische zorg. Op basis van deze diversion ratio's ervaart Erasmus MC op het gebied van klinische en niet-klinische basiszorg met name concurrentiedruk vanuit SFGV, het Maasstad Ziekenhuis, IJsselland en het Ikazia Ziekenhuis. IJsselland ervaart concurrentiedruk op deze gebieden van SFGV, Erasmus MC, het Maasstad Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis.

Tabel 8. Diversion ratio's van de totale klinische en de totale niet-klinische basiszorg.

⁶⁵ De marktaandelen zijn berekend op basis van een geografische markt die Rotterdam-Noord, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas omvat.

⁶⁶ Indien een marktaandeelbereik van 50% of meer wordt gezien, heeft Erasmus MC voor 1 klinische en 3 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van 50% of meer. Voor IJsselland betreft dit 3 klinische en 0 niet-klinische patiëntengroepen. Als gevolg van de concentratie zal dit voor Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk gelden voor 24 klinische en 33 niet-klinische patiëntengroepen.

⁶⁷ Uitgaande van dezelfde geografische markt als genoemd in voetnoot 64.

Ziekenhuis	Vanuit Erasmus MC		Vanuit IJsselland	
	Klinisch	Niet-klinisch	Klinisch	Niet-klinisch
Erasmus MC	-	-	[20-30]%	[20-30]%
IJsselland	[10-20]%	[10-20]%	-	-
SFGV	[20-30]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%
Groene Hart	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Ikazia	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Maasstad	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%

124. De diversion ratio's bevestigen het beeld van SFGV en het Maasstad Ziekenhuis dat zij Erasmus MC als concurrent op het gebied van basiszorg beschouwen. Ook bevestigen de diversion ratio's het beeld van SFGV, en in mindere mate dat van het Groene Hart Ziekenhuis, dat zij IJsselland als concurrent beschouwen.

Beoordeling patiëntengroepen

125. Op basis van tabel 7 heeft de ACM in punt 121 vastgesteld dat als gevolg van de voorgenomen concentratie Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk een sterke marktpositie op het gebied van veel patiëntengroepen zullen verwerven. Deze marktaandelen geven een eerste indicatie van mogelijke mededingingsbezwaren als gevolg van de concentratie. Ten behoeve van de verdere beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie heeft de ACM twee aanvullende kwantitatieve analyses gemaakt op het niveau van patiëntengroepen.
126. In de eerste plaats zal de ACM in haar beoordeling stil staan bij individuele patiëntengroepen waar Erasmus MC en IJsselland op basis van diversion ratio's een belangrijk alternatief voor elkaar zijn. Hiervoor heeft zij in deze zaak als uitgangspunt genomen dat de diversion ratio naar de andere partij groter is dan 14,3%.⁶⁸ Dat er een andere aanbieder is met een hogere diversion ratio dan Erasmus MC of IJsselland betekent niet dat de mate waarin patiënten uitwijken naar een met Erasmus MC en/of IJsselland concurrerend ziekenhuis afdoende concurrentiedruk op Erasmus MC en/of IJsselland met zich mee brengt. De diversion ratio geeft de prikkel (en mogelijkheid) aan om de prijs, kwaliteit en/of verhouding tussen beide te verhogen/verlagen/beïnvloeden, ongeacht de hoogte van de diversion ratio van andere aanbieders.
127. In de tweede plaats heeft de ACM op het gebied van verschillende patiëntengroepen de HHI berekend. Deze analyse heeft als functie om inzicht te krijgen in de concentratiegraad van de desbetreffende patiëntengroepen. In deze analyse zijn de marktaandelen van Erasmus MC en IJsselland en hun concurrenten verwerkt. Het absolute niveau van de HHI geeft een eerste aanwijzing voor de concurrentiedruk op de markt ná de concentratie; de wijziging in de HHI is een geschikte graadmeter voor de verandering in de concentratiegraad die rechtstreeks uit de

⁶⁸ Dit is de drempelwaarde die door de Competition Commission gehanteerd is in de Co-op/Somerfield zaak (Office of Fair Trading (2008), 'Anticipated Acquisition by Co-operative Group Limited of Somerfield Limited', November). Het is de diversion ratio die overeenkomt met de situatie dat er acht partijen met een gelijk marktaandeel op een markt actief zijn en de diversion ratio's deze marktaandelen volgen. Een fusie tussen twee van deze partijen zou tot een gezamenlijk marktaandeel van 25% leiden, wat in de betreffende zaak de grenswaarde van de Competition Commission was om mogelijke mededingingsrisico's te zien. Een diversion ratio groter dan 14% tussen de twee fuserende partijen werd daarom als indicatief gezien voor een mogelijk mededingingsprobleem (zie voor een uitgebreidere toelichting <https://www.oxera.com/agenda/diversion-ratios-why-does-it-matter-where-customers-go-if-a-shop-is-closed/>). De ACM heeft bij deze grens aangesloten als drempelwaarde om de patiëntengroepen te identificeren waar een mogelijk mededingingsprobleem is en die derhalve nader onderzocht moeten worden. Daarbij realiseert de ACM zich dat elke grenswaarde in enige mate arbitrair zal zijn.

concentratie voortvloeit. Een HHI kan variëren van bijna nul (in een sterk versplinterde markt) tot 10.000 (in het geval van een zuiver monopolie). In de Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies van de Europese Commissie staat dat het onwaarschijnlijk is dat er horizontale mededingingsbezwaren zijn op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1.000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Europese Commissie horizontale mededingingsbezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1.000 en 2.000 en een delta van minder dan 250 of in geval van een fusie met een HHI van meer dan 2.000 en een delta van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.⁶⁹

128. Om te beoordelen of de voorgenomen concentratie voor bepaalde patiëntengroepen mogelijke mededingingsproblemen met zich meebrengt, heeft de ACM aan de hand van een combinatie van HHI's en diversion ratio's per patiëntengroep beoordeeld of de overname tot mogelijke mededingingsbezwaren leidt. Door deze twee methodes te combineren wordt zowel geanalyseerd of mogelijk concurrentiedruk van Erasmus MC en IJsselland op elkaar als gevolg van de concentratie wegvalt als de concentratiegraad van de markt getoond.
129. De ACM komt in deze fase van de procedure tot de conclusie dat als gevolg van de voorgenomen concentratie de mededinging op het gebied van een patiëntengroep significant beperkt zou kunnen worden indien aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan:
- i. De diversion ratio vanuit IJsselland naar Erasmus MC, of vice versa, is minstens 14,3%.
 - ii. De HHI na de concentratie is tussen de 1000 en 2000 en de bijbehorende delta is hoger dan 250 of de HHI na de concentratie is hoger dan 2000 en de delta is hoger dan 150.
130. Zoals in punt 114 is aangegeven, is het van belang om alle patiëntengroepen in hun totaliteit te (kunnen) wegen. Dit geldt ook voor de relatie tussen klinische en niet-klinische patiëntengroepen. Als er op een patiëntengroep een mededingingsprobleem ontstaat, dient er niet geïsoleerd gekeken te worden naar hetzij de klinische behandelingen, hetzij de niet-klinische behandelingen. Aangezien binnen een patiëntengroep een mogelijk mededingingsprobleem op de klinische behandelingen zijn doorwerking kan hebben op de niet-klinische behandelingen zal de ACM ook deze per patiëntengroep in samenhang bezien.
131. In bijlage B wordt in de tabellen in rood aangegeven voor welke patiëntengroepen aan de twee voorwaarden wordt voldaan. Een rood blokje bij de HHI betekent dat de delta-HHI, afhankelijk van de HHI van de markt, de kritieke waarde van 250 of 150 overschrijdt. Een rood blokje bij de diversion ratio (DR) wijst er op dat de diversion ratio vanuit IJsselland naar Erasmus MC, of vice versa, hoger is dan 14,3%. De patiëntengroepen met twee rode blokjes zijn de patiëntengroepen waarvoor de ACM concludeert dat de mededinging op deze gebieden mogelijk significant beperkt zal worden als gevolg van de concentratie. Voor deze patiëntengroepen geldt, vanuit de patiënt gezien, dat mogelijk risico's ontstaan voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Patiëntengroepen op gebied van basiszorg

132. Op het gebied van klinische basiszorg blijkt uit de analyse dat voor 53 van de 61 patiëntengroepen geldt dat de HHI de kritieke waarde overstijgt en voor 36 van de 61 patiëntengroepen de diversion ratio hoger dan 14,3% is. Voor 36 van de 61 patiëntengroepen geldt dat zowel de diversion ratio boven de 14,3% is, als dat de HHI de kritieke waarde overstijgt. Op het

⁶⁹ Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (Pb van 5-2-2004, C31/5).

gebied van deze 36 patiëntengroepen concludeert de ACM dat als gevolg van de concentratie de mededinging mogelijk significant beperkt zal worden.

133. Op het gebied van niet-klinische basiszorg blijkt uit de analyse dat voor 60 van de 64 patiëntengroepen geldt dat de HHI de kritische waarde overstijgt en voor 56 van de 64 patiëntengroepen de diversion ratio hoger dan 14,3% is. Voor 56 van de 64 patiëntengroepen geldt dat zowel de diversion ratio boven de 14,3% is, als dat de HHI de kritieke waarde overstijgt. Op het gebied van deze 56 patiëntengroepen concludeert de ACM dat als gevolg van de concentratie de mededinging mogelijk significant beperkt zal worden.
134. Deze HHI's bevestigen het door een zorgverzekeraar geschetste beeld dat bepaalde patiëntengroepen na de concentratie in zeer hoge mate bij Erasmus MC/IJsselland geconcentreerd zullen zijn.⁷⁰ De ACM merkt op dat het aantal patiëntengroepen met mogelijke mededingingsbezwaren die uit haar eigen HHI-analyses naar voren komt hoger ligt dan het door de zorgverzekeraar gestelde aantal problematische patiëntengroepen. Dit is het gevolg van een verschil in de gehanteerde delta-drempelwaarde. Waar de ACM in haar analyse uitgaat van de drempelwaarden zoals genoemd in de Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies van de Europese Commissie gaat de zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, uit van een hogere drempelwaarde.
135. Voor meerdere patiëntengroepen kan gelden dat behandelingen met name niet-klinisch uitgevoerd worden in plaats van klinisch zoals dat bijvoorbeeld voor de patiëntengroep chronische huidzweren en decubitus en voor de patiëntengroep overige aandoeningen vaatstelsel en eczeem het geval is. Bij deze patiëntengroepen is het totale aantal niet-klinische behandelingen aanzienlijk hoger dan het totale aantal klinische behandelingen. Omdat vooralsnog voor al deze kleine klinische patiëntengroepen niet uitgesloten kan worden dat de klinische component van de behandelingen niet los gezien kan worden van de niet-klinische component, concludeert de ACM in deze fase van de procedure voor patiëntengroepen waar dat aan de orde is en die op het gebied van klinische zorg niet tot mogelijke mededingingsbezwaren leiden, maar voor niet-klinische zorg wel, dat deze toch tot mogelijke mededingingsbezwaren leiden op het gebied van klinische behandelingen. Dit is het geval voor 19 patiëntengroepen. In tabel B1 van bijlage B voor klinische basiszorg staan deze in de kolom 'NKL' met rood aangegeven.
136. Volledigheidshalve heeft de ACM voor basiszorg berekend wat de diversion ratios vanuit Erasmus MC en vanuit IJsselland zijn indien slechts gekeken wordt naar patiënten die rechtstreeks zijn verwezen door een huisarts. Vanuit Erasmus MC bezien geldt voor 14 klinische en 20 niet-klinische patiëntengroepen dat de diversion ratio groter is dan 14,3%. Vanuit IJsselland bezien betreft dit 6 klinische en 29 niet-klinische patiëntengroepen. De ACM concludeert dat ook indien slechts gekeken zou worden naar patiënten die rechtstreeks door een huisarts verwezen zijn er meerdere patiëntengroepen zijn waarvoor zou kunnen gelden dat de voorgenomen concentratie tot mogelijke mededingingsbezwaren leidt.

Complexe zorg

137. Zoals reeds in punt 48 beschreven, bestaat circa [20-30]% van de door Erasmus MC geleverde zorg uit complexe zorg. Deze zorg is goed voor een omzet van **[VERTROUWELIJK]** ([50-60]% van de totale omzet). Van de zorg die IJsselland levert, betreft circa [0-1]% complexe zorg. Deze zorg is goed voor een omzet van **[VERTROUWELIJK]** ([0-5]% van de totale omzet).
138. Uitgaande van een markt bestaande uit Krimpen aan den IJssel, Capelle aan den IJssel, Rotterdam-Noord, Zuidplas, Krimpenerwaard en Rotterdam-Zuid zullen Erasmus MC en IJsselland

⁷⁰ Zie punt 106.

na de voorgenomen concentratie een marktaandeel van circa [30-40]% verkrijgen op het gebied van klinische complexe zorg (Erasmus MC circa [30-40]% en IJsselland circa [0-10]%) en circa [40-50]% op het gebied van niet-klinische complexe zorg (Erasmus MC circa [40-50]% en IJsselland circa [0-10]%).

139. Op de geografische markt als bedoeld in punt 138 zijn de marktaandelen van de concurrerende ziekenhuizen op klinische complexe zorg [5 - 10]% voor SFGV en [1 - 5]% voor het Groene Hart Ziekenhuis. Ten aanzien van niet-klinische complexe zorg zijn de marktaandelen [20 - 30]% voor SFGV en [0 - 10]% voor het Groene Hart Ziekenhuis. De marktaandelen van het Maasstad Ziekenhuis en het Ikazia Ziekenhuis liggen in deze geografische markt voor zowel klinische als niet-klinische complexe zorg onder de 5%.
140. Om de huidige posities van Erasmus MC en IJsselland op het gebied van complexe zorg inzichtelijk te maken wordt in tabel 9 aangegeven hoeveel patiëntengroepen op het gebied van complexe zorg Erasmus MC en IJsselland, zowel afzonderlijk als gezamenlijk, vallen onder een bepaald marktaandeelbereik. Erasmus MC heeft op het gebied van 31 klinische en 33 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van meer dan [40-50]%. IJsselland heeft alleen op het gebied van 1 niet-klinische patiëntengroep een marktaandeel van meer dan [40-50]%. Na de voorgenomen overname zullen Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk op het gebied van 38 klinische en 37 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van meer dan [40-50]% hebben.⁷¹

Tabel 9. Aantal patiëntengroepen van Erasmus MC en IJsselland dat binnen een bepaald marktaandeelbereik valt.

Complexe zorg Marktaandeelbereik	Klinisch			Niet-klinisch		
	Erasmus MC	IJsselland	Gezamenlijk	Erasmus MC	IJsselland	Gezamenlijk
0% - 20%	16	54	12	18	58	16
20% - 40%	12	5 ⁷²	9	10	2	8
40% - 60%	15	0	18	9	0	11
60% - 80%	12	0	14	13	1 ⁷³	12
80% - 100%	4	0	6	11	0	14

Patiëntengroepen op het gebied van complexe zorg

141. Zoals eerder al gesteld bij de beoordeling op het niveau van patiëntengroepen op het gebied van basiszorg, gelden de marktaandelen als een eerste indicatie van mogelijke mededingingsbezwaren als gevolg van de concentratie. Eveneens zal bij de beoordeling van de patiëntengroepen op het gebied van complexe zorg gebruik gemaakt worden van dezelfde criteria als in de punten 129 en 130 genoemd. In tabellen B3 en B4 van bijlage B wordt aangegeven voor welke patiëntengroepen geldt dat aan deze criteria voldaan wordt.

⁷¹ Indien een marktaandeelbereik van 50% of meer wordt gezien, heeft Erasmus MC voor 24 klinische en 28 niet-klinische patiëntengroepen een marktaandeel van 50% of meer. Voor IJsselland betreft dit 0 klinische en 1 niet-klinische patiëntengroep. Als gevolg van de concentratie zal dit voor Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk gelden voor 30 klinische en 31 niet-klinische patiëntengroepen.

⁷² Breuken van de buikwand (verworven), Ooglid en 'rood' oog, Overige darmziekten, Overige endocriene stoornissen en Ziekte van Parkinson.

⁷³ IJsselland heeft voor 3 niet-klinische complexe patiëntengroepen een marktaandeel van >20%: Dementie, Hypertensie en Ziekten urinewegen.

142. Op het gebied van klinische complexe zorg blijkt uit de analyse dat voor 27 van de 59 patiëntengroepen geldt dat de HHI de kritische waarde overstijgt en voor 24 van de 59 patiëntengroepen de diversion ratio hoger dan 14,3% is. Voor 16 van de 59 patiëntengroepen geldt dat zowel de diversion ratio boven de 14,3% is, als dat de HHI de kritieke waarde overstijgt. Op het gebied van deze 16 patiëntengroepen concludeert de ACM dat als gevolg van de concentratie de mededinging mogelijk significant beperkt zal worden.
143. Op het gebied van niet-klinische complexe zorg blijkt uit de analyse dat voor 15 van de 61 patiëntengroepen geldt dat de HHI de kritische waarde overstijgt en voor 29 van de 61 patiëntengroepen de diversion ratio hoger dan 14,3% is. Voor 11 van de 61 patiëntengroepen geldt dat zowel de diversion ratio boven de 14,3% is, als dat de HHI de kritieke waarde overstijgt. Op het gebied van deze 11 patiëntengroepen concludeert de ACM dat als gevolg van de concentratie de mededinging mogelijk significant beperkt zal worden.
144. Eveneens als bij basiszorg kan op het gebied van complexe zorg voor meerdere patiëntengroepen gelden dat behandelingen met name niet-klinisch uitgevoerd worden in plaats van klinisch. Derhalve concludeert de ACM in deze fase van de procedure, overeenkomend met de analyse op het gebied van basiszorg, ook voor de patiëntengroepen die op het gebied van klinische complexe zorg niet tot mogelijke mededingingsbezwaren leiden, maar voor niet-klinische complexe zorg wel dat deze ook tot mogelijke mededingingsbezwaren leiden. Dit is het geval voor 8 patiëntengroepen. In tabel B3 van bijlage B voor klinische complexe zorg staan deze in de kolom 'NKL' met rood aangegeven.

6.4.4 Conclusie zorgverleningsmarkt

145. De ACM concludeert op basis van het voorgaande dat het aannemelijk is dat, voor wat betreft de zorgverleningsmarkt, de mededinging op het gebied van basiszorg voor 55 klinische patiëntengroepen en 56 niet-klinische patiëntengroepen als gevolg van de voorgenomen concentratie zou kunnen worden beperkt. In een eventuele vergunningsfase zal, zoals ook al bij de productmarkt aangegeven, nader onderzocht worden wat de omvang is van de in het bijzonder door Erasmus MC verleende basiszorg. Bovendien zal in een dergelijk geval nader onderzocht worden in welke mate (het afwijkende aantal) verwijzingen naar Erasmus MC en IJsselland door huisartsen in Rotterdam een indicator zijn voor de onderlinge concurrentiedruk of het ontbreken daarvan. Tevens zal nader onderzocht worden in welke mate de door Erasmus MC geleverde basiszorg daadwerkelijk als basiszorg bestempeld zou kunnen worden.
146. Voorts concludeert de ACM op basis van het voorgaande dat het aannemelijk is dat, voor wat betreft de zorgverleningsmarkt, de mededinging op het gebied van complexe zorg voor 24 klinische patiëntengroepen en 11 niet-klinische patiëntengroepen als gevolg van de voorgenomen concentratie zou kunnen worden beperkt.

6.5 Zorginkoopmarkt

147. Naast een beoordeling van de effecten van de voorgenomen concentratie op het gebied van de verlening van zorg heeft de ACM ook onderzoek gedaan naar de effecten op het gebied van de inkoop van (medisch specialistische) zorg. De effecten op de zorginkoopmarkt zullen logischerwijs vaak in het verlengde liggen van de zorgverleningsmarkt. Als er voor patiënten in een bepaald gebied een belangrijk alternatief wegvalt, zal dit immers ook zijn weerslag kunnen hebben op de inkooppositie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt.
148. Voorts stelt de ACM vast dat de positie van Erasmus MC en IJsselland op de zorginkoopmarkt door onderhavige concentratie versterkt zou kunnen worden als gevolg van veranderingen in de

doorverwijspatronen (verticaal) aangezien Erasmus MC en IJsselland verschillende gradaties medisch specialistische zorg verlenen. Tussen de verschillende vormen van medisch specialistische zorg (tweede- en derdelijnszorg), en dus tussen verschillende ziekenhuizen, bestaan verwijzrelaties. Indien een patiënt in een (basis)ziekenhuis een te complex ziektebeeld heeft, kan de medisch specialist van dat ziekenhuis de patiënt doorverwijzen naar een gespecialiseerd ziekenhuis. Ook andersom kunnen verwijzingen plaatsvinden; indien het ziektebeeld van een patiënt het toelaat (eventueel na een behandeling), kan een gespecialiseerd ziekenhuis de patiënt (terug)verwijzen naar een basisziekenhuis. Als zorg dichtbij gegeven kan worden, heeft dat immers voor de patiënt de voorkeur. Ziekenhuizen zijn dus in zekere mate afhankelijk van de keuze van de verwijzer (huisarts of medisch specialist) waar hij de patiënt naar toe verwijst. De ACM merkt hierover op dat patiënten uiteraard zelf mogen kiezen bij welke zorgaanbieder zij hun zorg willen betrekken, maar dat uit onderzoek is gebleken dat het advies van de arts een belangrijke factor is in de keuze van een ziekenhuis.⁷⁴

149. Van belang is dan ook om te bezien in hoeverre Erasmus MC en IJsselland na de voorgenomen concentratie de mogelijkheid en de prikkel hebben om de verwijzrelaties dusdanig te beïnvloeden opdat de zorgverzekeraars meer zorg van de combinatie Erasmus MC en IJsselland moeten inkopen dan voor de concentratie.⁷⁵ Hiervoor zal de ACM kijken naar zowel verwijzingen en/of verplaatsingen van zorg vanuit Erasmus MC naar andere aanbieders van medisch specialistische zorg, als naar verwijzingen en/of verplaatsingen van zorg vanuit IJsselland.
150. Daarbij heeft de ACM ook kwantitatieve analyses gemaakt (capaciteitsanalyses) van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zorg te verplaatsen (van Erasmus MC en/of IJsselland naar andere ziekenhuizen) om te bepalen in hoeverre de zorgverzekeraars als ultiem middel geloofwaardig kunnen dreigen om na de voorgenomen concentratie zorg niet meer bij Erasmus MC en IJsselland in te kopen.
151. De ACM gaat hierna in op de beoordeling van de mogelijke effecten die als gevolg van de voorgenomen concentratie kunnen optreden op het gebied van de zorginkoop, in aanvulling op de mogelijke mededingingsproblemen die zijn geconstateerd in de vorige paragraaf die ook gevolgen zullen hebben op de zorginkoopmarkt. Daarbij brengt de ACM in de eerste plaats de opvattingen van partijen en zorgverzekeraars met betrekking tot de zorginkoopmarkt in kaart. Vervolgens beoordeelt de ACM de marktposities van Erasmus MC en IJsselland en beoordeelt zij de mogelijke gevolgen van de voorgenomen concentratie op de zorginkoopmarkt.

6.5.1 Opvattingen van partijen

152. De concentratie leidt volgens partijen niet tot een hefboomeffect waardoor Erasmus MC direct of binnen afzienbare tijd na de concentratie door haar positie op de markt voor complexe zorg een machtspositie op de markt voor basiszorg kan afdwingen. Partijen geven aan dat niet bij voorbaat en per definitie vaststaat dat sprake is van 'veel marktmacht' voor Erasmus MC voor de complexe zorg die Erasmus MC zowel regionaal, maar ook op bovenregionaal en landelijk niveau aanbiedt. Partijen geven hierbij aan dat Erasmus MC concurreert met andere UMC's, gespecialiseerde

⁷⁴ Zie het onderzoek: "Wat bepaalt de ziekenhuiskeuze van borstkankerpatiënten?"

<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d4742.pdf> en zie besluit van 5 september 2017 in zaak 17.0166.24 /Verlening vergunning voor concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc, punt 65.

⁷⁵ Hieraan gerelateerd is het mogelijk dat bepaalde ziekenhuizen, doordat het aantal verwijzingen naar hen vermindert, niet meer kunnen voldoen aan bepaalde volumenorren voor bv. chirurgische interventies. In een dergelijk geval zou die specifieke zorg niet meer aangeboden kunnen worden in dat ziekenhuis. Dit vermindert zowel de keuzevrijheid van de patiënt als de concurrentie tussen ziekenhuizen. Dit betreft een gevolg op de zorgverleningsmarkt die hiervoor al is besproken en in het navolgende dan ook niet verder behandeld zal worden.

ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's) en, in sommige gevallen, STZ-ziekenhuizen.

153. Erasmus MC en IJsselland hebben de uitdrukkelijke wens om als autonome organisaties te blijven werken. Voorts verwijzen partijen naar de (beleids)documenten die onderdeel zijn van de goedkeuring van de NZa ten aanzien van de voorgenomen concentratie van Erasmus MC en IJsselland. Partijen geven in dat kader aan gedurende de meldingsfase bij de NZa voldoende aannemelijk te hebben gemaakt dat:
- Erasmus MC en IJsselland streven naar het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats en de samenwerking betrekking zal hebben op het verschuiven van zorg in plaats van op lateralisatie van zorg;
 - Partijen het fuseren van afdelingen, vakgroepen, groepen van medewerkers of anderszins uitsluiten;
 - De concentratie het doel heeft om op beperkte schaal zorgverschuivingen mogelijk te maken richting de best passende locatie waarbij de complexiteit van zorg en/of voorkeur van de cliënt bepalend is. Erasmus MC zal zich in het kader van de juiste zorg op de juiste plaats toeleggen op leveren van topzorg en IJsselland zal zich toeleggen op het leveren van basiszorg.
154. Partijen merken op dat de voorwaarden van de NZa een looptijd hebben van vijf jaar ná goedkeuring van de ACM en dienen dus ook volgens partijen meegewogen te worden in de prospectieve analyse die de ACM gehouden is te verrichten ten aanzien van de concentratie.
155. Partijen geven aan dat Erasmus MC en IJsselland elk hun eigen vergunning behouden in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en dat ze allebei hun eigen zorgverkooptrajecten zullen blijven hanteren. Het is volgens partijen daardoor ook niet aannemelijk dat zij de verkoop op zodanige wijze weten te organiseren dat zorgproducten van zowel Erasmus MC (complexe zorgproducten) als IJsselland (basiszorgproducten) gedwongen contractueel of anderszins met elkaar worden verbonden. Volgens partijen is het hierdoor dus ook niet aannemelijk dat Erasmus MC na de concentratie zorgverzekeraars weet te forceren méér basiszorgproducten van IJsselland af te nemen tegen voor zorgverzekeraars ongunstigere voorwaarden.
156. Daarnaast melden partijen dat Erasmus MC en IJsselland uiteenlopende belangen hebben bij de zorgverkoop waardoor het niet aannemelijk is dat Erasmus MC na de concentratie zorgverzekeraars zal weten te forceren om meer basiszorgproducten van IJsselland af te nemen tegen voor zorgverzekeraars ongunstigere voorwaarden.
157. Partijen benadrukken daarnaast dat Erasmus MC en IJsselland ook niet zomaar een machtspositie kunnen verwerven op de markt voor basiszorg omdat volgens hen juist op deze markt meerdere daadwerkelijke en potentiële concurrenten aanwezig zijn.
158. Verder wijzen partijen er op dat Erasmus MC voor haar topzorg, en met name voor topreferente zorg, zeer afhankelijk is van de relatie met andere ziekenhuizen in de (wijde) regio. Daarom is het van belang om deze relaties goed te houden, ook na de concentratie. Er is volgens partijen geen prikkel voor hen om een dominante positie op het gebied van basiszorg te verwerven voor IJsselland aangezien dit per definitie ten koste zal gaan van de andere ziekenhuizen in de regio. In dat geval bestaat het risico dat Erasmus MC minder verwijzingen van andere ziekenhuizen in de regio zou krijgen wat zeer onwenselijk is. De concentratie geeft Erasmus MC volgens partijen ook op grond hiervan geen prikkel om op basis van onderhandelingsmacht meer basiszorg ten koste van andere ziekenhuizen in de regio aan te trekken en onder te brengen bij IJsselland.
159. Ten aanzien van de verwijzingen vanuit IJsselland naar STZ-ziekenhuizen merken partijen op dat het onwaarschijnlijk is dat STZ-ziekenhuizen een significante patiëntenstroom op het gebied van

topklinische zorg zullen mislopen als gevolg van de concentratie. Er is volgens partijen geen voornemen of prikkel bij IJsselland om patiënten die topklinische zorg behoeven uitsluitend naar Erasmus MC te verwijzen. Partijen wijzen hierbij op het volgens hen verschillende zorgaanbod van enerzijds UMC's en anderzijds STZ-ziekenhuizen. Volgens partijen zullen er ook nog steeds voldoende zorginhoudelijke redenen zijn om patiënten vanuit IJsselland wél naar STZ-ziekenhuizen in de regio te verwijzen en juist niet naar een UMC als Erasmus MC. Partijen zien dat veel topklinische zorg in de regio juist geconcentreerd is bij STZ-ziekenhuizen. Volgens partijen zijn dit vaak (topklinische) operaties waar hoge volumenormenten voor gelden en betreft het in de meeste gevallen ook behandelingen die Erasmus MC en IJsselland niet aanbieden.⁷⁶ Voorts wijzen partijen ook op andere factoren die een rol spelen bij doorverwijzingen waardoor Erasmus MC en IJsselland een beperkte invloed hebben op waar de patiënten naar toe worden verwezen zoals de persoonlijke voorkeur, capaciteit en reistijd. Voorts melden partijen dat Erasmus MC en IJsselland doorverwijspatronen niet sterk kunnen wijzigen aangezien ze door de zorgverzekeraar of andere zorgaanbieders worden gedisciplineerd.⁷⁷

160. Ten aanzien van de verwijzingen van basiszorgpatiënten vanuit Erasmus MC naar algemene ziekenhuizen merken partijen op dat Erasmus MC geen aanwijzingen heeft dat algemene ziekenhuizen afhankelijk zijn van Erasmus MC voor de instroom van basiszorgpatiënten. Volgens partijen maken verwijzingen vanuit een UMC maar een zeer klein onderdeel (volgens partijen naar schatting 0% - 5%) uit van de totale instroom van patiënten voor een algemeen ziekenhuis. Voorts wijzen partijen op de doorgaans sterkere inspraak van patiënten bij een doorverwijzing voor basiszorg en de mindere reisbereidheid van basiszorgpatiënten.
161. Voorts meldt Erasmus MC dat de constructie zoals in 2017 is opgezet tussen Erasmus MC en Adrz zeer vergelijkbaar is met onderhavige concentratie. IJsselland en Adrz hebben zeer vergelijkbare profielen. Het Adrz is een *stand alone* ziekenhuis en is apart blijven onderhandelen met zorgverzekeraars.

6.5.2 Opvattingen van zorgverzekeraars

162. VGZ geeft aan dat in onderhandelingen met IJsselland er passende afspraken kunnen worden gemaakt. Zij verwacht geen grote effecten op de onderhandelings-/inkooppositie richting Erasmus MC als gevolg van de concentratie, maar wel effecten op de onderhandelings-/inkooppositie richting IJsselland als gevolg van de concentratie. Volgens VGZ kan Erasmus MC met zijn toekomstige meerderheidsbelang in IJsselland druk uitoefenen richting VGZ indien VGZ geen overeenstemming zou bereiken met IJsselland tijdens de contracteringsperiode. Erasmus MC zou volgens VGZ een koppeling kunnen leggen tussen de contractering van het IJsselland en de afronding van de afspraken met Erasmus MC. De onderhandelingen met Erasmus MC zijn niet gebaseerd op een 'alles of niets'-strategie, aldus VGZ. VGZ meldt wel dat het onmogelijk is om Erasmus MC niet te contracteren en dat de tarieven die met UMC's voor basiszorg worden afgesproken hoger liggen dan de tarieven in algemene ziekenhuizen.
163. CZ geeft desgevraagd aan niet te verwachten dat Erasmus MC na de concentratie zorgverzekeraars zal weten te forceren meer basiszorgproducten van IJsselland af te nemen tegen voor zorgverzekeraars ongunstigere tarieven. Evenwel geeft CZ ook aan het niet in de praktijk te zien gebeuren dat zij de combinatie Erasmus MC/IJsselland kan disciplineren. Hierbij verwijst CZ

⁷⁶ Volgens partijen gaat het hierbij bijvoorbeeld om topklinische maagverkleiningen (Maasstad Ziekenhuis en SFGV) en prostaatkankeroperaties (Maasstad Ziekenhuis en Reinier de Graaf Ziekenhuis).

⁷⁷ Partijen verwijzen hiervoor naar het geval dat verzekeraar VGZ Rotterdamse huisartsen heeft gevraagd om niet meer naar het Ikazia Ziekenhuis te verwijzen per juli 2019, zie <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/07/05/verzekeraar-niemand-meer-naar-ikazia-ziekenhuis-a3966283>.

naar de rol van met name Erasmus MC als academisch en grootste ziekenhuis in de regio. Het verplaatsen van patiëntenstromen ter disciplineren van de combinatie Erasmus MC - IJsselland zou volgens CZ in theorie kunnen, maar in de praktijk gebeurt dat niet. Volgens CZ beschikken zorgverzekeraars niet over de macht om grote adherentiestromen op gang te brengen. Evenwel merkt CZ op dat het na de overname niet moeilijker zal zijn om IJsselland te disciplineren.

164. Zilveren Kruis geeft aan dat Erasmus MC al de grootste aanbieder van medisch specialistische zorg is binnen 'groot Rotterdam'. Volgens Zilveren Kruis is een negatief effect van de voorgenomen concentratie dat de marktmacht van de combinatie Erasmus MC/IJsselland zal toenemen. Zilveren Kruis wijst hierbij naar **[VERTROUWELIJK]**. Erasmus MC ontvangt volgens Zilveren Kruis **[VERTROUWELIJK]**. Zilveren Kruis geeft aan dat Erasmus MC niet alleen de marktmacht kan krijgen **[VERTROUWELIJK]**.
165. Zilveren Kruis geeft aan dat ook als Erasmus MC en IJsselland apart onderhandelen er nog steeds een prijsopdrijvend effect kan ontstaan omdat de informatie binnen de combinatie Erasmus MC/IJsselland gedeeld kan worden. Bovendien meldt Zilveren Kruis **[VERTROUWELIJK]**.
166. DSW heeft de verwachting uitgesproken dat na de concentratie de onderhandelingen met IJsselland hetzelfde zullen verlopen zoals nu met Erasmus MC. DSW geeft aan dat **[VERTROUWELIJK]**. DSW kan nu een gelijkwaardige discussie voeren met IJsselland. Momenteel is er met IJsselland een meerjarenafspraak gemaakt waarin is afgesproken om de zorg op de juiste plek te bieden en om de zorg duurzaam en betaalbaar te houden zoals is neergelegd in het hoofdlijnenakkoord. DSW geeft aan dat IJsselland haar vroeg heeft 'meegenomen' in haar plannen en ideeën en streeft naar transparantie, **[VERTROUWELIJK]**. Na de overname zal de prijsstelling naar verwachting niet veranderen, maar kan er wel geschoven worden met volumes binnen zorgstromen binnen de combinatie Erasmus MC/IJsselland waar DSW geen zicht op heeft, aldus DSW.
167. Volgens Menzis zal de voorgenomen concentratie de marktmacht van het nieuwe consortium doen toenemen. Hierbij merkt Menzis op dat academische ziekenhuizen sowieso van nature al een grote marktmacht hebben vanwege de 'last resort' functie die ze vervullen. Ook geeft Menzis aan te verwachten dat de onderhandelingen met Erasmus MC niet zullen veranderen omdat Erasmus MC al heel groot is, maar dat de onderhandelingen met IJsselland mogelijk wel veranderen na de concentratie omdat IJsselland daarna mee kan liften op de positie van Erasmus MC. Het selectief inkopen van een deel van de zorg binnen een ziekenhuis ter disciplineren blijft een lastig inzetbaar instrument vanwege het keuzegedrag van patiënten, aldus Menzis.
168. a.s.r. geeft aan dat door de overname er voor de zorgverzekeraars minder keuzevrijheid zal zijn. Erasmus MC heeft volgens a.s.r. een aanzienlijke machtspositie, zowel in de regio als landelijk. Door de beoogde overname wordt deze positie versterkt, aldus a.s.r. Door deze dominante positie verwacht a.s.r. dat de zorgkosten zullen stijgen. De onderhandelingen met IJsselland zijn momenteel evenwichtig en zullen, zo verwacht a.s.r., na de concentratie verslechteren vanwege de toegenomen onderhandelingsmacht voor de combinatie ErasmusMC/IJsselland. Het verplaatsen van zorg ter disciplineren is niet mogelijk voor een kleine zorgverzekeraar. Voorts verwacht a.s.r. dat het verplaatsen van zorg (door een zorgverzekeraar) van een UMC naar een ander ziekenhuis tot zeer veel ophef zal leiden met negatieve aandacht voor de betreffende zorgverzekeraar.
169. Omtrent de mogelijk intensievere verwijsrelatie tussen Erasmus MC en IJsselland melden zorgverzekeraars het volgende.
170. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis geeft desgevraagd aan dat zij negatieve effecten als gevolg van doorverwijzingen verwacht vanwege de overname. Daarbij wijzen zij op het risico voor interne doorverwijzing van IJsselland naar Erasmus MC. Zilveren Kruis is van mening dat andere ziekenhuizen in de regio belang hebben bij doorverwijzingen om productie te draaien. Wanneer er

meer interne doorverwijzingen van IJsselland naar Erasmus MC gaan, kunnen het SFGV en het Maasstad Ziekenhuis hierdoor minder of in elk geval minder 'interessante' patiënten krijgen. Zilveren Kruis wijst er op dat hierdoor het SFGV en het Maasstad Ziekenhuis in de toekomst minder goed in staat zullen zijn om bepaalde patiëntengroepen te behandelen en deze overname daardoor kan bijdragen aan verdergaande concentratie in de toekomst.

171. Zorgverzekeraar VGZ heeft aangegeven dat er zorgen zijn bij VGZ dat doorverwijzingen vanuit IJsselland na de overname automatisch naar Erasmus MC gaan en omgekeerd. VGZ geeft aan dat een academisch ziekenhuis een afstemfunctie heeft met de omliggende STZ- en algemene ziekenhuizen binnen de regio. Die relatie kan door de overname worden verstoord doordat er interne doorverwijzingen plaatsvinden binnen de combinatie Erasmus MC/IJsselland, aldus VGZ. Voorts meldt VGZ dat zij verwijzers niet kan verbieden om naar een bepaalde zorgaanbieder te verwijzen. In het geval van het Ikazia Ziekenhuis in 2019 heeft VGZ huisartsen opgeroepen naar andere ziekenhuizen te verwijzen wat leidde tot het omleiden van patiëntenstromen naar andere zorgaanbieders. Over het verplaatsen moet niet lichtzinnig worden gedacht omdat het veel impact heeft op het ziekenhuis, verzekerden, verzekeraar en verwijzers, aldus VGZ.
172. Zorgverzekeraar CZ geeft aan dat ze verwacht dat de doorverwijzingen vanuit Erasmus MC naar andere ziekenhuizen of vanuit IJsselland naar andere ziekenhuizen overeind blijven. CZ merkt op dat bij een gelijkblijvend aanbod IJsselland mogelijk de voorkeur gaat krijgen, maar dat is volgens CZ ook afhankelijk van de keuze van de patiënt.
173. Zorgverzekeraar DSW verwacht dat na de overname minder doorverwijzingen van Erasmus MC naar SFGV, het Ikazia Ziekenhuis, het Maasstad Ziekenhuis en Spijkenisse Medisch Centrum zullen gaan. Dit verkleint de keuzevrijheid voor de patiënt. Voorts merkt DSW op niet te denken dat er qua doorverwijzingen iets aan het veranderen is sinds de samenwerking tussen Erasmus MC en IJsselland in 2016 is begonnen. Volgens DSW heeft IJsselland geen alternatieven dan Erasmus MC voor tertiaire verwijzingen. DSW heeft geen inzicht in doorverwijzingen van IJsselland naar concurrenten.
174. Zorgverzekeraar a.s.r. ziet een risico in een 'preferred supplier' rol van IJsselland. Hierdoor zullen er minder doorverwijzingen zijn naar andere ziekenhuizen. Ook zal het principe van getrapte zorg niet worden gevolgd waardoor de zorgkosten zullen stijgen.
175. Zorgverzekeraar Menzis geeft aan dat het na de voorgenomen concentratie kan voorkomen dat er bestaande doorverwijsverbanden met andere ziekenhuizen worden afgebouwd. Menzis geeft wel aan dat vanwege hun kleine marktaandeel in de regio zij geen analyses voorhanden heeft om dit cijfermatig te onderbouwen. Volgens Menzis is het aannemelijk dat Erasmus MC een groot deel van de basiszorg zal gaan verschuiven richting IJsselland en deze ruimte opvult met extra academische zorg. Dit betekent volgens Menzis dat er geen budget meegaat richting IJsselland en dat IJsselland naar de verzekeraars zal gaan komen met een verzoek tot extra vergoeding.

6.5.3 Beoordeling door de ACM

176. De ACM beoordeelt de mogelijke effecten van de voorgenomen concentratie op het gebied van de zorginkoop zowel op basis van haar kwalitatieve als kwantitatieve onderzoek. Bij de beoordeling van mogelijke effecten van de voorgenomen concentratie op zorginkoop onderzoekt de ACM de mogelijkheid en de prikkel voor Erasmus MC en IJsselland om hun onderhandelingen met zorgverzekeraars over complexe zorg respectievelijk basiszorg te koppelen om zo de positie van Erasmus MC te gebruiken om voor de combinatie Erasmus MC/IJsselland gunstigere voorwaarden voor en/of meer volume aan door IJsselland (en/of Erasmus MC) te verlenen basiszorg te bedingen. Daarnaast bespreekt de ACM of de combinatie Erasmus MC/IJsselland een sterkere positie zal krijgen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars wanneer zij onderling een intensievere verwijsrelatie zullen onderhouden.

177. De ACM gaat in deze paragraaf eerst in op de marktposities van Erasmus MC en IJsselland. Daarna gaat zij in op de vraag of Erasmus MC en IJsselland de mogelijkheid hebben om op de hiervoor beschreven manier te onderhandelen en of zij daartoe een prikkel hebben, waarna de gevolgen worden besproken van een intensievere verwijzrelatie tussen Erasmus MC en IJsselland. Daarna gaat de ACM in op het mogelijke effect van een dergelijke manier van onderhandelen.

Marktpositie Erasmus MC

178. De ACM heeft in het onderzoek onder marktpartijen dat zij heeft uitgevoerd verschillende signalen ontvangen waarin wordt gesproken over de machtige positie van Erasmus MC. Indien Erasmus MC voorafgaand aan de concentratie reeds beschikt over een machtige positie zou dat na de concentratie zijn weerslag kunnen hebben op de inkooppositie van zorgverzekeraars richting IJsselland. De ACM gaat in deze paragraaf daarom in op de marktpositie van Erasmus MC.
179. Zoals hiervoor al aangegeven, stellen partijen dat niet bij voorbaat en per definitie vaststaat dat sprake is van 'veel marktmacht' voor Erasmus MC op het gebied van complexe zorg. Partijen betogen dat Erasmus MC concurreert met andere UMC's, gespecialiseerde ziekenhuizen/ZBC's en, in sommige gevallen, STZ-ziekenhuizen. De ACM merkt op dat partijen evenwel ook aangeven dat IJsselland in de praktijk veruit de meeste patiënten voor topreferente zorg naar Erasmus MC verwijst en niet naar andere UMC's. Partijen wijzen er hierbij op dat Erasmus MC en IJsselland zich ongeveer in hetzelfde adherentiegebied bevinden en dat Erasmus MC ook (veruit) de meest nabij gelegen aanbieder voor topzorg is. Partijen geven aan dat IJsselland over het algemeen alleen naar andere UMC's verwijst indien daarvoor een specifieke medische noodzakelijkheid bestaat of als een patiënt daar om andere redenen (bijvoorbeeld dichterbij woon/werkplek) behoefte aan heeft. Partijen geven bovendien zelf aan dat de meerdere STZ-ziekenhuizen die in de regio actief zijn naast Erasmus MC, zoals SFGV, Albert Schweitzer Ziekenhuis en Maastad Ziekenhuis, maar ook een algemeen ziekenhuis als Ikazia Ziekenhuis, ook veelal voor topreferente zorg naar Erasmus MC verwijzen.
180. De ACM heeft vooralsnog, op basis van het voorgaande, geen reden om aan te nemen dat het doorverwijsgedrag van andere ziekenhuizen in het adherentiegebied⁷⁸ van Erasmus MC en IJsselland ten aanzien van patiënten die topreferente zorg nodig hebben wezenlijk anders is dan dat van IJsselland. Erasmus MC is tenslotte het enige academische ziekenhuis in de regio en andere ziekenhuizen moeten om die reden alleen al naar Erasmus MC verwijzen voor bepaalde zorg (een patiënt uit de regio Rotterdam wordt in de regel niet naar Utrecht, Leiden of Amsterdam gestuurd als de zorg ook in Rotterdam aanwezig is). Het ligt derhalve in de rede om aan te nemen dat Erasmus MC ten aanzien van het verlenen van topreferente zorg een machtige positie inneemt in ten minste het adherentiegebied van Erasmus MC en IJsselland.
181. Daarnaast merkt de ACM op dat bij de beoordeling van de concentratie Erasmus MC - Admiraal de Ruyter Ziekenhuis⁷⁹ de ACM geconcludeerd heeft dat het aannemelijk was dat verzekeraars afhankelijk zijn van Erasmus MC door (deels) onmisbaar aanbod waardoor de verzekeraars in de contractering niet om Erasmus MC heen kunnen. Voorts concludeerde de ACM in dat besluit dat Erasmus MC een zeer sterke positie heeft op het gebied van topzorg.
182. In punt 138 heeft de ACM al vastgesteld dat Erasmus MC (met de huidige marktafbakening) thans reeds een sterke marktpositie heeft op het gebied van complexe zorg: circa [30-40]% op het

⁷⁸ Zie de punten 88 en 91 dat dit adherentiegebied de volgende (deel)gemeenten omvat: Rotterdam-Noord, Rotterdam-Zuid, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Krimpenerwaard en Zuidplas.

⁷⁹ Zie het besluit van de ACM van 21 april 2017 in zaak 16.1297.22, *Goedkeuring van de concentratie tussen het Erasmus MC en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis*, punt 51.

gebied van klinische complexe zorg en circa [40-50]% op het gebied van niet-klinische complexe zorg. Hierbij merkt de ACM op dat dat marktaandeel aanzienlijk verschilt tussen patiëntengroepen, zie punt 140 en tabel 9: Erasmus MC heeft echter nu al een marktaandeel van meer dan [40-50]% bij 31 patiëntengroepen op het gebied van klinische complexe zorg en bij 33 patiëntengroepen op het gebied van niet-klinische complexe zorg.

183. Het gegeven dat Erasmus MC een machtige positie inneemt op het gebied van topreferente zorg in het genoemde adherentiegebied lijkt ook effect te hebben op de onderhandelingen die Erasmus MC en de zorgverzekeraars met elkaar voeren en de uiteindelijke contracten die daaruit voortvloeien. Zo geeft VGZ aan dat het onmogelijk is om Erasmus MC niet te contracteren. CZ geeft aan dat niet inkopen bij Erasmus MC absoluut geen optie is. CZ geeft desgevraagd aan dat het in theorie mogelijk is dat zij Erasmus MC na de overname kan disciplineren, maar CZ geeft daarbij wel aan dat zij dat in de praktijk niet ziet gebeuren. Menzis geeft aan dat alle academische ziekenhuizen sowieso van nature al een grote marktmacht hebben vanwege de 'last resort' functie die zij vervullen. Meer specifiek geeft Menzis aan dat de onderhandelingen met Erasmus MC niet altijd constructief en gemakkelijk verlopen. Dit heeft volgens Menzis vooral te maken met de 'Academische houding' die het ziekenhuis aanneemt. Dit gedrag ziet Menzis ook bij de andere academische ziekenhuizen. Zilveren Kruis geeft aan dat Erasmus MC al de grootste speler is binnen 'groot Rotterdam'. Hierbij wijst Zilveren Kruis er daarnaast op dat Erasmus MC **[VERTROUWELIJK]**. Ook volgens a.s.r. heeft Erasmus MC een aanzienlijke machtspositie zowel in de regio als landelijk. a.s.r. wijst hierbij naar de onmisbaarheid van Erasmus MC vanwege haar aanbod op hoog complexe zorg, haar reputatie, kennis, productieaantallen en onderzoek. Een effect van deze positie is volgens a.s.r. dat Erasmus MC momenteel al hogere vergoedingen ontvangt dan IJsselland voor, grotendeels gelijksoortige, basiszorg. Door de beoogde overname wordt de positie van Erasmus MC volgens a.s.r. versterkt. DSW merkt op dat Erasmus MC veel marktmacht heeft. Volgens DSW is Erasmus MC geen ziekenhuis meer, maar een instituut. Volgens DSW zet Erasmus MC de marktmacht op dit moment niet actief in. Zorgverzekeraars zijn volgens DSW niet in staat tegenwicht te bieden aan Erasmus MC.
184. Het onderzoek onder marktpartijen in deze zaak herbevestigt het beeld dat Erasmus MC een zeer sterke positie heeft op het gebied van topzorg zoals ook al geconcludeerd in het besluit van de ACM inzake de concentratie Erasmus MC - Admiraal de Ruyter Ziekenhuis.⁸⁰ Verzekeraars geven onverkort aan niet om Erasmus MC heen te kunnen tijdens de contractering vanwege de rol van Erasmus MC als academisch ziekenhuis. Dit is overigens ook in lijn met een vorig voorjaar gepubliceerd onderzoek door de ACM naar de reacties van verzekeren als een ziekenhuis niet gecontracteerd wordt.⁸¹ Het onderzoek gaf aan dat verzekeraars niet om een UMC heen kunnen en wel moeten contracteren aangezien ze anders te veel cliënten verliezen. Oftewel, verzekeraars hebben voorafgaand aan deze overname al duidelijk minder onderhandelingsmacht ten opzichte van een UMC dan wanneer het onderhandelingen met een basisziekenhuis betreft.

Marktpositie IJsselland

185. Voor zover de ACM heeft kunnen nagaan, zijn de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en IJsselland voorafgaand aan de concentratie evenwichtig. Juist de combinatie met de machtige positie van Erasmus MC kan na de concentratie zijn weerslag hebben op de inkooppositie van zorgverzekeraars richting IJsselland.

⁸⁰ Zie het besluit van de ACM van 21 april 2017 in zaak 16.1297.22, *Goedkeuring van de concentratie tussen het Erasmus MC en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis*, punt 51.

⁸¹ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/onderzoek-reactie-verzekeren-als-een-ziekenhuis-niet-wordt-gecontracteerd>.

186. De ACM heeft in het door haar uitgevoerde onderzoek onder marktpartijen geen signalen ontvangen waarin wordt gesproken over een bijzondere positie van IJsselland. Wel verwachten verschillende verzekeraars dat de onderhandelingen met IJsselland kunnen veranderen na de concentratie, gegeven de machtige positie van Erasmus MC.
187. In punt 118 heeft de ACM vastgesteld dat IJsselland (bij de huidige marktafbakening) op het gebied van basiszorg over de volgende marktaandelen beschikt: circa [30-40]% op het gebied van klinische basiszorg en circa [20-30]% op het gebied van niet-klinische basiszorg.
188. Derhalve concludeert de ACM dat IJsselland voorafgaand aan de concentratie niet beschikt over een positie op het gebied van basiszorg die haar in staat stelt onderhandelingen met zorgverzekeraars naar haar hand te zetten, maar dat juist dat als gevolg van deze concentratie met het machtige Erasmus MC zal veranderen.

Mogelijkheid

189. Bij de beoordeling van de hierboven uiteengezette mogelijkheid aan de zijde van Erasmus MC en IJsselland om de onderhandelingen ten nadele van de zorginkopers te beïnvloeden heeft de ACM een kwantitatieve analyse gemaakt die inzicht geeft in capaciteit die omliggende ziekenhuizen hebben. Deze capaciteitsanalyse geeft inzicht in welke mate zorgverzekeraars Erasmus MC en IJsselland zouden kunnen disciplineren door zorg (deels) niet meer bij hen in te kopen, maar bij andere ziekenhuizen. Indien zorgverzekeraars veel zorg zouden kunnen verschuiven naar andere ziekenhuizen omdat deze daar de capaciteit voor beschikbaar hebben, verkleint dat de mogelijkheid aan de kant van Erasmus MC en IJsselland om hun zorgaanbod aan elkaar te koppelen om de onderhandelingen ten nadele van de zorginkopers te beïnvloeden. Deze analyse staat beschreven onder het kopje *'Mogelijkheden tot capaciteitsverschuivingen'*. Daarnaast heeft de ACM de argumenten van partijen beoordeeld onder het kopje *'Beoordeling mogelijkheid'*.

Mogelijkheden tot capaciteitsverschuivingen

190. De ACM heeft op basis van Vektis declaratiedata van 2017 geanalyseerd welke mogelijkheden omliggende ziekenhuizen, vóór en na de concentratie, hebben om de capaciteit van Erasmus MC en IJsselland op te vangen. Op deze manier kan een inschatting gemaakt worden of zorgverzekeraars voldoende in staat zullen zijn om Erasmus MC en IJsselland na de overname te disciplineren. Indien er geen contract wordt gesloten tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar zal de zorgverzekeraar extra capaciteit moeten inkopen bij omliggende zorgaanbieders. In hoeverre dit mogelijk is, hangt af van de hoeveelheid zorg die moet worden verplaatst en de hoeveelheid extra zorg die een andere zorgaanbieder kan verzorgen. Als omliggende ziekenhuizen de mogelijkheid hebben om het volume van Erasmus MC en IJsselland op te vangen is dat een ruwe indicatie dat de zorgverzekeraars op dit punt niet gehinderd worden om eventueel inkoopmacht te kunnen uitoefenen. Als gevolg van een concentratie kan een beperkte capaciteit bij omliggende ziekenhuizen tot gevolg hebben dat patiënten niet naar omliggende ziekenhuizen kunnen gaan als zij niet tevreden zijn over de prestaties van de geconcentreerde partijen en kunnen zorgverzekeraars zorg niet naar een ander ziekenhuis verplaatsen. Zie bijlage C voor een nadere toelichting van de mogelijkheid van capaciteitsverschuivingen voor zorgverzekeraars.
191. De ACM heeft berekend in welke mate omliggende ziekenhuizen hun bestaande capaciteit moeten uitbreiden voor de toegenomen zorgvraag indien er geen contract is gesloten tussen de grootste zorgverzekeraar in de regio en Erasmus MC of IJsselland (de situatie voor de concentratie) en indien er geen contract wordt gesloten tussen de grootste zorgverzekeraar in de regio en Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk (de situatie na de concentratie). Op dit moment zou alleen de zorg van één ziekenhuis (Erasmus MC of IJsselland) verplaatst moeten worden indien de

verzekeraar er met die partij niet uitkomt en er geen, of een meer beperkt, contract tot stand komt. Na de voorgenomen concentratie zal de zorg van beide ziekenhuizen verplaatst moeten worden als Erasmus MC en IJsselland met elkaar optrekken tijdens de onderhandelingen. Derhalve dient meer zorg verplaatst te worden indien er geen, of een meer beperkt, contract is waarbij er tevens een aanbieder minder op de markt aanwezig is om de zorg op te vangen (Erasmus MC en IJsselland zijn na de voorgenomen overname immers één organisatie en dus is het aannemelijk dat zij niet bereid zullen zijn om hun capaciteit in te zetten om een verzekeraar te helpen een eigen groepsmaatschappij te disciplineren).

192. De capaciteitsverschuivingsanalyses zijn uitgevoerd op hoofdgroepniveau⁸² (van patiëntengroepen) voor klinische en niet-klinische basiszorg. In totaal wordt onderscheid gemaakt tussen 16 verschillende hoofdgroepen. Door middel van een combinatie van diversion ratio's, hoofdgroepvolumes van Erasmus MC en IJsselland, hoofdgroepvolumes van omliggende ziekenhuizen en de marktaandeelen van zorgverzekeraars in de regio Rotterdam heeft de ACM, met uitzondering van de hoofdgroep 'overig, niet toewijsbaar',⁸³ per hoofdgroep berekend in welke mate omliggende ziekenhuizen hun productie moeten uitbreiden indien een verzekeraar alle zorg van een hoofdgroep naar omliggende ziekenhuizen wenst te verschuiven. De uitkomsten tonen per hoofdgroep aan in welke mate ziekenhuizen individueel hun capaciteit moeten uitbreiden om gezamenlijk, naar rato van de diversion ratio's, de verschoven capaciteit op te vangen. De analyse veronderstelt derhalve dat de zorg van een niet-gecontracteerd (of een voor minder hoofdgroepen gecontracteerd) ziekenhuis over meerdere ziekenhuizen verdeeld wordt. Ook is berekend wat de piekcapaciteit van omliggende ziekenhuizen is om inzicht te krijgen in de mogelijkheid van deze ziekenhuizen om verschoven zorg op te vangen.
193. Hierna zijn alleen de uitkomsten van de analyse voor de grootste zorgverzekeraar in de regio Rotterdam, Zilveren Kruis met een marktaandeel van circa [30 - 40]%, beschreven. Indien de voorgenomen concentratie voor de grootste zorgverzekeraar restricties zal opleveren voor de mogelijkheid van het verplaatsen van zorg ziet de ACM in dit stadium van de procedure geen aanleiding om dit ook voor andere verzekeraars te onderzoeken. De vraag in hoeverre dit ook zou gelden voor kleinere verzekeraars dient in een eventuele vergunningsfase nog te worden onderzocht. Ook wordt in de vergunningsfase nader onderzocht welke factoren de uitkomsten van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en Erasmus MC en IJsselland beïnvloeden en welke contracten tot stand komen.
194. In Tabellen D1 tot en met D6 in bijlage D worden de situaties beschreven dat er geen contract is gesloten tussen Erasmus MC en/of IJsselland en een zorgverzekeraar. De uitkomsten tonen in welke mate zorgaanbieders hun capaciteit moeten uitbreiden om de toegenomen zorgvraag (naar verhouding van de diversion ratio's) op te vangen. In alle situaties neemt de ACM aan dat een zorgaanbieder maximaal 10% extra capaciteit kan opvangen.
195. In Tabellen D1 tot en met D3 worden de situaties beschreven voor klinische zorg: in Tabel D1 voor Erasmus MC, in Tabel D2 voor IJsselland en in Tabel D3 voor Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk.

⁸² Alle patiëntengroepen zijn geclusterd in 16 hoofdgroepen. Een patiëntengroep neemt vergelijkbare klachten van patiënten samen en bekijkt dit dus vanuit het perspectief van de vraagkant. Patiënten van verschillende patiëntengroepen dienen door andere artsen te worden behandeld. Wanneer echter de capaciteit van een ziekenhuis centraal staat, zijn patiëntengroepen te gedetailleerd: patiënten van sommige patiëntengroepen kunnen bijvoorbeeld worden verpleegd op dezelfde afdeling. Derhalve voert de ACM de analyses op capaciteit uit per hoofdgroep.

⁸³ Aangezien voor deze 'rest' hoofdgroep niet duidelijk is welke zorg het betreft, zal de ACM de capaciteitsverschuivingsmogelijkheden voor deze hoofdgroep niet beoordelen. Zie ook punt 120 en voetnoot 63.

196. In Tabel D1 is te zien dat er problemen kunnen ontstaan bij 2 hoofdgroepen voor klinische zorg indien er geen contract is gesloten met Erasmus MC bij de hoofdgroep “huid en subcutis” (vier omliggende zorgaanbieders kunnen de extra capaciteit niet aan waaronder IJsselland) en de hoofdgroep “ziekten van bloed en bloedvormende organen” (twee omliggende zorgaanbieders). In Tabel D2 ziet de ACM problemen indien er geen contract is gesloten met IJsselland bij 7 hoofdgroepen waarbij een omliggende zorgaanbieder de extra capaciteit niet aan kan (bij 5 hoofdgroepen betreft dit Erasmus MC) en hoofdgroep “urogenitaal systeem” waarbij twee omliggende zorgaanbieders de extra capaciteit niet aan kunnen. Na de concentratie, de situatie in Tabel D3, zijn er problemen bij 13 van de 15 hoofdgroepen waarvan in 6 gevallen er twee of meer omliggende zorgaanbieders de extra capaciteit niet kunnen aanbieden. In de meeste gevallen betreft dit SFGV en in een aantal gevallen Maasstad Ziekenhuis en kliniek Park MC.
197. In Tabellen D4 tot en met D6 worden de situaties beschreven voor niet-klinische zorg: in Tabel D4 voor Erasmus MC, in Tabel D5 voor IJsselland en in Tabel D6 voor Erasmus MC en IJsselland gezamenlijk.
198. In Tabel D4 is te zien dat er problemen kunnen ontstaan bij 2 hoofdgroepen voor niet-klinische zorg indien er geen contract is gesloten met Erasmus MC bij de hoofdgroepen “kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg” (zes omliggende zorgaanbieders kunnen de extra capaciteit niet aan waaronder IJsselland) en “infectieziekten” (een omliggende zorgaanbieder). In Tabel D5 ziet de ACM problemen indien er geen contract is gesloten met het IJsselland bij 8 hoofdgroepen waarbij een omliggende zorgaanbieder de extra capaciteit niet aan kan (bij 2 hoofdgroepen betreft dit Erasmus MC) en hoofdgroep “letsel” waarbij twee omliggende zorgaanbieders de extra capaciteit niet aan kunnen. Na de concentratie, de situatie in Tabel D6, zijn er mogelijk problemen bij 14 van de 15 hoofdgroepen waarvan in 11 gevallen twee of meer omliggende zorgaanbieders de extra capaciteit niet kunnen aanbieden. In de meeste gevallen betreft dit SFGV en in een aantal gevallen het Oogziekenhuis, kliniek De Terp, kliniek Rijndam Revalidatie, Polikliniek De Blaak en Derma Rijnmond.
199. Voorgaande betekent dat Erasmus MC nu al cruciaal is (en dus macht heeft). Het aantal hoofdgroepen waarvoor dit geldt, wordt aanzienlijk vergroot door de voorgenomen concentratie waardoor er een duidelijke toename van marktmacht is. De ACM concludeert dan ook uit de Tabellen D1 tot en met D6 dat na de concentratie het tenminste voor de grootste zorgverzekeraar in de regio Rotterdam in veel meer gevallen lastig is om zorg te verplaatsen naar andere zorgaanbieders vergeleken met de situatie vóór de concentratie. Na de voorgenomen concentratie zal het voor 14 van de 15 hoofdgroepen (oftewel zo goed als de hele ziekenhuiszorg) voor zorgverzekeraars niet meer mogelijk zijn om de (gehele) capaciteit te verschuiven. Derhalve zal het na de concentratie problematischer zijn om geen of een beperkt contract te sluiten met Erasmus MC en IJsselland. Door het in grote mate wegvallen van de mogelijkheid tot het verschuiven van zorg nemen de mogelijkheden van zorgverzekeraars om Erasmus MC en IJsselland te disciplineren af. Dit betekent dat het eventueel gezamenlijk onderhandelen of het koppelen van onderhandelingen tussen Erasmus MC en IJsselland zorgt voor een verschuiving van onderhandelingsmacht richting Erasmus MC en IJsselland.

Beoordeling mogelijkheid

200. Erasmus MC en IJsselland hebben aangegeven dat zij hun eigen WTZi-vergunning en hun eigen zorgverkooptraject met de zorgverzekeraars zullen behouden. De ACM merkt hierover op dat uit het concept ‘Omzetting en statuten IJsselland B.V.’ in combinatie gezien met de intentieovereenkomst tussen Erasmus MC en IJsselland van 21 december 2016 blijkt dat het bestuur van IJsselland na de voorgenomen concentratie toestemming nodig heeft van Erasmus MC voor o.a. bestuursbesluiten op het gebied van strategisch commercieel beleid en voor de vaststelling van het business plan. Hieruit leidt de ACM af dat Erasmus MC na de voorgenomen concentratie de

mogelijkheid heeft om de onderhandelingen van IJsselland met zorgverzekeraars in het nadeel van deze verzekeraars te beïnvloeden. Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan dat Erasmus MC en IJsselland in de toekomst gezamenlijk gaan onderhandelen.

201. Voorts acht de ACM het onaannemelijk dat Erasmus MC en IJsselland na het voltrekken van de voorgenomen concentratie zich nog door zorgverzekeraars zullen laten gebruiken om de partner, die dan immers tot dezelfde groep behoort, te disciplineren. Voorafgaand aan de voorgenomen concentratie is er nog een kans dat als een verzekeraar bij een conflict met IJsselland aan Erasmus MC vraagt of het extra zorg wil overnemen zodat die verzekeraar dat weg kan halen bij IJsselland, Erasmus MC daarmee instemt; na de voorgenomen concentratie zal dat niet langer zo zijn. Als gevolg van de concentratie verdwijnt er derhalve een alternatief om zorg naar te verplaatsen.
202. In tegenstelling tot partijen ziet de ACM belangrijke verschillen tussen onderhavige situatie en die bij de concentratie tussen Erasmus MC en Adrz⁸⁴ waardoor een vergelijking niet één op één gemaakt kan worden. Ten eerste heeft Adrz zelf een machtspositie in haar adherentiegebied, terwijl IJsselland die niet heeft. Ten tweede is Adrz gebonden aan een prijsplafond⁸⁵ waardoor Erasmus MC geen mogelijkheid heeft om zijn machtige positie over te hevelen naar/te koppelen aan de onderhandelingen van Adrz met de zorgverzekeraars inzake de vergoedingen voor basiszorg. IJsselland is niet gebonden aan een prijsplafond en beschikt ook niet over een vergelijkbare machtspositie zoals die van Adrz. Hierdoor bestaat in onderhavig geval voor Erasmus MC wél de mogelijkheid om zijn machtige positie over te hevelen naar de onderhandelingen van IJsselland met de zorgverzekeraars inzake de basiszorg.
203. De ACM is dan ook vooralsnog van oordeel dat Erasmus MC met zijn meerderheidsbelang in IJsselland na de voorgenomen concentratie druk kan uitoefenen richting zorgverzekeraars. Dit is mogelijk aangezien Erasmus MC, zoals vastgesteld onder het kopje 'Marktpositie Erasmus MC' bij de punten 178 tot en met 184, een machtige positie op het gebied van topreferente zorg heeft en IJsselland niet over een dergelijke positie beschikt op basiszorg zoals vastgesteld onder het kopje 'Marktpositie IJsselland' bij de punten 185 tot en met 188. Erasmus MC heeft namelijk als enige zorgaanbieder in de regio de mogelijkheid om topreferente zorg te koppelen met het aanbod van basiszorg. Het feit dat Zilveren Kruis tijdens het onderzoek door de ACM heeft aangegeven dat **[VERTROUWELIJK]** en dat meerdere verzekeraars aangeven te verwachten dat de onderhandelingen met IJsselland na de concentratie zullen veranderen, laat volgens de ACM zien dat Erasmus MC, indien zij zeggenschap over IJsselland verkrijgt, deze onderhandelingsstrategie kan uitbreiden zodat Erasmus MC ook onderhandelt voor IJsselland.
204. Bovendien geldt dat, alhoewel partijen stellen dat Erasmus MC en IJsselland na de voorgenomen concentratie afzonderlijk met de zorgverzekeraars zullen blijven onderhandelen⁸⁶, zelfs met afzonderlijke onderhandelingen, de mogelijkheid bestaat dat er informatie over de onderhandelingen met elkaar gedeeld wordt waardoor de onderhandelingsresultaten van Erasmus MC en IJsselland gunstiger voor hen uitpakken.
205. Tot slot laten de analyses ten aanzien van de mogelijkheden tot capaciteitsverschuivingen zien dat zorgverzekeraars niet zomaar delen van zorg kunnen verplaatsen van Erasmus MC en/of

⁸⁴ Zie het besluit van de ACM van 21 april 2017 in zaak 16.1297.22, *Goedkeuring van de concentratie tussen het Erasmus MC en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis*.

⁸⁵ Overigens door de ACM als remedie geaccepteerd in zaak 6424/*Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldesziekenhuizen* van 25 maart 2009.

⁸⁶ Overigens maken de notulen van de Raad van Bestuur van IJsselland van 10 april 2017 melding van het feit dat er nog geen besluit genomen is over **[VERTROUWELIJK]** bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Deze passage geeft de ACM aanleiding om vraagtekens te zetten bij bedoelde bewering van partijen.

IJsselland naar andere ziekenhuizen in de regio. Als gevolg van de concentratie, waarna er eventueel zorg van Erasmus MC en IJsselland moet worden verplaatst, zijn de mogelijkheden tot capaciteitsverschuiving (nog) minder geworden. Hiermee lijkt bevestigd dat zorgverzekeraars (nog meer) beperkt (zullen) zijn in hun disciplineringsmogelijkheden richting de combinatie Erasmus MC/IJsselland na de voorgenomen concentratie.

Intensievere verwijsrelatie

206. De ACM constateert dat Erasmus MC en IJsselland voorafgaand aan de concentratie al patiënten naar elkaar doorverwijzen. Als gevolg van de concentratie zal de mogelijkheid tot het doorverwijzen van patiënten naar elkaar niet veranderen. Het betreft hier (i) basiszorg patiënten die vanuit Erasmus MC naar IJsselland (kunnen) worden doorverwezen aangezien IJsselland vooral basiszorg aanbiedt en (ii) bepaalde complexe patiënten vanuit IJsselland naar Erasmus MC voor de complexe behandelingen die Erasmus MC aanbiedt.
207. Zoals eerder aangehaald in punt 148 concludeert de ACM dat patiënten uiteraard zelf mogen kiezen bij welke zorgaanbieder zij hun zorg willen betrekken, maar dat het advies van de arts een belangrijke factor is in de keuze van een ziekenhuis.⁸⁷ Derhalve verwacht de ACM dat, wanneer Erasmus MC en IJsselland patiënten naar elkaar doorverwijzen, de meeste patiënten nu al daadwerkelijk naar het doorverwezen ziekenhuis zullen gaan. Aannemelijk is dat indien Erasmus MC en IJsselland na de overname tot dezelfde organisatie behoren, en doorverwijzen eigenlijk verwordt tot het doorsturen naar een collega, alleen nog maar meer patiënten naar elkaar zullen worden verwezen en dat patiënten daadwerkelijk naar het doorverwezen (partner)ziekenhuis zullen gaan.
208. Dit beeld wordt herkend door sommige zorgverzekeraars en een aantal zorgaanbieders aangezien zij verwachten dat IJsselland meer naar Erasmus MC en minder naar andere ziekenhuizen in de regio zal gaan verwijzen.
209. Voorts ziet de ACM in de Vektis data dat het aandeel verwijzingen van Erasmus MC en IJsselland naar elkaar sinds de samenwerking stijgt. Zo was [0-5]% van de door IJsselland uitgevoerde basiszorg DBC's verwezen door Erasmus MC in 2015, steeg dit naar circa [0-5]% in 2016 en circa [0-5]% in 2017.
210. Kijkend naar de verdeling van basiszorg (in aantallen DBC's) die door Erasmus MC is verwezen naar ziekenhuizen in de regio ziet de ACM dat er over de jaren heen meer naar ziekenhuizen in de regio wordt verwezen: in 2015 kwam circa [10-20]% van de door Erasmus MC verwezen patiënten in een ziekenhuis in de regio terecht en in 2017 was dit toegenomen naar circa [10-20]%. De grootste toename ziet de ACM bij IJsselland: van [0-5]% in 2016 naar circa [0-5]% in 2017. Verwijzingen naar het Maasstad Ziekenhuis, Spijkenisse Medisch Centrum, het Ikazia Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis zijn stabiel. De verwijzingen naar SFGV stijgen in deze jaren. In aantallen basiszorg DBC's verwijst Erasmus MC meer naar SFGV en Maasstad dan naar IJsselland. Op totaalniveau zijn de aantallen DBC's die in 2017 verwezen zijn door Erasmus MC naar de omliggende ziekenhuizen niet groot. Als per patiëntengroep gekeken wordt, is voor de meeste patiëntengroepen het aandeel van de DBC's dat is verwezen door Erasmus MC in het totale aantal DBC's uitgevoerde basiszorg minder dan 5%. Alleen bij de patiëntengroep nieuwvormingen darm in SFGV (circa 20%), de patiëntengroep kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg bij IJsselland (circa 10%) en de patiëntengroep perinataal en congenitaal bij Maasstad (10%) ligt dit hoger.

⁸⁷ Zie het onderzoek: "Wat bepaalt de ziekenhuiskeuze van borstkankerpatiënten?"

<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d4742.pdf> en het besluit van 5 september 2017 in zaak 17.0166.24 /Verlening vergunning voor concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc, punt 65.

Tabel 10. verwijzingen van basiszorg door Erasmus MC naar ziekenhuizen in de regio in % van totale verwijzingen door Erasmus MC

Zorgaanbieder	2015	2016	2017
Maasstad	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
SFGV	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%
IJsselland	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Spijkenisse MC	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Ikazia	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Groene Hart	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Totaal	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%

211. Voorts ziet de ACM in de Vektis data dat het aandeel verwijzingen van IJsselland naar Erasmus MC sinds de samenwerking stijgt. Van de door Erasmus MC uitgevoerde complexe DBC's was circa [0-5]% door IJsselland verwezen in 2015 en 2016 en circa [0-5]% in 2017.

212. Ook is er duidelijk meer zorg vanuit IJsselland naar Erasmus MC gegaan sinds de samenwerking tussen Erasmus MC en IJsselland. Eveneens zijn de verwijzingen naar Maasstad gestegen, maar de verwijzingen door IJsselland naar SFGV zijn wel gedaald. Op totaalniveau zijn de aantallen DBC's die in 2017 verwezen zijn door IJsselland naar de omliggende ziekenhuizen niet groot. Als per patiëntgroep gekeken wordt, dan is voor de meeste patiëntengroepen het aandeel van de DBC's dat is verwezen door IJsselland in het totale aantal DBC's uitgevoerde complexe zorg minder dan 6%. Alleen bij de patiëntengroep nieuwvormingen darm bij Maasstad (20%) en de patiëntengroep pijn op de borst bij Maasstad (circa 20%) ligt dit hoger.

Tabel 11: verwijzingen van complexe zorg door IJsselland naar ziekenhuizen in de regio in % van totale verwijzingen door IJsselland

Zorgaanbieder	2015	2016	2017
Erasmus MC	[20-30]%	[20-30]%	[30-40]%
Maasstad	[10-20]%	[20-30]%	[20-30]%^88
SFGV	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Totaal	[40-50]%	[40-50]%	[60-70]%

213. Derhalve concludeert de ACM dat er sinds de samenwerking al meer patiënten door Erasmus MC en IJsselland naar elkaar worden doorverwezen. Na de concentratie kan dit patroon zich voortzetten.

Conclusie mogelijkheid

214. Op basis van voorgaande komt de ACM tot de conclusie dat Erasmus MC en IJsselland na de concentratie de mogelijkheid hebben om de nu al machtige positie van Erasmus MC over te hevelen naar IJsselland en deze verder te versterken. Hierdoor ontstaat er na de concentratie voor Erasmus

⁸⁸ De verwijzingen complexe zorg van IJsselland naar Maasstad betreffen voor ruim 90% verwijzingen voor Cardiologie (patiëntgroep pijn op de borst). Ruim 95% van deze verwijzingen voor cardiologie komt van 2 specialisten. IJsselland heeft een afspraak met Maasstad over cardiologie. Deze verwijzingen staan op naam van de specialisten en niet het ziekenhuis, maar is blijkbaar de manier waarop dit geadmineistreerd wordt.

MC de mogelijkheid om gunstigere voorwaarden voor IJsselland te bedingen in de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. Op basis van de door de ACM uitgevoerde capaciteitsanalyses is bovendien gebleken dat de grootste zorgverzekeraar in de regio Rotterdam weinig tot geen mogelijkheden heeft om zorg te verschuiven van Erasmus MC en IJsselland naar andere ziekenhuizen. Hierdoor ontbreekt het de zorgverzekeraars aan een belangrijk disciplineringsmiddel. Voorts bestaat de mogelijkheid voor Erasmus MC en IJsselland tot een intensievere verwijsrelatie onderling waardoor de machtige positie van Erasmus MC kan worden vergroot.

Prikkel

215. In het algemeen geldt dat UMC's een hogere prijs ontvangen voor het uitvoeren van een DBC dan dat algemene ziekenhuizen ontvangen. Het onderzoek dat de ACM heeft uitgevoerd in deze zaak onder marktpartijen ondersteunt dit algemene uitgangspunt. Dit komt er op neer dat Erasmus MC over het algemeen hogere vergoedingen krijgt (bijvoorbeeld voor basiszorg) dan andere ziekenhuizen in de regio die ook basiszorg leveren. De ACM constateert op basis van de reacties van de zorgverzekeraars dat Erasmus MC, gezien zijn rol als UMC, zich zodanig in de onderhandelingen richting de zorgverzekeraars kan opstellen dat het over het algemeen hogere prijzen kan bedingen en zorgverzekeraars weinig tot geen ruimte hebben om daar tegenwicht aan te bieden. Deels kan dat verklaard worden doordat Erasmus MC, als UMC, ook hogere kosten heeft. In deze fase van de procedure kan echter niet uitgesloten worden dat, indien de onderhandelingen die Erasmus MC en IJsselland voeren met de zorgverzekeraars gekoppeld worden of gezamenlijk gevoerd worden, de prijzen voor de (basis)zorg in IJsselland kunnen stijgen naar of meestijgen met de prijzen die Erasmus MC momenteel voor die zorg hanteert. Daarnaast zou de combinatie Erasmus MC/IJsselland een sterkere tariefstijging of een productieverhoging (verhoging omzetplafond) kunnen bedingen.
216. De prikkel voor Erasmus MC en IJsselland om de onderhandelingen te koppelen of gezamenlijk uit te voeren om gunstiger voorwaarden te bedingen zou kleiner kunnen zijn in het geval er na de concentratie minder patiënten zouden gaan naar de combinatie Erasmus MC/IJsselland. Dit is een mogelijkheid als verzekeraars patiënten kunnen sturen door de zorg (gedeeltelijk) naar andere ziekenhuizen te verplaatsen. De meeste zorgverzekeraars geven echter aan dat het verplaatsen van zorg een drastisch middel is dat ook zeker niet automatisch tot gevolg zou hebben dat patiënten naar andere ziekenhuizen gaan. Bovendien blijkt uit de analyse die de ACM heeft gemaakt inzake de mogelijkheden tot capaciteitsverschuivingen dat zorgverzekeraars voor een groot aantal hoofdgroepen weinig tot geen mogelijkheden hebben om Erasmus MC en/of IJsselland te disciplineren door minder zorg bij hen in te kopen. Daarnaast kan het door zorgverzekeraars (proberen te) verplaatsen van zorg ook tot gevolg hebben dat verzekeraars (bij hen) verzekerden verliezen als ze die in hun keuzemogelijkheden beperken en dit effect is groter als de combinatie Erasmus MC/IJsselland niet meer is gecontracteerd dan het effect van het niet contracteren van de afzonderlijke ziekenhuizen. Een verzekeraar zal voor (potentiële) verzekerden in de regio van Rotterdam minder interessant zijn als zij niet EMC/IJsselland zal contracteren. Het niet-contracteren van Erasmus MC en IJsselland kan dus ook gevolgen hebben op de zorgverzekeringmarkt.
217. Voorts constateert de ACM dat het ook onwaarschijnlijk is dat patiënten niet meer voor Erasmus MC en/of IJsselland willen kiezen indien Erasmus MC en IJsselland hun onderhandelingen koppelen en hun tarieven laten stijgen. Patiënten ondervinden immers niet de directe (financiële) gevolgen van de overheveling van de machtige positie van Erasmus MC naar de onderhandelingen van IJsselland. Patiënten vinden IJsselland mogelijk juist aantrekkelijker als zij tot de groep van Erasmus MC behoort omdat het goede imago van Erasmus MC dan op IJsselland afstraalt. Aangezien er na de concentratie naar alle waarschijnlijkheid weinig tot geen vraaguitval zal zijn van patiënten als

Erasmus MC en IJsselland hun prijzen of productieplafond zouden verhogen, concludeert de ACM vooralsnog dat er bij Erasmus MC en IJsselland een prikkel aanwezig is om de onderhandelingen te koppelen om zodoende voor henzelf gunstiger voorwaarden te bedingen.

218. Het argument dat partijen aanvoeren omtrent de afhankelijkheid van Erasmus MC van verwijzingen van andere ziekenhuizen uit de regio waardoor zij geen prikkel hebben om een dominante positie op het gebied van basiszorg te verwerven voor IJsselland volgt de ACM niet. Op basis van analyses van de ACM blijkt dat de verwijzingen die Erasmus MC ontvangt van andere ziekenhuizen uit de regio in totaal circa [0-5]% van haar totale zorg betreft; specifiek gaat dit om [0-5]% van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, [0-5]% van SFGV, [0-5]% van het Groene Hart Ziekenhuis, circa [0-5]% van het Ikazia Ziekenhuis en circa [0-5]% van het Maasstad Ziekenhuis. De omvang van de zorg die Erasmus MC vanwege deze verwijzingen uitvoert, is vanuit haar perspectief relatief beperkt.
219. De ACM merkt op dat de hiervoor genoemde verwijzende ziekenhuizen binnen de regio Rijnmond geen ander alternatief hebben om naar toe te verwijzen voor topreferente zorg dan Erasmus MC. Het is derhalve onwaarschijnlijk dat deze ziekenhuizen, vanwege het uitoefenen/overhevelen van een machtige positie van Erasmus MC in de onderhandelingen voor IJsselland, niet meer zullen doorverwijzen naar het Erasmus MC. Hoewel de reisbereidheid van patiënten die topreferente zorg behoeven over het algemeen groter is dan patiënten die basiszorg behoeven, acht de ACM het onwaarschijnlijk dat de overige ziekenhuizen in de regio Rotterdam in staat zullen zijn om een dermate grote groep patiënten voor topreferente zorg niet naar Erasmus MC door te verwijzen, maar naar een andere topreferente zorgaanbieder dat Erasmus MC geen prikkel zou ervaren om zijn onderhandelingen te koppelen met IJsselland omdat Erasmus MC anders gedisciplineerd zou worden door de andere ziekenhuizen in de regio Rotterdam met hun doorverwijsbeleid. Daar waar het niet gaat om verwijzingen voor topreferente zorg, maar gaat om verwijzingen voor topklinische zorg, zal hen er alles aan gelegen zijn zo veel mogelijk *in house*/zelf te doen. Als zij dan toch topklinische zorg doorverwijzen, zullen zij dat eerder doen naar Erasmus MC vanwege de naam, de kennis en/of de *state-of-the-art*-techniek dan dat zij naar elkaar zullen verwijzen. Erasmus MC is om die reden volgens de ACM niet net zo afhankelijk van andere ziekenhuizen in de regio als dat andersom het geval is. Als gevolg daarvan concludeert de ACM in deze fase van de procedure dat Erasmus MC een prikkel zou kunnen hebben om op basis van onderhandelingsmacht meer zorg ten koste van andere ziekenhuizen in de regio aan te trekken en onder te brengen bij de combinatie.

Prikkel tot intensievere verwijsrelatie

220. Voorts beschouwt de ACM of Erasmus MC en IJsselland na de concentratie de prikkel hebben om doorverwijzingen en/of andere vormen van verplaatsing van zorg vanuit Erasmus MC en IJsselland niet meer of in veel mindere mate naar andere aanbieders van medisch specialistische zorg te laten plaatsvinden, maar alleen naar elkaar waardoor de onderhandelingen over meer zorg gaan dan alleen het combineren van de huidige zorg die partijen leveren.

Verwijzingen / verplaatsing van zorg vanuit Erasmus MC

221. Verwijzingen en verplaatsingen van zorg vanuit Erasmus MC naar andere ziekenhuizen betreffen over het algemeen basiszorg of nazorg van een (complexe) behandeling. In 2017 heeft Erasmus MC ruim [VERTROUWELIJK] DBC's basiszorg verwezen naar andere ziekenhuizen en zorginstellingen en ruim [VERTROUWELIJK] DBC's complexe zorg. Het algemene beeld is dan ook dat er met name basiszorg door Erasmus MC verwezen wordt, alhoewel er dus ook in geringere mate complexe zorg door Erasmus MC naar andere ziekenhuizen verwezen wordt. De ACM constateert daarbij dat in het kader van het bestuurlijk akkoord Juiste Zorg Op de Juiste Plek de

verplaatsing van basiszorg uit UMC's naar tweedelijnszorgaanbieders de laatste jaren gestimuleerd wordt.

222. Voorafgaand aan de concentratie heeft Erasmus MC geen bedrijfseconomische prikkel om de te verwijzen/verplaatsen basiszorg zo veel mogelijk naar IJsselland te sturen. Na de voorgenomen concentratie ontstaat er een bedrijfseconomische prikkel om de te verwijzen/verplaatsen basiszorg vanuit Erasmus MC zo veel mogelijk naar IJsselland te sturen. De met de te verplaatsen/verwijzen basiszorg gerelateerde omzet blijft immers binnen het concern van Erasmus MC.
223. Erasmus MC lijkt in theorie echter een sterkere prikkel te hebben om basiszorg in haar eigen ziekenhuis uit te voeren aangezien UMC's gemiddeld genomen een hogere prijs ontvangen voor het uitvoeren van een zelfde basis DBC dan algemene ziekenhuizen ontvangen. De sterkte van de prikkel zal echter afhangen van in hoeverre een UMC daar hogere kosten voor maakt. Indien het prijsverschil groter is dan het kostenverschil voor basiszorg van Erasmus MC ten opzichte van IJsselland verwacht de ACM dat Erasmus MC na de voorgenomen concentratie in eerste instantie zo veel mogelijk zorg binnen Erasmus MC zal laten plaatsvinden en dat zij daarna (als de capaciteit van Erasmus MC gevuld is,) zal proberen ook de capaciteit van IJsselland zo optimaal mogelijk te vullen. Daarentegen, indien het prijsverschil kleiner is dan het kostenverschil voor basiszorg van Erasmus MC ten opzichte van IJsselland verwacht de ACM dat Erasmus MC na de voorgenomen concentratie zo veel mogelijk zorg bij IJsselland zal laten plaatsvinden en pas als de capaciteit van IJsselland is gevuld dat er ook basiszorg bij Erasmus MC zal worden uitgevoerd. Dit tweede scenario lijkt aannemelijker omdat de ACM in door partijen aangeleverde documenten aanwijzingen ziet dat **[VERTROUWELIJK]**. Uit bedoelde documenten blijkt dat **[VERTROUWELIJK]**, aldus de hiervoor bedoelde documenten. Bovendien vermelden de notulen van de Raad van Toezicht van Erasmus MC dat **[VERTROUWELIJK]**. De ACM leidt hieruit af dat Erasmus MC ook zelf als gevolg van de voorgenomen concentratie mogelijk wel effecten ziet op patiëntenstromen.

Verplaatsing van zorg vanuit IJsselland

224. Verwijzingen en verplaatsingen van zorg vanuit IJsselland naar andere ziekenhuizen betreffen meer complexere zorg dan basiszorg. Voorafgaand aan de concentratie heeft IJsselland geen bedrijfseconomische prikkel om de te verwijzen/verplaatsen 'complexe zorg' voornamelijk of alleen naar Erasmus MC te sturen. Na de voorgenomen concentratie zal dat wel het geval zijn. De met de te verplaatsen/verwijzen 'complexe zorg' gerelateerde omzet blijft immers binnen het concern van IJsselland en Erasmus MC. Daarnaast kan er een prikkel ontstaan voor de medisch specialisten van IJsselland om, vanwege de nauwere en intensievere contacten met de medisch specialisten in Erasmus MC⁸⁹, patiënten meer dan voorheen te verwijzen naar Erasmus MC dan andere ziekenhuizen. De notulen van de Raad van Toezicht van Erasmus MC laten zien dat het de strategie is van Erasmus MC om, zo veel mogelijk, complexe zorg naar zich toe te trekken. Uit de notulen blijkt dat **[VERTROUWELIJK]**. Dit zou volgens de ACM zo ook met IJsselland kunnen gebeuren. Uit bedoelde notulen blijkt heel duidelijk dat het naar zich toe trekken van complexe zorg doelbewust beleid van Erasmus MC is, **[VERTROUWELIJK]**. Erasmus MC wil zelf groter worden en zich duidelijk profileren op het gebied van complexe zorg als gevolg waarvan, al dan niet bedoeld, (profielen van) STZ-ziekenhuizen op het gebied van topklinisch/toppreferente zorg fletser kunnen worden. In deze fase van de procedure is nog niet duidelijk wat daarvan de gevolgen (kunnen) zijn op het gebied van zorginkoop. In een eventuele vergunningsfase dient dit nader te worden onderzocht.

Conclusie prikkel

⁸⁹ Zo zijn er specialisten van IJsselland die deels in Erasmus MC werken en omgekeerd.

225. Op basis van voorgaande concludeert de ACM dat Erasmus MC en IJsselland een prikkel kunnen hebben om hun zorg in de onderhandelingen met zorgverzekeraars te koppelen om gunstiger voorwaarden te bedingen en meer zorg naar elkaar door te verwijzen zodat ze over een groter zorgvolume kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars.

Effect

226. Op basis van het onderzoek onder marktpartijen concludeert de ACM dat zorgverzekeraars voor de concentratie weinig tot geen mogelijkheden hebben om Erasmus MC te disciplineren in de onderhandelingen, dit vanwege de al bestaande sterke positie van Erasmus MC op complexe zorg (zie punt 140). Enkele zorgverzekeraars hebben aangegeven dat **[VERTROUWELIJK]**. De zorg is dat na de concentratie de combinatie Erasmus MC/IJsselland ook hogere prijzen voor IJsselland kan uitonderhandelen voor de basiszorg van IJsselland waarmee de tarieven van IJsselland richting de prijs van de basiszorg van Erasmus MC zullen gaan. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om Erasmus MC te disciplineren nemen af door de toenemende machtspositie als gevolg van de overname. Of en in hoeverre dat een terechte vrees is, dient in een eventuele vergunningsfase nader te worden onderzocht.
227. De ACM stelt dat er sprake is van een asymmetrie qua disciplineren tussen beide ziekenhuizen. Eén van de disciplinerende factoren voor Erasmus MC is IJsselland: verzekeraars kunnen thans nog proberen de duurdere basiszorg bij Erasmus MC weg te halen en te verplaatsen naar IJsselland (al is dat gelet op de huidige onderhandelingspositie van Erasmus MC al lastig) waardoor Erasmus MC niet nog hogere tarieven kan vragen voor zijn basiszorg. Maar daarnaast geldt ook dat, alhoewel indien een verzekeraar basiszorg van IJsselland wil verplaatsen naar een ander ziekenhuis Erasmus MC door de duurdere basiszorg wellicht minder voor de hand ligt, IJsselland nu nog door zorgverzekeraars gedisciplineerd kan worden door zorg van IJsselland naar andere ziekenhuizen in de regio Rotterdam te verplaatsen. In een eventuele vergunningsfase zal daarom ook nader onderzoek worden gedaan naar het belang van de disciplineren tussen ziekenhuizen in de regio Rotterdam.
228. Veruit de meeste patiënten voor topreferente zorg in de regio Rotterdam worden naar Erasmus MC en niet naar andere UMC's verwezen. Erasmus MC is ook (veruit) de meest nabij gelegen aanbieder voor topzorg voor de in de regio verwijzende ziekenhuizen en hun specialisten. Er wordt alleen naar andere UMC's verwezen indien daarvoor een specifieke medische noodzaak bestaat of als een patiënt daar om andere redenen (bijvoorbeeld dichtbij woon/werkplek) behoefte aan heeft. De ACM constateert dat Erasmus MC in de regio Rotterdam in elk geval als enige haar aanbod aan basiszorg kan bundelen met topreferente/academische zorg wat andere ziekenhuizen in dezelfde regio niet kunnen. Hierdoor zou het effect kunnen ontstaan dat de combinatie Erasmus MC/IJsselland na de voorgenomen concentratie in staat is de prijzen die zij zorgverzekeraars vraagt voor en/of volumes aan basiszorg in IJsselland duurzaam te verhogen.
229. Daarnaast ontstaat door de voorgenomen concentratie aan de zijde van Erasmus MC de mogelijkheid om meer (complexe) zorg naar zich toe te trekken. Hierdoor kan het effect ontstaan dat andere ziekenhuizen minder patiënten kunnen aantrekken waardoor mogelijk hun profiel/portfolio zal veranderen. Of en in hoeverre dit, naast een effect op de zorgverleningsmarkten, (ook) effect heeft op de zorginkoopmarkt voor de andere ziekenhuizen en daarmee ook voor de combinatie Erasmus MC/IJsselland, dient in een eventuele vergunningsfase nader onderzocht te worden.
230. Voorts kan, wanneer Erasmus MC een substantieel deel van haar verwijzingen na de concentratie naar IJsselland doorverwijst in plaats van naar andere ziekenhuizen uit de regio, dit gevolgen hebben voor de totale omvang van de combinatie Erasmus MC/IJsselland. Om te zien hoe realistisch dit is, is het aantal doorverwijzingen van Erasmus MC naar ziekenhuizen in de regio,

exclusief IJsselland, gedeeld door de productie van IJsselland. Als alle doorverwezen zorg van Erasmus MC in de regio naar IJsselland zou gaan, zou dit een toename van circa 17% van het aantal DBC's opleveren voor IJsselland. Wanneer dit plaatsvindt, wordt de combinatie Erasmus MC/IJsselland dusdanig belangrijker dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop in nog sterkere mate niet om de combinatie heen kunnen.

231. De ACM merkt hierbij op dat, hoewel partijen hebben aangegeven dat IJsselland momenteel en in de voorzienbare toekomst niet de capaciteit heeft om zorg over te nemen van Erasmus MC, het volgens de ACM niet ondenkbaar is dat de combinatie Erasmus MC/IJsselland de komende jaren geleidelijk de capaciteit zou kunnen uitbreiden bij IJsselland. Of en in hoeverre dit het geval is, dient in een eventuele vergunningsfase nader onderzocht te worden.

6.5.4 Conclusie zorginkoopmarkt

232. De ACM heeft bekeken of er voor patiënten in een bepaald gebied mogelijk een belangrijk alternatief wegvalt en hoe dit de inkooppositie van een zorgverzekeraar kan raken. Hiertoe is onderzocht in hoeverre Erasmus MC en IJsselland na de voorgenomen concentratie de mogelijkheid en de prikkel hebben om (i) hun onderhandelingen met zorgverzekeraars over complexe zorg respectievelijk basiszorg aan elkaar te koppelen om zo de positie van Erasmus MC te gebruiken om voor de combinatie Erasmus MC/IJsselland gunstigere voorwaarden voor en/of meer volume aan door IJsselland (en/of Erasmus MC) te verlenen basiszorg te bedingen en (ii) de verwijzrelaties dusdanig te beïnvloeden dat de zorgverzekeraars meer zorg van de combinatie Erasmus MC/IJsselland moeten inkopen dan voor de concentratie.
233. Gezien de machtige positie van Erasmus MC op het gebied van complexe zorg en het feit dat momenteel IJsselland lagere prijzen hanteert voor de door haar geleverde basiszorg acht de ACM de mogelijkheid en de prikkel bij de combinatie Erasmus MC/IJsselland aanwezig om na de concentratie de machtspositie van Erasmus MC in te zetten in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de basiszorg van IJsselland. De ACM acht het onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars de combinatie Erasmus MC/IJsselland kunnen disciplineren aangezien zorgverzekeraars nu al, voor de concentratie, aangeven niet om Erasmus MC heen te kunnen.
234. Ook uit de capaciteitsanalyses is gebleken dat de grootste zorgverzekeraar in de regio Rotterdam voor een groot aantal hoofdgroepen weinig tot geen mogelijkheden heeft om Erasmus MC en IJsselland te disciplineren door minder zorg bij hen in te kopen. Als gevolg van de concentratie zullen zorgverzekeraars nog minder mogelijkheden hebben om geen (of minder) zorg bij de combinatie Erasmus MC/IJsselland in te kopen aangezien het voor veel hoofdgroepen niet meer mogelijk is om de gezamenlijke zorg van Erasmus MC/IJsselland naar andere ziekenhuizen in de regio te verplaatsen.
235. De ACM concludeert dan ook dat Erasmus MC en IJsselland na de concentratie de mogelijkheid en prikkel hebben om de machtige positie van Erasmus MC over te hevelen naar IJsselland. Het effect hiervan zou kunnen zijn dat Erasmus MC en IJsselland in staat zijn om de prijzen voor en/of volumes aan basiszorg in IJsselland duurzaam te verhogen wat de mededinging significant kan beperken. IJsselland hoeft immers vanwege de concentratie minder (of zelfs helemaal niet meer) rekening te houden met de prijsstelling en de volumes van de andere ziekenhuizen in de regio Rotterdam.
236. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden gedaan naar de vraag in hoeverre Erasmus MC en IJsselland daadwerkelijk de mogelijkheid en prikkel hebben om de machtige positie van Erasmus MC over te hevelen naar IJsselland en wat daar het eventuele effect van zou kunnen zijn.

7 Zorgspecifieke aspecten

237. De ACM heeft bij haar beoordeling de volgende zorgspecifieke aspecten van de concentratie betrokken⁹⁰:
- i. De transparantie van kwaliteit van zorg: een toenemende transparantie kan van invloed zijn op het keuzegedrag van cliënten en de mate waarin zij kwaliteit daarin betrekken. Wanneer cliënten moeten reizen om zorg af te nemen kan een toename van de transparantie van de kwaliteit van zorg mogelijk hun reisbereidheid vergroten.
 - ii. het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten: zie paragraaf 6.2.
 - iii. de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders tot deze markt: Op het gebied van medisch specialistische zorg kan (de dreiging van) toetreding zittende aanbieders disciplineren. Deze dreiging zal vooral komen van ZBC's. De ZBC's zijn betrokken bij de data-analyses. De ZBC's zijn echter dermate klein dat hier weinig druk van uit gaat..
 - iv. de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten. Dit aspect heeft de ACM behandeld bij de opvattingen van zorgverzekeraars: zie de punten 190 tot en met 199.

8 Conclusie

238. Erasmus MC en IJsselland hebben aan de ACM gemeld dat Erasmus MC voornemens is zeggenschap te verkrijgen over IJsselland.
239. De ACM concludeert dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregeld concentratietoezicht. Zij heeft reden om aan te nemen dat deze operatie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie. Daarom stelt de ACM vast dat Erasmus MC en IJsselland een vergunning nodig hebben voor het tot stand brengen van deze concentratie.

Hoogachtend,

Autoriteit Consument en Markt,
namens deze,

w.g. dr. B. Broers MBA
Directeur Directie Zorg

Als u rechtstreeks belanghebbende bent, kunt u beroep instellen tegen dit besluit. Stuur uw gemotiveerde beroepschrift naar de rechtbank Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam. Dit moet u doen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit aan de bij de

⁹⁰ Dit is overeenkomstig de Beleidsregel.

concentratie betrokken ondernemingen. Meer informatie over de beroepsprocedure vindt u op www.rechtspraak.nl.



Bijlage A: Geografische marktafbakening

In deze bijlage worden verscheidene tabellen gepresenteerd met uitgebreide informatie over de geografische marktafbakening voor Erasmus MC. In tabel A1 staan de herkomstgemeenten voor klinische zorg van Erasmus MC bij herkomstpercentages van 60%, 70% en 80%. In tabel A2 staan de herkomstgemeenten voor niet-klinische zorg.⁹¹

Tabel A.1: herkomstgemeenten Erasmus MC, basiszorg klinisch, 2017, herkomstpercentages 60%, 70% en 80%

Herkomst 60% patiënten		Herkomst 70% patiënten		Herkomst 80% patiënten	
<i>(Deel)gemeente</i>	<i>Aandeel</i>	<i>(Deel)gemeente</i>	<i>Aandeel</i>	<i>(Deel)gemeente</i>	<i>Aandeel</i>
Rotterdam Noord	[20-30]%	Rotterdam Noord	[20-30]%	Rotterdam Noord	[20-30]%
Rotterdam Zuid	[0-10]%	Rotterdam Zuid	[0-10]%	Rotterdam Zuid	[0-10]%
Capelle aan den IJssel	[0-10]%	Nissewaard	[0-10]%	Nissewaard	[0-10]%
Nissewaard	[0-10]%	Capelle aan den IJssel	[0-10]%	Capelle aan den IJssel	[0-10]%
Vlaardingen	[0-10]%	Schiedam	[0-10]%	Schiedam	[0-10]%
Schiedam	[0-10]%	Vlaardingen	[0-10]%	Vlaardingen	[0-10]%
Dordrecht	[0-10]%	Rotterdam	[0-10]%	Dordrecht	[0-10]%
Rotterdam	[0-10]%	Dordrecht	[0-10]%	Rotterdam	[0-10]%
Lansingerland	[0-10]%	Hellevoetsluis	[0-10]%	Hellevoetsluis	[0-10]%

⁹¹ De ACM bepaalt het herkomstgebied op basis van postcode. Dit betekent dat eerst wordt bepaald uit welke postcodes de 90% (of in geval van academische ziekenhuizen 60% of 70%) van de patiënten afkomstig zijn. Vervolgens wordt gekeken in welke gemeenten deze postcodes liggen en dan worden de herkomstpercentages van de geselecteerde postcodes opgeteld naar (deel)gemeenteniveau. Dit betekent dat als gekeken wordt naar 70% herkomst er dus een groter percentage patiënten uit een bepaalde gemeente kan komen dan wanneer naar 60% herkomst wordt gekeken.

Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	Lansingerland	[0-10]%
Barendrecht	[0-10]%	Barendrecht	[0-10]%	Krimpen aan den IJssel	[0-10]%
Hellevoetsluis	[0-10]%	Lansingerland	[0-10]%	Barendrecht	[0-10]%
Ridderkerk	[0-10]%	Zuidplas	[0-10]%	Ridderkerk	[0-10]%
Oud-Beijerland	[0-10]%	Ridderkerk	[0-10]%	Breda	[0-10]%
Krimpenerwaard	[0-10]%	Oud-Beijerland	[0-10]%	Zuidplas	[0-10]%
Albrandswaard	[0-10]%	Maassluis	[0-10]%	Bergen op Zoom	[0-10]%
Westvoorne	[0-10]%	Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%	Goeree-Overflakkee	[0-10]%
Zuidplas	[0-10]%	Goeree-Overflakkee	[0-10]%	Maassluis	[0-10]%
Bergen op Zoom	[0-10]%	Zwijndrecht	[0-10]%	Delft	[0-10]%
Goeree-Overflakkee	[0-10]%	Roosendaal	[0-10]%	Zwijndrecht	[0-10]%
Maassluis	[0-10]%	Krimpenerwaard	[0-10]%	Oud-Beijerland	[0-10]%
Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%	Bergen op Zoom	[0-10]%	Middelburg	[0-10]%
Brielle	[0-10]%	Albrandswaard	[0-10]%	Krimpenerwaard	[0-10]%
Cromstrijen	[0-10]%	Westvoorne	[0-10]%	Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%
Zwijndrecht	[0-10]%	Binnenmaas	[0-10]%	Albrandswaard	[0-10]%
Molenwaard	[0-10]%	Schouwen-Duiveland	[0-10]%	Roosendaal	[0-10]%
Papendrecht	[0-10]%	Brielle	[0-10]%	s-Gravenhage	[0-10]%
Roosendaal	[0-10]%	Papendrecht	[0-10]%	Westland	[0-10]%
Binnenmaas	[0-10]%	Sliedrecht	[0-10]%	Binnenmaas	[0-10]%
Moerdijk	[0-10]%	Vlissingen	[0-10]%	Westvoorne	[0-10]%

Kapelle	[0-10]%	Delft	[0-10]%	Brielle	[0-10]%
Sliedrecht	[0-10]%	Etten-Leur	[0-10]%	Schouwen-Duiveland	[0-10]%
Steenbergen	[0-10]%	Middelburg	[0-10]%	Papendrecht	[0-10]%
		Westland	[0-10]%	Vlissingen	[0-10]%
		s-Gravenhage	[0-10]%	Pijnacker-Nootdorp	[0-10]%
		Cromstrijen	[0-10]%	Molenwaard	[0-10]%
		Pijnacker-Nootdorp	[0-10]%	Sliedrecht	[0-10]%
		Molenwaard	[0-10]%	Moerdijk	[0-10]%
		Moerdijk	[0-10]%	Cromstrijen	[0-10]%
		Kapelle	[0-10]%	Zoetermeer	[0-10]%
		Midden-Delfland	[0-10]%	Etten-Leur	[0-10]%
		Steenbergen	[0-10]%	Gouda	[0-10]%
		Strijen	[0-10]%	Oosterhout	[0-10]%
		Tilburg	[0-10]%	Alblasserdam	[0-10]%
		Alblasserdam	[0-10]%	Midden-Delfland	[0-10]%
		Rucphen	[0-10]%	Steenbergen	[0-10]%
		Halderberge	[0-10]%	Gorinchem	[0-10]%
		Korendijk	[0-10]%	Tilburg	[0-10]%
				Bodegraven-Reeuwijk	[0-10]%
				Halderberge	[0-10]%
				Rucphen	[0-10]%
				Korendijk	[0-10]%

Goes	[0-10]%
Kapelle	[0-10]%
Strijen	[0-10]%
Waddinxveen	[0-10]%
Veere	[0-10]%
Hardinxveld-Giessendam	[0-10]%
Waalwijk	[0-10]%
Werkendam	[0-10]%
Reimerswaal	[0-10]%
Hulst	[0-10]%
Woensdrecht	[0-10]%
Drimmelen	[0-10]%
Tholen	[0-10]%

Tabel A2: herkomstgemeenten Erasmus MC, basiszorg niet-klinisch, 2017, herkomstpercentages 60%, 70% en 80%

Herkomst 60% patienten		Herkomst 70% patienten		Herkomst 80% patienten	
(Deel)gemeente	Aandeel	(Deel)gemeente	Aandeel	(Deel)gemeente	Aandeel
Rotterdam Noord	[20-30]%	Rotterdam Noord	[20-30]%	Rotterdam Noord	[20-30]%
Rotterdam Zuid	[0-10]%	Rotterdam Zuid	[0-10]%	Rotterdam Zuid	[0-10]%
Capelle aan den IJssel	[0-10]%	Capelle aan den IJssel	[0-10]%	Capelle aan den IJssel	[0-10]%
Nissewaard	[0-10]%	Nissewaard	[0-10]%	Nissewaard	[0-10]%
Vlaardingen	[0-10]%	Schiedam	[0-10]%	Schiedam	[0-10]%
Schiedam	[0-10]%	Vlaardingen	[0-10]%	Vlaardingen	[0-10]%
Rotterdam	[0-10]%	Rotterdam	[0-10]%	Rotterdam	[0-10]%
Dordrecht	[0-10]%	Dordrecht	[0-10]%	Dordrecht	[0-10]%
Lansingerland	[0-10]%	Lansingerland	[0-10]%	Lansingerland	[0-10]%
Barendrecht	[0-10]%	Barendrecht	[0-10]%	Barendrecht	[0-10]%
Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	Krimpen aan den IJssel	[0-10]%	Krimpen aan den IJssel	[0-10]%
Hellevoetsluis	[0-10]%	Hellevoetsluis	[0-10]%	Ridderkerk	[0-10]%
Albrandswaard	[0-10]%	Ridderkerk	[0-10]%	Hellevoetsluis	[0-10]%
Krimpenerwaard	[0-10]%	Albrandswaard	[0-10]%	Albrandswaard	[0-10]%
Ridderkerk	[0-10]%	Zwijndrecht	[0-10]%	Krimpenerwaard	[0-10]%
Oud-Beijerland	[0-10]%	Maassluis	[0-10]%	Goeree-Overflakkee	[0-10]%
Zuidplas	[0-10]%	Oud-Beijerland	[0-10]%	Zwijndrecht	[0-10]%
Westvoorne	[0-10]%	Krimpenerwaard	[0-10]%	Delft	[0-10]%
Zwijndrecht	[0-10]%	Zuidplas	[0-10]%	Zuidplas	[0-10]%

Goeree-Overflakkee	[0-10]%	Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%	Roosendaal	[0-10]%
Brielle	[0-10]%	Goeree-Overflakkee	[0-10]%	Breda	[0-10]%
Cromstrijen	[0-10]%	Roosendaal	[0-10]%	Maassluis	[0-10]%
Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%	Binnenmaas	[0-10]%	Oud-Beijerland	[0-10]%
Alblasserdam	[0-10]%	Brielle	[0-10]%	Bergen op Zoom	[0-10]%
Schouwen-Duiveland	[0-10]%	Westvoorne	[0-10]%	Hendrik-Ido-Ambacht	[0-10]%
Strijen	[0-10]%	Papendrecht	[0-10]%	Binnenmaas	[0-10]%
Maassluis	[0-10]%	Alblasserdam	[0-10]%	Papendrecht	[0-10]%
Steenbergen	[0-10]%	Sliedrecht	[0-10]%	Brielle	[0-10]%
Roosendaal	[0-10]%	Bergen op Zoom	[0-10]%	Westland	[0-10]%
Papendrecht	[0-10]%	Pijnacker-Nootdorp	[0-10]%	Gouda	[0-10]%
Sliedrecht	[0-10]%	Cromstrijen	[0-10]%	Pijnacker-Nootdorp	[0-10]%
		Korendijk	[0-10]%	Westvoorne	[0-10]%
		Westland	[0-10]%	Moerdijk	[0-10]%
		Schouwen-Duiveland	[0-10]%	Vlissingen	[0-10]%
		Strijen	[0-10]%	Alblasserdam	[0-10]%
		Steenbergen	[0-10]%	Sliedrecht	[0-10]%
		Etten-Leur	[0-10]%	Schouwen-Duiveland	[0-10]%
		Hardinxveld-Giessendam	[0-10]%	Cromstrijen	[0-10]%
		Moerdijk	[0-10]%	Zoetermeer	[0-10]%

Molenwaard	[0-10]%	Gorinchem	[0-10]%
Halderberge	[0-10]%	Middelburg	[0-10]%
Goes	[0-10]%	Goes	[0-10]%
Gorinchem	[0-10]%	Oosterhout	[0-10]%
Tholen	[0-10]%	Korendijk	[0-10]%
Rucphen	[0-10]%	Halderberge	[0-10]%
s-Gravenhage	[0-10]%	Steenbergen	[0-10]%
Middelburg	[0-10]%	s-Gravenhage	[0-10]%
Werkendam	[0-10]%	Etten-Leur	[0-10]%
Gouda	[0-10]%	Strijen	[0-10]%
Kapelle	[0-10]%	Midden-Delfland	[0-10]%
Breda	[0-10]%	Hardinxveld-Giessendam	[0-10]%
Delft	[0-10]%	Bodegraven-Reeuwijk	[0-10]%
Vlissingen	[0-10]%	Waddinxveen	[0-10]%
		Molenwaard	[0-10]%
		Tholen	[0-10]%
		Rucphen	[0-10]%
		Werkendam	[0-10]%
		Kapelle	[0-10]%
		Woensdrecht	[0-10]%
		Alphen aan den Rijn	[0-10]%
		Reimerswaal	[0-10]%

Drimmelen	[0-10]%
------------------	---------

Geertruidenberg	[0-10]%
------------------------	---------

Giessenlanden	[0-10]%
----------------------	---------

Borsele	[0-10]%
----------------	---------

Rijswijk	[0-10]%
-----------------	---------

Tabel A3: bestemmingsgegevens klinische basiszorg.

Bestemmingsgegevens							
<i>Klinische basiszorg</i>	<i>Erasmus MC</i>	<i>IJsselland</i>	<i>Partijen</i>	<i>SFGV</i>	<i>Ikazia</i>	<i>Maasstad</i>	<i>Groene Hart</i>
Krimpen aan den IJssel	[5-10%]	[70-80%]	[70-80%]	[10-20%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Capelle aan den IJssel	[5-10%]	[60-70%]	[70-80%]	[10-20%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Rotterdam-Noord	[10-20%]	[20-30%]	[40-50%]	[40-50%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Zuidplas	[5-10%]	[20-30%]	[20-30%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[50-60%]
Krimpenerwaard	[1-5%]	[10-20%]	[20-30%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[50-60%]
Rotterdam-Zuid	[5-10%]	[1-5%]	[5-10%]	[0-10%]	[30-40%]	[50-60%]	[0-10%]

Tabel A4: Bestemmingsgegevens niet-klinische basiszorg.

Bestemmingsgegevens								
<i>Niet-klinische basiszorg</i>	<i>Erasmus MC</i>	<i>IJsselland</i>	<i>Partijen</i>	<i>SFGV</i>	<i>Ikazia</i>	<i>Maasstad</i>	<i>Groene Hart</i>	<i>Oogziekenhuis</i>
Krimpen aan den IJssel	[10-20%]	[50-60%]	[70-80%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Capelle aan den IJssel	[10-20%]	[50-60%]	[70-80%]	[10-20%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Rotterdam-Noord	[20-30%]	[20-30%]	[40-50%]	[30-40%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]
Zuidplas	[5-10%]	[10-20%]	[20-30%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[50-60%]	[0-10%]
Krimpenerwaard	[5-10%]	[10-20%]	[20-30%]	[0-10%]	[0-10%]	[0-10%]	[50-60%]	[0-10%]
Rotterdam-Zuid	[10-20%]	[1-5%]	[10-20%]	[0-10%]	[20-30%]	[40-50%]	[0-10%]	[0-10%]

Bijlage B: Beoordeling patiëntengroepen zorgverleningsmarkt

Zoals beschreven in de punten 131 en 135 geldt het volgende bij onderstaande vier tabellen.

Een rood blokje bij de HHI betekent dat de delta-HHI, afhankelijk van de HHI van de markt, de kritieke waarde van 250 of 150 overschrijdt.

Een rood blokje bij de diversion ratio (DR) wijst er op dat de diversion ratio vanuit IJsselland naar Erasmus MC, of vice versa, hoger is dan 14,3%.

Een rood blokje bij niet-klinische zorg (NKL) geeft aan dat voor de corresponderende niet-klinische patiëntengroep de kritieke waarden van de HHI en de diversion ratio wel overschreden worden.

De patiëntengroepen met twee rode blokjes bij HHI en DR, dan wel een rood blokje bij NKL, zijn de patiëntengroepen waarvoor de ACM concludeert dat de mededinging op deze gebieden mogelijk significant beperkt zal worden als gevolg van de concentratie.

Tabel B1. Basiszorg - klinisch

Basiszorg – klinisch	Marktaandelen									
	Patiëntengroep	HHI	DR	NKL	Erasmus MC	IJsselland	Partijen	SFGV	Ikazia	Groene Hart
(perifeer) arterieel vaatlijden				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen man				[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen vrouw				[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
aandoeningen van de ooglens (cataract)				[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
acute buik (blinde darm ontsteking)				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
afwijkingen voedingstoestand				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
allergieën				[0-10]%	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Artrose				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
beroerte				[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Bovenste luchtwegen en middenoor				[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%

breuken van de buikwand (verworven)				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
chronische huidzweren en decubitus				[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)				[0-10]%	[20-30]%	[20-30]%	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
dementie				[10-20]%	[50-60]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Dérangement interne van de knie				[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties				[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
eczeem				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Epilepsie				[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
galwegen, galblaas en pancreas				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Gehoortoornissen/binnenoor				[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Hypertensie				[0-10]%	[50-60]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
infectieziekten				[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[40-50]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
inflammatoire darmziekten				[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Inflammatoire polyartropathieën (reuma)				[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
letsel (totaal)				[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
leverziekten				[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
mond, slokdarm, maag en duodenum (maagzweren)				[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Multiple sclerose				[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%
nierziekten (incl dialyse)				[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen baarmoederhals				[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen blaas en nier				[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen borst				[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%

nieuwvormingen darm				[10-20]%	[50-60]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen huid				[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[10-20]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%
nieuwvormingen long en intrathoracaal				[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
nieuwvormingen lymfatisch- en bloedvormend weefsel				[40-50]%	[20-30]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig				[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen man				[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen vrouw				[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig spijsverteringsstelsel				[40-50]%	[20-30]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen prostaat				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Onderste luchtwegen				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[40-50]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
ooglid en 'rood' oog				[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%	[40-50]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Osteoporose				[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%
overig oog				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen bewegingsapparaat				[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Overige aandoeningen vaatstelsel				[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[50-60]%	[0-10]%	[20-30]%	[10-20]%
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen				[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
overige darmziekten				[0-10]%	[40-50]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Overige endocriene stoornissen				[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
overige huidaandoeningen				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige stofwisselingsstoornissen en immuundeficienties				[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
perinataal en congenitaal				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
pijn op de borst				[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
psychische ziekten				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

urine ­ wegstenen				[0-10]%	[40-50]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Weke delen reuma				[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Ziekte van Parkinson				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
ziekten urine ­ wegen				[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
ziekten van bloed en bloed ­ vormende organen				[20-30]%	[30-40]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%

Tabel B2. Basiszorg – niet-klinisch

Basiszorg – niet klinisch	Marktaandelen									
	Patiëntengroep	HHI	DR	Erasmus MC	IJsselland	Partijen	SFGV	Ikazia	Groene Hart	Maasstad
(perifeer) arterieel vaatlijden			[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen man			[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen vrouw			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen van de ooglens (cataract)			[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[50-60]%
achterste oogkamer/retina			[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[50-60]%
acute buik (blinde darm ontsteking)			[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
afwijkingen voedingstoestand			[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
allergieën			[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Artrose			[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
beroerte			[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Bovenste luchtwegen en middenoor			[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
breuken van de buikwand (verworven)			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
chronische huidzweren en decubitus			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)			[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
dementie			[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[0-10]%
Dérangement interne van de knie			[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
eczeem			[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Epilepsie			[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
galwegen, galblaas en pancreas			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

Gehoorstoornissen/binnenoor			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Hypertensie			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
infectieziekten			[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
inflammatoire darmziekten			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Inflammatoire polyartropathieën (reuma)			[20-30]%	[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg			[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
letsel (totaal)			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
leverziekten			[30-40]%	[30-40]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
mond, slokdarm, maag en duodenum (maagzweren)			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Multiple sclerose			[20-30]%	[10-20]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nierziekten (incl dialyse)			[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen baarmoederhals			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen blaas en nier			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen borst			[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen darm			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen huid			[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen long en intrathoracaal			[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen lymfatisch- en bloedvormend weefsel			[20-30]%	[30-40]%	[60-70]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig			[50-60]%	[10-20]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen man			[50-60]%	[10-20]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen vrouw			[20-30]%	[30-40]%	[60-70]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig spijsverteringsstelsel			[50-60]%	[20-30]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen prostaat			[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%

Onderste luchtwegen			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
ooglid en 'rood' oog			[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[50-60]%
Osteoporose			[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
overig oog			[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[30-40]%
Overige aandoeningen bewegingsapparaat			[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen vaatstelsel			[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen			[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
overige darmziekten			[0-10]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige endocriene stoornissen			[10-20]%	[40-50]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
overige huidaandoeningen			[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige stofwisselingsstoornissen en immuundeficienties			[30-40]%	[20-30]%	[60-70]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
perinataal en congenitaal			[40-50]%	[10-20]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
pijn op de borst			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
psychische ziekten			[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
refractie en scheelzien			[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[40-50]%
urinegestenen			[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
varices			[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Weke delen reuma			[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Ziekte van Parkinson			[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%
ziekten urinewegen			[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
ziekten van bloed en bloedvormende organen			[10-20]%	[40-50]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

Tabel B3. Complexe zorg – klinisch

Complexe zorg – klinisch Patiëntengroep	Marktaandelen									
	HHI	DR	NKL	Erasmus MC	IJsselland	partijen	SFGV	Ikazia	Groene Hart	Maasstad
(perifeer) arterieel vaatlijden				[30-40]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen man				[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%
aandoeningen geslachtsorganen vrouw				[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
acute buik (blinde darm ontsteking)				[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
afwijkingen voedingstoestand				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%
allergieën				[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[20-30]%	[20-30]%
Artrose				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
beroerte				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Bovenste luchtwegen en middenoor				[50-60]%	[10-20]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
breuken van de buikwand (verworven)				[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%
chronische huidzweren en decubitus				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%
degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)				[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%
dementie				[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%
Dérangement interne van de knie				[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Epilepsie				[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
galwegen, galblaas en pancreas				[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
Gehoortoornissen/binnenoor				[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Hypertensie				[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
infectieziekten				[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%

inflammatoire darmziekten				[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Inflammatoire polyartropathieën (reuma)				[10-20]%	[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%
kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg				[50-60]%	[10-20]%	[60-70]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%
letsel (totaal)				[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
leverziekten				[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
mond, slokdarm, maag en duodenum (maagzweren)				[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[20-30]%	[10-20]%
Multiple sclerose				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
nierziekten (incl dialyse)				[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen baarmoederhals				[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen blaas en nier				[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
nieuwvormingen borst				[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen darm				[60-70]%	[10-20]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen huid				[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen long en intrathoracaal				[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
nieuwvormingen lymfatisch- en bloedvormend weefsel				[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig				[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen man				[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen vrouw				[50-60]%	[0-10]%	[60-70]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig spijsverteringsstelsel				[60-70]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
nieuwvormingen prostaat				[30-40]%	[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%
Onderste luchtwegen				[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
ooglid en 'rood' oog				[60-70]%	[20-30]%	[80-90]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Osteoporose				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%

overig oog				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen bewegingsapparaat				[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen vaatstelsel				[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen				[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
overige darmziekten				[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%
Overige endocriene stoornissen				[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%
overige huidaandoeningen				[40-50]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%
Overige stofwisselingsstoornissen en immuundeficienties				[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
perinataal en congenitaal				[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
pijn op de borst				[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%
psychische ziekten				[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%
urinegestenen				[50-60]%	[10-20]%	[70-80]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%
Weke delen reuma				[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Ziekte van Parkinson				[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[50-60]%
ziekten urinewegen				[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
ziekten van bloed en bloedvormende organen				[60-70]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%

Tabel B4. Complexe zorg – niet-klinisch

Complexe zorg – niet klinisch Patiëntengroep	Marktaandelen									
	HHI	DR	Erasmus MC	IJsselland	Partijen	SFGV	Ikazia	Groene Hart	Maasstad	Oogziekenhuis
(perifeer) arterieel vaatlijden			[30-40]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen geslachtsorganen man			[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
aandoeningen van de oog lens (cataract)			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[60-70]%
achterste oogkamer/retina			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[80-90]%
acute buik (blinde darm ontsteking)			[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
afwijkingen voedingstoestand			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
allergieën			[30-40]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[40-50]%	[0-10]%
Artrose			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
beroerte			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Bovenste luchtwegen en middenoor			[60-70]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
chronische huidzweren en decubitus			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%
degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)			[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%
dementie			[0-10]%	[60-70]%	[60-70]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Dérangement interne van de knie			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[10-20]%
eczeem			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Epilepsie			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
galwegen, galblaas en pancreas			[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Gehoortoornissen/binnenoor			[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Hypertensie			[60-70]%	[20-30]%	[80-90]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

infectieziekten			[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
inflammatoire darmziekten			[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
Inflammatoire polyartropathieën (reuma)			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg			[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
letsel (totaal)			[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
leverziekten			[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
mond, slokdarm, maag en duodenum (maagzweren)			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[60-70]%	[0-10]%
Multiple sclerose			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%
nierziekten (incl dialyse)			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
nieuwvormingen baarmoederhals			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen blaas en nier			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen borst			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen darm			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen huid			[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen long en intrathoracaal			[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen lymfatisch- en bloedvormend weefsel			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen man			[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig geslachtsorganen vrouw			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen overig spijsverteringsstelsel			[70-80]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
nieuwvormingen prostaat			[70-80]%	[0-10]%	[70-80]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Onderste luchtwegen			[70-80]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
ooglid en 'rood' oog			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[80-90]%

Osteoporose			[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[40-50]%	[20-30]%	[0-10]%
overig oog			[10-20]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%
Overige aandoeningen bewegingsapparaat			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Overige aandoeningen vaatstelsel			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
overige darmziekten			[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
Overige endocriene stoornissen			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
overige huidaandoeningen			[50-60]%	[0-10]%	[50-60]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Overige stofwisselingsstoornissen en immuundeficienties			[80-90]%	[0-10]%	[80-90]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
perinataal en congenitaal			[60-70]%	[0-10]%	[60-70]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
pijn op de borst			[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
psychische ziekten			[30-40]%	[0-10]%	[30-40]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
refractie en scheelzien			[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[40-50]%	[10-20]%
varices			[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[0-10]%
Weke delen reuma			[20-30]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[20-30]%	[0-10]%
Ziekte van Parkinson			[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[50-60]%	[0-10]%
ziekten urinewegen			[30-40]%	[30-40]%	[70-80]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
ziekten van bloed en bloedvormende organen			[90-100]%	[0-10]%	[90-100]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

Bijlage C: Toelichting analyse van mogelijkheden voor zorgverzekeraars om capaciteit te verschuiven naar omliggende ziekenhuizen

Wanneer een zorgverzekeraar en een ziekenhuis een conflict hebben over bijvoorbeeld de hoogte van de prijs of de toename in het volume van een specifieke behandeling of zorgsoort kan een ziekenhuis een alles of niets strategie hanteren als de zorgverzekeraar niet tegemoet komt aan de wensen van het ziekenhuis. Dat zou betekenen dat de zorgverzekeraar in die situatie alleen in staat is om de onderhandelingen te blijven voeren als zij er reëel mee kan dreigen om het ziekenhuis niet te contracteren. Deze mogelijkheid hangt samen met de vraag of de omliggende ziekenhuizen in staat zouden zijn om het volume van het niet-gecontracteerde ziekenhuis op te vangen.

De ACM heeft voor de verschillende hoofdgroepen verkend wat de theoretische mogelijkheden voor een zorgverzekeraar zijn om alle zorg voor een bepaalde hoofdgroep onder te brengen bij andere ziekenhuizen/ZBC's. Als dit voor een groot aantal hoofdgroepen niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat het bij de andere ziekenhuizen grote volumeuitbreidingen vergt, heeft dit een negatieve invloed op de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar. Omdat het bij de beoordeling van een overname gaat om het effect van de concentratie heeft de ACM geanalyseerd wat de mogelijkheden zijn voor een zorgverzekeraar om zowel voor als na de overname het volume van de hoofdgroepen te verplaatsen naar omliggende ziekenhuizen.

De mogelijkheden om volume te verschuiven verschillen per zorgverzekeraar. Voor een kleine zorgverzekeraar zal het wellicht makkelijker zijn om volume te verschuiven dan voor de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel. De ACM heeft in haar berekeningen in deze zaak daarom met name bekeken of de grootste zorgverzekeraar in staat is om het volume van het fusieziekenhuis voorafgaand en na de overname te verplaatsen.

Om een ruwe indicatie te krijgen van de mogelijkheden van de grootste zorgverzekeraar om de zorg voor een bepaalde hoofdgroep niet te contracteren maakt de ACM gebruik van de volgende informatie en aannames. Om een beeld te krijgen hoeveel capaciteit er verschoven moet worden, maakt zij gebruik (i) van het aantal behandelingen dat de fusiepartijen en andere relevante ziekenhuizen aanbieden, (ii) de diversion ratio's (op DOT niveau) die aangeven in welke mate ziekenhuizen een reëel alternatief vormen en (iii) het marktaandeel van de grootste zorgverzekeraar in beide ziekenhuizen. Daarnaast is een indicatie nodig om in te schatten in welke mate omliggende ziekenhuizen hun volume kunnen uitbreiden⁹².

⁹² De ACM hanteert in deze zaak in deze fase van de procedure een generieke grens van 10%, maar is zich bewust van de beperkingen van deze aanname. In een eventuele vergunningsfase is de ACM voornemens nader te onderzoeken in welke mate ziekenhuizen hun capaciteit kunnen uitbreiden en wat het meest passende uitgangspunt is voor een dergelijke analyse.

Ter illustratie het volgende voorbeeld: Ziekenhuis X biedt 400 behandelingen aan voor hoofdgroep A, ziekenhuis Y en Z bieden er beide elk 1500 aan. De diversion ratio's vanuit ziekenhuis X naar ziekenhuis Y en Z zijn respectievelijk 40% en 60%. Het marktaandeel van de grootste zorgverzekeraar is 35%. In het geval van niet-contracteren van ziekenhuis X moet de grootste zorgverzekeraar 140 (35% van 400) behandelingen verschuiven, waarbij op basis van de diversion ratio's ziekenhuis Y er 56 (40% van 140) van op zou vangen en ziekenhuis Z 84. Dit komt overeen met respectievelijk 4 en 6% van de bestaande capaciteit. De ACM gaat er daarom vanuit dat de zorgverzekeraar in staat is om dit volume te verschuiven. Stel nu dat ziekenhuis X fuseert met ziekenhuis Y en ziekenhuis Z voor het fusieziekenhuis het enige alternatief is. De grootste zorgverzekeraar moet nu 665 behandelingen (35% van 1900) verplaatsen. Ziekenhuis Z zou haar productie met 44% moeten uitbreiden om dit op te vangen wat op het eerste gezicht niet aannemelijk is. Na de overname verslechteren daarom de mogelijkheden voor de grootste zorgverzekeraar om het ziekenhuis niet te contracteren.

Bijlage D: Capaciteitsverschuivingsanalyses

In deze bijlage worden verscheidene tabellen gepresenteerd. Deze zijn opgesteld naar aanleiding van berekeningen van de ACM hoeveel extra capaciteit verschillende zorgaanbieders in de regio zouden moeten aanbieden in geval zorgverzekeraars zorg naar hen zouden willen verplaatsen. Dit is berekend op basis van uitwijkpercentages en de aantallen DBC's die uitgevoerd zijn per hoofdgroep door Erasmus MC, IJsselland en verschillende andere zorgaanbieders. Alleen de zorgaanbieders die meer dan 5% extra capaciteit moeten aanbieden bij ten minste één hoofdgroep wanneer zowel Erasmus MC als IJsselland niet zijn gecontracteerd, zijn opgenomen in de tabellen.

Per hoofdgroep is eerst gekeken hoeveel productie Erasmus MC (tabellen D1 en D4), IJsselland (tabellen D2 en D5) of Erasmus MC plus IJsselland (tabellen D3 en D6) hebben en hoe groot de productie is van de omliggende ziekenhuizen. Vervolgens zijn voor alle hoofdgroepen de diversion ratio's voor Erasmus MC, IJsselland en de combinatie Erasmus MC/IJsselland berekend naar de omliggende ziekenhuizen. Omdat gekeken wordt naar de zorg die mogelijk verplaatst wordt door een zorgverzekeraar zijn ook de marktaandelen van de zorgverzekeraars op de markt voor klinische en niet-klinische zorg van Erasmus MC en van IJsselland en van de combinatie uitgerekend en is per markt het aandeel van de grootste verzekeraar geselecteerd. Als de verzekeraar met het grootste aandeel namelijk geen moeite heeft de zorg te verschuiven dan is het aannemelijk dat verzekeraars met een kleiner marktaandeel dit ook niet hebben. Tenslotte is per hoofdgroep het aandeel van de grootste verzekeraar vermenigvuldigd met de productie van Erasmus MC en/of IJsselland en met de diversion ratio naar de omliggende ziekenhuizen en gedeeld door de productie van die omliggende ziekenhuizen om het aandeel te kunnen berekenen. Omdat uitgegaan wordt van een uitbreidingsmogelijkheid van 10% van de bestaande productie zijn in de hierna volgende tabellen alleen ziekenhuizen weergegeven die op minstens één hoofdgroep een verschuiving van meer dan 10% van de bestaande productie laten zien.

Klinische zorg

Tabel D1: verschuivingen klinische zorg per hoofdgroep van Erasmus MC, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen die minstens 1 hoofdgroep boven de 5% hebben).

Capaciteitsverschuiving vanuit Erasmus MC								
Hoofdgroep	SFGV	Maasstad	Spijkenisse MC	Ikazia	IJsselland	Bravis	Van Weel Bethesda	Orthopedie Rijnmond
Infectieziekten	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Urogenitaal systeem	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%
Huid en subcutis	[10-15]%	[5-10]%	[10-15]%	[5-10]%	[10-15]%	[5-10]%	[10-15]%	-
Bewegingsapparaat	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Allergieën	[0-5]%	-	[0-5]%	-	-	-	-	-
Letsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Nieuwvormingen	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	[5-10]%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	-
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	[10-15]%	[0-5]%	-	[15-20]%	[5-10]%	-	-	-
Psychische stoornissen	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-
Zenuwstelsel en zintuigen	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Hart vaatstelsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Ademhalingswegen	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Spijverteringsstelsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%

Tabel D2: verschuivingen klinische zorg per hoofdgroep van IJsselland, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen die minstens 1 hoofdgroep boven de 5% hebben).

Capaciteitsverschuiving vanuit IJsselland					
Hoofdgroep	SFGV	Erasmus MC	Groene Hart	Park MC	Medinova Zestienhoven
Infectieziekten	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	-
Urogenitaal systeem	[10-15]%	[10-15]%	[0-5]%	-	-
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	-
Huid en subcutis	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	-
Bewegingsapparaat	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%
Allergieën	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-
Letsel	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%
Nieuwvormingen	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[20-25]%	-
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	-
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	-	[15-20]%	[5-10]%	-	-
Psychische stoornissen	[5-10]%	[10-15]%	[5-10]%	-	-
Zenuwstelsel en zintuigen	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[25-30]%	-
Hartvaatstelsel	[5-10]%	[10-15]%	[0-5]%	-	-
Ademhalingswegen	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	-	-
Spijverteringsstelsel	[5-10]%	[10-15]%	[0-5]%	-	-

Tabel D3: verschuivingen klinische zorg per hoofdgroep van Erasmus MC en IJsselland, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit met beide, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen met minstens 1 hoofdgroep boven de 10%).

Capaciteitsverschuiving vanuit Erasmus MC en IJsselland									
Hoofdgroep	SFGV	Maasstad	Ikazia	Groene Hart	Medina Zestienhoven	Park MC	Van Weel Bethesda	Spijkenisse MC	
Infectieziekten	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Urogenitaal systeem	[15-20]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[15-20]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	-	-	[5-10]%	[0-5]%	
Huid en subcutis	[15-20]%	[10-15]%	[5-10]%	[5-10]%	-	[25-30]%	[15-20]%	[15-20]%	
Bewegingsapparaat	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[10-15]%	[0-5]%	[0-5]%	
Allergieën	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Letsel	[10-15]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[10-15]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	
Nieuwvormingen	[25-30]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	[60-65]%	[5-10]%	[5-10]%	
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[15-20]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%	
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	[25-30]%	[5-10]%	[30-35]%	[10-15]%	-	-	-	-	
Psychische stoornissen	[15-20]%	[10-15]%	[5-10]%	[10-15]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Zenuwstelsel en zintuigen	[10-15]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[20-25]%	[0-5]%	[0-5]%	
Hart vaatstelsel	[10-15]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Ademhalingswegen	[10-15]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	
Spijsverteringsstelsel	[10-15]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%	

Niet-klinische zorg

Tabel D4: verschuivingen niet-klinische zorg per hoofdgroep van Erasmus MC, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen met minstens 1 hoofdgroep boven de 10%).

Capaciteitsverschuiving vanuit Erasmus MC						
Hoofdgroep	SFGV	Maasstad	IJsselland	Ikazia	Polikliniek de Blaak	Van Weel Bethesda
Infectieziekten	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[10-15]%	[0-5]%
Urogenitaal systeem	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[10-15]%	[10-15]%	[10-15]%	[10-15]%	[10-15]%	[10-15]%
Huid en subcutis	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%
Bewegingsapparaat	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Allergieën	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Letsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Nieuwvormingen	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	[5-10]%	[5-10]%	[0-5]%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[0-5]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Psychische stoornissen	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	[5-10]%	-	[0-5]%
Zenuwstelsel en zintuigen	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Hart vaatstelsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
Ademhalingswegen	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%
Spijsverteringsstelsel	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%

Tabel D5: verschuivingen niet-klinische zorg per hoofdgroep van IJsselland, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen met minstens 1 hoofdgroep boven de 10%).

Capaciteitsverschuiving vanuit IJsselland					
Hoofdgroep	Erasmus MC	Oogziekenhuis	De Terp	Rijndam Revalidatie	Medinova Zestienhoven
Infectieziekten	[5-10]%	-	[20-25]%	-	-
Urogenitaal systeem	[5-10]%	-	-	-	-
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%	[0-5]%
Huid en subcutis	[5-10]%	-	[20-25]%	[5-10]%	-
Bewegingsapparaat	[5-10]%	-	-	[0-5]%	[0-5]%
Allergieën	[5-10]%	[0-5]%	[20-25]%	-	-
Letsel	[5-10]%	[0-5]%	-	[10-15]%	[10-15]%
Nieuwvormingen	[5-10]%	[5-10]%	[40-45]%	[5-10]%	[15-20]%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[5-10]%	[5-10]%	-	-	-
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	[10-15]%	-	-	-	-
Psychische stoornissen	[5-10]%	-	-	[5-10]%	-
Zenuwstelsel en zintuigen	[0-5]%	[0-5]%	-	[0-5]%	[0-5]%
Hart vaatstelsel	[5-10]%	[0-5]%	-	[5-10]%	-
Ademhalingswegen	[5-10]%	-	-	[25-30]%	-
Spijsverteringsstelsel	[5-10]%	-	-	-	-

Tabel D6: verschuivingen niet-klinische zorg per hoofdgroep van Erasmus MC en IJsselland, als grootste zorgverzekeraar geen contract meer sluit met beide, als percentage van de originele productie van omliggende ziekenhuizen (alleen ziekenhuizen met minstens 1 hoofdgroep boven de 10%).

Capaciteitsverschuiving vanuit Erasmus MC en IJsselland										
Hoofdgroep	SFGV	Oogziekenhuis	Maasstad	De Terp	Ikazia	Rijndam Revalidatie	Polikliniek de Blaak	Medinova Zestienhoven	ZBC Bevorder OntwikDVF	Van Weel Bethesda
Infectieziekten	[10-15]%	-	[5-10]%	[35-40]%	[5-10]%	-	[10-15]%	-	[20-25]%	[0-5]%
Urogenitaal systeem	[15-20]%	-	[5-10]%	-	[5-10]%	-	-	-	-	[0-5]%
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	[20-25]%	[10-15]%	[10-15]%	-	[10-15]%	[10-15]%	[10-15]%	[5-10]%	-	[10-15]%
Huid en subcutis	[10-15]%	-	[5-10]%	[40-45]%	[5-10]%	[15-20]%	[10-15]%	-	[15-20]%	[0-5]%
Bewegingsapparaat	[10-15]%	-	[0-5]%	-	[0-5]%	[5-10]%	-	[5-10]%	-	[0-5]%
Allergieën	[5-10]%	[10-15]%	[0-5]%	[30-35]%	[0-5]%	-	[5-10]%	-	[10-15]%	[0-5]%
Letsel	[10-15]%	[5-10]%	[5-10]%	-	[0-5]%	[15-20]%	-	[15-20]%	-	[0-5]%
Nieuwvormingen	[15-20]%	[15-20]%	[5-10]%	[100-105]%	[5-10]%	[20-25]%	[15-20]%	[35-40]%	[25-30]%	[5-10]%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	[10-15]%	[10-15]%	[5-10]%	-	[0-5]%	-	-	-	-	[0-5]%
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	[20-25]%	-	[5-10]%	-	[5-10]%	-	-	-	-	[0-5]%
Psychische stoornissen	[10-15]%	-	[15-20]%	-	[5-10]%	[10-15]%	-	-	-	[0-5]%
Zenuwstelsel en zintuigen	[0-5]%	[5-10]%	[0-5]%	-	[0-5]%	[5-10]%	-	[0-5]%	-	[0-5]%
Hart vaatstelsel	[10-15]%	[15-20]%	[5-10]%	-	[0-5]%	[15-20]%	[10-15]%	-	[10-15]%	[0-5]%
Ademhalingswegen	[10-15]%	-	[0-5]%	-	[0-5]%	[35-40]%	-	-	-	[0-5]%
Spijsverteringsstelsel	[15-20]%	-	[5-10]%	-	[5-10]%	-	[10-15]%	-	-	[0-5]%